78 第五章 心 理 评 估

4. 结果描述与报告 将前面所收集资料进行分析、处理。要写出评估报告、作出结论，并对当事 人及有关人员进行解释，以确定下一步对问题处理的目标。

**四、心理测验发展**

关于心理测验的思想，应追溯到对人的个别差异的研究。我国古代史书上很早就有许多关于评 定人的个性、才能等心理品质的详细记载。《孟子》 一书中写道：“权然后知轻重，度然后知长短。物 皆然，心为甚”。指出了人的心理特征的可知性。我国民间的习俗“周岁试儿”(又称“抓周”),将一 些常用的物品如纸笔刀钱或针线剪尺之类摆放在刚满周岁的儿童面前，观察儿童的兴趣所在。借以 推断孩子的智愚、职业选择乃至贪廉等心理品质。这些也具有一些“心理测验”的味道。但是，严格 意义上的心理测验是伴随着科学心理学的诞生，特别是借鉴了实验心理学的方法和手段才出现的。 1879年心理学奠基人冯特(Wundt) 在德国莱比锡建立了第一个心理学实验室，从事人的感知觉和反 应时的研究。他的学生卡特尔(Cattell)发现不同人的反应时间具有特征性差异，这启发他开始从事 对人的个别差异的研究。英国心理学家高尔顿(Galton)对推动测验运动起了重要作用。1884年他在 英国国际博览会上建立了一个人类学测量实验室，测量了近一万人的各种生理、心理特质，为人的个 别差异研究积累了大量资料。高尔顿的另一个贡献是将统计学方法用于心理测量。他的工作对卡特 尔具有很大启示和影响。1890年卡特尔发表了“心理测验程序”一文，首先使用了“心理测验”这个概 念，并指出心理测验应当建立在统计学与实验室的基础上。

与此同时，由于社会需要的推动，使心理测验向着实用与普及的方向发展。1905年，法国心理学 家比奈(Binet)和助手西蒙(Simon)受教育当局委托，为甄别入学儿童的智力，编制了一个包括30个 项目的智力测验，即著名的比奈-西蒙量表“Binet-Simon scale”。这一量表的出现标志着人们对智力的 鉴别进入了数量化阶段。比奈-西蒙量表引起了全世界的注意，很快被转译成多种文字出版。美国斯 坦福大学Terman在其修订本中提出了智商的概念，使不同年龄的受试者智力衡量有了统一的尺度。

比奈-西蒙量表是一种个别的心理测验。第一次世界大战期间，为了筛选大批入伍的应征者，出 现了可对许多人同时测量的“团体测验”。到了第二次世界大战时，美国心理学家韦克斯勒 (Wechsler)进一步提出了离差智商的概念。离差智商不是以一个人的年龄为标准，而是以其所在团 体平均水平为标准来衡量他的智商高低。后来许多心理测验的评分方法都是根据这一原理设计的。 韦克斯勒还编制了适用于不同年龄阶段使用的一系列成套智力测验、记忆测验，在国际上广泛使用。

除了智力测验以外，在测量心理的其他方面如记忆、注意、思维以及人格等方面，近半个世纪以来 也有很大发展。如二十年代出现了墨迹测验，三十年代后出现了主题统觉测验等。此外，临床中还出 现了许多评定量表等。到目前为止，国际上大约有上千种心理测验在应用。

**五、标准化心理测验的基本条件**

我们强调心理测验的标准化是因为在测验中由于测量误差的影响会极大地干扰着测量结果的正 确性和可靠性。所谓测量误差(error)是指与测验目的无关的因素所引起的测验结果不稳定或不准确 的效应。由于心理测验所要测量的是人的复杂的心理现象，因此能够带来测量误差的因素较物理、化 学测量和生理学测量更多、更复杂，应该引起我们的注意。心理测验的误差来源主要有四个方面。

**(一)施测条件**

测量环境的好坏及各种条件是否一致会给测量结果带来很大影响，显然，在一个嘈杂、有许多意 外干扰，过冷(或过热)的环境中测量，会使受试者的注意力不能集中，感到不适和厌烦。如果测量的 标准不一致，有时限制时间有时又不限制时间，或者随意调换测验程序等都会使结果出现较大偏差。

**(二)主试者因素**

主试者是测验的主持人，前面提到的施测条件和方法都要靠主试者来掌握。因此测量的准确与

否与主试者有很大关系。主试者的主观因素也会影响到测验误差。如主试者对受试者的偏好态度、



第 五 章 心 理 评 估 **79**

对结果的预期等，都会影响到受试者的反应；主试者情绪的好坏、疲劳与否以及前后对比效应等也会 影响到对评分标准的掌握。因此主试者需要经过标准化的训练以避免这些干扰因素。

(三)受试者因素

1. 应试动机 受试者应试动机的强弱会直接影响测验成绩。如果一个受试者对测验毫无兴趣， 只是被动作出反应，甚至消极对抗，其结果如何是可想而知的。所以一般在做心理测验之前，要使受 试者明确测验的意义，充分发动其应试动机，以保证测验顺利完成并得到真实结果。

2. 测验焦虑 测验焦虑是受试者在测验前或测验中的一种紧张体验。这种紧张体验在一定强 度下有助于测验成绩的提高，但过分强烈则使注意力不能集中而影响测验结果。

3. 生理状态 受试者在施测过程中的机体状况，如疲劳与否，有无其他不适等也会影响测验成 绩，带来误差。所以测量应选在受试者身体健康、体力充沛时进行，每次测量时间也不应过长。

(四)信度、效度及常模

心理测验的标准化目标是减少测量误差，使测量结果可靠和有效。测验的标准化涉及到几个方 面： 一是在测验的编制过程中需要按照一套标准的程序建立测验内容、制定评分标准、固定实施方法； 二是所编制的测验需要具备心理测量学的技术指标，并且达到一定标准；三是在测验实施过程中施测 人员要严格按照测验的操作规程执行。标准化心理测验的技术指标主要有信度、效度及常模等。

1. 信度 信度(reliability)是指一个测验工具在对同一对象的几次测量中所得结果的一致程度。 它反映工具的可靠性和稳定性。在相同情况下，同一受试者在几次测量中所得结果变化不大，便说明 该测量工具性能稳定，信度高。就像我们测量一个物体的长短，如果用钢尺量，则几次量的结果都会 是一样的；但如果用松紧带来量，则可能有时量长，有时量短。松紧带作为量具不可靠。

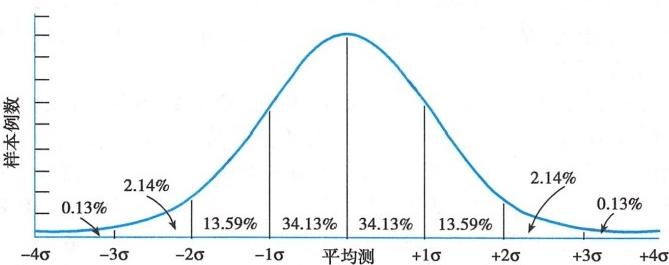
2. 效 度 效 度(validity)指一个测量工具能够测量出其所要测东西的真实程度。它反映工具的有 效性、正确性。如测量一个人的智力，如果选用的工具不是一种公认的智力测验量表，而是某门功课的 考题，这样几次测量，虽然得分可能一致(信度高),但得到的却是一个人掌握某门功课的知识而不是智 力(尽管二者有些关系)。所以我们要对一个人的心理品质进行测量，首先要选用效度高的工具。

信度和效度是一个测量工具好差的两项最基本指标。信度、效度很低或只有高信度而无效度的 测验都会使测量结果严重失真，不能反映所测内容的本来特点。因此，每个心理测验工具编制出来后 都要进行信度和效度检验(一般以相关系数来衡量),只有这两项指标都达到一定标准后才能使用。

3. 常模 常模(norm) 是指某种测验在某种人群中测查结果的标准量数，即可比较的标准，目前 大多数标准化测验采用的标准分常模。有了常模， 一个人的测验成绩才能通过比较而得出是优是劣， 是正常还是异常。如正常人的体温一般不超过37℃,血压范围在120/80mmHg 左右，这些参数可以称 作生理常模。

由于人的心理现象较生理活动更为复杂，所受影响因素更多，所以每一种心理测验工具都要建立 自己的常模，甚至同一量表在不同国家、地区应用或随着时代的变迁，都要重新修订，建立新的常模。

建立心理测验的常模是一个繁琐而复杂的过程。首先是选择有代表性的样本，也称为标准化样 本，它是建立常模的依据。取样原则一般是依据测验对象按人口实际分布情况分层取样，并且要有相 当数量。标准化样本的来源应该和测验的使用范围相一致。如果样本选得不合适，必然会影响常模 的参考价值，最后导致测量失真。第二步是对标准化样本采用心理测验工具进行测量。所使用的工 具也应和最后实际应用的工具相一致。测量得出的结果还要进行统计处理。应该注意的是不同测验 的常模具有不同涵义和不同形式。平均值是最简单的常模形式，而大多数标准化测验采用标准分 (standard score)形式。如智力测验的常模常采用正常人群正确得分的均数和标准差，对个人的智力 进行评估时再转换成智商(一种标准分形式)的形式；而人格测验的常模通常不是所期望的或正确的 成绩，它无所谓正确和错误，只是“典型的”或多数人的答案。采用较多的评估形式是T 分数(也是一 种标准分形式)。此外常模的形式还有Z 分数、百分位、标准九分、划界分等。关于这些分数的相互关 系如图5-1所示。具体应用时要根据实际情况而定。



80 第五章 心理评估

标准差

验分数

百分位 1 5 10 2030 50 7080 90 95 99

Z分 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4

T分 10 20 30 40 50 60 70 80 90

We(r5Qs 55 70 85 100 115 130 145

数

(SD=3) 1 4 7 10 13 16 19

图5-1 正态分布与标准化的关系

**六、** **应用心理测验的基本原则**

尽管心理测验有用且有效，但在实践过程中却不能滥用。因为心理测验是一种比较严谨的技 术手段，它从理论的提出、工具的制定，都要经过大量反复的论证和修订，到最后实际应用时，也要 不断修订常模和验证效度。有权使用心理测验的人，应具有一定的心理学知识，并经过专项测验 工具的使用培训。心理测验不是娱乐的游戏手段，也不同于一般的生理学的测量方法，因为它涉 及人的更高级的心理功能，使用时稍有不慎，都会产生不良后果。因此在应用心理测验时，应坚持 下述原则：

1. 标准化原则 因为心理测验是一种数量化手段，因此标准化原则必须坚持。测量应采用公认 的标准化的工具，施测方法要严格根据测验指导手册的规定执行，这是提高测验结果的信度和效度的 可靠保证。

**2.** **保密原则** 这也是心理测验的一条伦理道德标准。关于测验的内容、答案及记分方法只有作 此项工作的有关人员才能掌握，不允许随意扩散，更不允许在出版物上公开发表，否则必然会影响测 验结果的真实性。保密原则的另一个方面是对受试者测验结果的保护，这涉及到个人的隐私权。有 关工作人员应尊重受试者的利益。

**3.** **客观性原则** 心理测验的结果只是测出来的东西，所以对结果作出评价时要遵循客观性 原则，也就是对结果的解释要符合受试者的实际情况。如两个被试智力测验的结果，智商都是 85,一个受试者是山区农民，结合他所受教育程度和生活环境等条件，可考虑他的智力水平基本 上是正常的；而另一个是某大学教授，测量时严格遵守了测验的要求，结合其他的表现则考虑到 该人的大脑有退行性改变的可能。此外，还要注意不要以一两次心理测验的结果来下结论，尤 其是对于年龄小的儿童作智能发育障碍的诊断时更要注意。总之，在下结论时不要草率从事，

笔记



第五章 心 理 评 估

81

在做结果评价时应结合受试者的生活经历、家庭、社会环境以及通过会谈、观察法所获得的各种 资料全面考虑。

**七、心理测验的类型及应用**

心理测验根据其功能、测量方法，以及测验材料的性质等可以有不同的分类。

(一)根据测验功能分类

1. 智力测验临床上智力测验主要应用于儿童智力发育的鉴定以及作为脑器质性损害及退行 性病变的参考指标，此外也可作为特殊教育或职业选择时的咨询参考。常用的工具有比奈-西蒙智力 量表、韦克斯勒成人和儿童智力量表、丹佛发育筛选测验(DDST) 等。

2. 人格测验 常用的量表有明尼苏达多人格调查表(Minnesota multiphasic personality inven- tory,MMPI)、 洛夏墨迹测验、主题统觉测验(TAT) 以及艾森克人格问卷(EPQ) 等。这些测验目 前在临床上多用于某些心理障碍病人的诊断和病情预后的参考，也可用于科研或心理咨询时对 人格的评价等。

3. 神经心理学测验 主要包括一些个别能力测验，如感知运动测验、记忆测验、联想思维测验 等，还有一些成套测验，主要以H-R 神经心理学测验为代表。这些测验可用于脑器质性损害的辅助 诊断和脑与行为关系的研究。

4. 评定量表 目前在临床和心理卫生工作中，还应用一些评价精神症状及其他方面的评定量 表，如抑郁量表、焦虑量表、生活事件量表、认知功能量表、生活质量综合评定量表、心身健康调查表 等，这些量表对临床工作以及科研等具有特殊的意义和应用价值。

(二)根据测验方法分类

1. 问卷法 测验多采用结构式问题的方式，让被试者以“是”或“否”或在有限的几种选择上作 出回答。这种方法的结果评分容易，易于统一处理。 一些人格测验如MMPI、EPQ 及评定量表等都是 采用问卷法的形式。

2. 作业法 测验形式是非文字的，让受试者进行实际操作。多用于测量感知和运动等操作能 力。对于婴幼儿及受文化教育因素限制的受试者(如文盲、语言不通的人或有语言残障的人等),心 理测验中也主要采用这种形式。

3. 投射法 测验材料无严谨的结构，如一些意义不明的图像、 一片模糊的墨迹或一句不完整的 句子。要求受试者根据自己的理解随意作出回答，借以诱导出受试者的经验、情绪或内心冲突。投射 法多用于测量人格，如洛夏测验、TAT 等，也有用于异常思维的检测，如自由联想测验、填词测验等。

(三)其他分类

根据一次测验的人数，可分为个别测验和团体测验。根据沟通方式，可以分为言语测验和非言语 (或称操作)测验等，这里就不一一介绍。

( 洪 炜 )

**第二节** **智** **力** **测** **验**

智力测验(intelligence test)是评估个人一般能力的方法，它是根据有关智力的理论或智力概念经 标准化过程编制而成。智力测验在教育、临床医学、司法鉴定、人力资源管理等诸多领域中有广泛应 用。例如，在教育中人们需要判断儿童的智力水平，进而因材施教；在人力资源管理中，应了解员工的 智力结构特点，扬长避短，使其人尽其才；在司法鉴定工作中，要根据当事人的智力水平来判断其的责 任能力。



82 第五章 心理评估

**一** **、智力、智商和智力水平的分级**

**(** **一)智力**

目前有关智力的定义很多，但尚无一个被所有心理学家所全部接受的定义。人们在适应环境时 需要学习知识和掌握技能，需要运用所学的知识和技能来解决所面临的实际问题。只有通过智力活 动，才能使人们达到积极的创造性的环境适应，包括自然环境和社会环境的适应。因而，就其功能而 言，智力是人们在获得知识和掌握技能(学习),以及运用知识和技能来解决实际问题时所必备的心 理条件或特征。就其机制来说，智力活动是神经系统、特别是大脑的高级神经活动的某种特性，其活 动过程包括了全部认知过程，是一种最复杂、综合的认知过程。就其结构来说，智力活动包括了多种 因素(心理特征),人们在通俗用语中常用聪明(耳聪目明，即感觉敏锐)、过目不忘(记忆力)、举一反 三(逻辑推理)、别出心裁(创造力)等来描述智力。心理学家们提出了智力结构的多因素学说，用于 指导智力测验的编制。

由于目前尚无统一的智力定义，因此，在使用某一智力测验时必须熟悉编制者所采用的智力定 义。本节重点介绍的韦氏智力量表的作者Wechsler的智力定义是：“智力是个人行动有目的，思维合 理，应付环境有效地聚集的或全面的才能”。第一个正式智力测验比奈量表的编制者Binet A和Simon 对智力的定义描述是“在我们看来，在智力中存在某种基本才能，它的改变或欠缺，对于实际生活至关 重要。这种才能包括判断力、辨别力、主动性和适应能力。善于判断、善于理解、善于推理，这些都是 智力的基本活动”。

**(二)智商**

智商(intelligence quotient,IQ)是智力的量化单位，即通过智力测验将智力水平数量化，用数字的 形式表达出来，以便于人们的理解与比较。计算智商的公式有比率智商和离差智商二种。比率智商 由 Terman提出，其公式如下：

IQ=(MA/CA)×100 (式5-1)

公式中，MA(mental age)为心理年龄(又称智力年龄),是某一儿童在智力测验的成绩所达到的水 平，MA 是以一群同龄儿童(称样本)在该测验的平均成绩为标准而得到的。 CA(chronological age)为 实际年龄，即该儿童在测验时的实际岁数。例如，某儿童智力测验时的CA 为10岁，他的智力测验成 绩达到了12岁儿童的平均水平(MA 为12),由比率智商公式计算出该儿童的 IQ 为120。另一10岁 儿童在智力测验的成绩为8岁儿童的平均水平(MA 为8),则IQ 为80。

比率智商公式是建立在儿童的智力水平随着年龄增长而增长的线性关系的基础上。但实际上智 力发展到一定年龄便停止发展，呈平台状态，老年人的智力水平有所下降。因此，Wechsler提出了离 差智商公式，Wechsler认为人类智商在任何年龄均呈常态分布，可以用标准分的方法计算智商，其公 式为：

IQ=100+15(x-m)/s (式5-2)

公式中，m 为该年龄阶段样本在智力测验的平均成绩，x为某受试者在智力测验的成绩，s为样本 成绩的标准差。在该公式中(x-m)/s 是标准分(z)公式，如果(x-m)=0, 为了不使IQ 为0,故升值为 100;同时使每个z分都升值15倍。离差智商计算方法克服了比率智商计算方法受年龄限制的缺点 成为目前通用的IQ 计算方法。

**(三)智力水平的分级**

智力量表编制后，经过科学的采样，可以将智力水平根据IQ 值进行分级，通常是将智商平均值 (100)和其上、下一个标准差(15)的范围定位为“平常智力”,其余依据高于或低于平常智力水平依次 分级，其分级方法见表5-1。



第五章 心 理 评 估 **83**

**智力水平**

天 才

极超常

超常

平 常

边 界

轻度智力低下

中度智力低下

重度智力低下

极重度智力低下

表5-1 **智力水平分级**

**I** **Q** **值**

145～160

130～145

115～130

85～115

70～85

55～70

40～55

25～40

<25

**标准差范围**

+3～4s

+2～3s

+1～2s

±1s

-1～2s

-2～3s

-3～4s

-4～5s

- 5s以下

以上介绍的是国际常用的分级方法，有的智力量表编制者使用自己的分级方法，应用时要仔细阅 读该智力量表的使用手册。例如，有智力量表将标准差定为16,这时平常智商为84～116,其他级别 以此类推。

**二、常用智力测验和发展量表**

评估智力水平多采用智力测验和发展量表(developmental scale),因为4岁以前婴幼儿的智力和 生理功能的发展和分化不完全，测验方法难以清晰地划分；所以，0～3岁采用发展量表来评估智力水 平，4岁以后采用智力测验和适应量表(adaptive behavior scale)来测查智力水平。

**(** **一)智力测验**

国际上通用的智力测验有比奈量表(Binet Scale,B-S)、韦氏量表(Wechsler Scale,W-S)、考夫曼儿 童能力成套测验(Kaufman Assessment Battery for Children,K-ABC)和瑞文测验等，在临床医学中用的 最多的是韦氏量表。因此，重点介绍韦氏量表，对其他只作简单介绍。

1. 韦氏量表 包括成人(16岁以上)、儿童(6～16岁)和学龄前期(4～6岁)三个年龄版本。最 早是Wechsler在1939年出版的W-B, 先后几次发展和修订，现在成为“韦氏成人智力量表”(Wechsler Adult Intelligence Scale,WAIS),其修订本为WAIS-R)、 “韦氏儿童智力量表”(WISC, 修订本为WISC- R) 和“韦氏学前和初级小学儿童量表”(WPPSI)。 这三套量表现在又都作了修订，韦氏另有一套记忆 量表(WMS) 未包括在韦氏量表之内。我国已有WAIS、WISC 和 WPPSI 的修订本，而且其中的WISC 和 WPPSI 还有多种修订本。在此只以WAIS 为例作介绍。

韦氏成人智力量表的中国修订本称为“中国修订韦氏成人智力量表(WAIS-RC)”, 全量表(Full scale,FS)共含11个分测验，其中6个分测验组成言语量表(Verbal scale,VS),5个分测验组成操作量 表 (Performance scale,PS)。 根据测验结果，按常模换算出三个智商，即全量表智商(FIQ)、 言语智商 (VIQ) 和操作智商(PIQ)。WISC 及 WPPSI 的结构除分量表所包括的分测验有数目不同外，其余均 相同。

言语量表的分测验及其主要功能：

(1)知识(I): 由一些常识所组成，测量知识及兴趣范围和长时记忆。

(2)领悟(C): 由一些社会价值、社会习俗和法规理由的问题所组成，测量社会适应和道德判断 能力。

(3)算术(A): 心算。测量数的概念，数的操作能力，注意集中能力，以及解决问题的能力。

(4)相似性(S): 找出两物(名词)的共同性。测量抽象和概括能力。

(5)背数(D): 分顺背和倒背两式。即听到一读数后立即照样背出来(顺背)和听到读数后，按原 来数字顺序的相反顺序背出来(倒背)。测量短时记忆和注意力。

(6)词汇(V): 给一些词下定义，测量词语的理解和表达能力。

**84**



第五章 心 理 评 估

操作量表的分测验及其主要功能：

(7)数字-符号(DS):9 个数字，每个数字下面有一个规定的符号。要求按此规定填一些数字下 面所缺的符号。测量手-眼协调、注意集中和操作速度。

(8)填图(PC): 一系列图片，每图缺一个不可少的部件，要求说明所缺部件名称和指出所缺部 位。测量视觉辨别力，对构成物体要素的认识能力，以及扫视后迅速抓住缺点的能力。

(9)积木图案(BD): 用红白两色的立方体复制图案。测量空间知觉、视觉分析综合能力。

(10)图片排列(PA): 调整无秩序的图片成有意义的系列。测量逻辑联想，部分与整体的关系 以及思维的灵活性。

(11)拼物(OA): 将一物的碎片复原。测量想象力、抓住线索的能力以及“手-眼”协调能力。

从各分量表和分测验得到的三种智商，其中FIQ 可代表受试者的总智力水平，VIQ代表言语智力 水平，FIQ代表操作智力水平。因素分析结果，这些分测验负荷三种主要智力因素，即A (言语理解) 因素，B(知觉组织)因素和C (记忆/注意)因素。在言语量表中的多数分测验负荷A 因素；操作量表 中的多数分测验负荷B 因素；C 因素则为A,D 和 DS 分测验所负荷。对受试者的智力作分析时，不仅 根据三种智商的水平，而且还要比较VIQ 与 PIQ 的关系，以及分析各分测验的成绩分布剖图型式等方 法来进行。

2. 比奈量表 第一个比奈量表(B-S) 于1905年为法国比奈(Binet A,1857—1911)和西蒙 (Simon,1873—1961)所编制，是世界上第一个智力量表，以后分别于1908年和1911年作了修改。至 1916年美国Terman在斯坦福大学根据B-S作了很大发展，最突出的是第一次提出IQ 及其计算法(比 率智商计算法),此量表被称为斯坦福-比奈量表(Stanford Binet Scale,S-B)。该量表中的测验项目仍 沿用 B-S方法，按难度依年龄组排列，每一年龄组包括6个项目，每通过一项计月龄两个月，6项全通 过，说明受试者的智力达到了这个年龄水平。这种项目排列法在心理测量学上称“混合列车”式。至 1960年，改比率智商计算法成离差智商计算法，至S-B4又将项目的混合列车式排列，改成“专列”式 排列，即是仿W-S 方式，将功能相同的项目集中成分测验，所以量表由许多测验组成，而不按年龄组 分段。于是S-B4 的形式与 W-S 的也相似了。 S-B4有15个分测验，组成四个领域，即词语推理、数量 推理、抽象/视推理以及短时记忆。最初B-S为预测儿童学习能力而编，S-B 仍沿其意，所以此量表一 直在教育上用得多，临床上用得少。我国陆志韦于1937年修订过S-B 的1916年版本，后有吴天敏根 据陆氏修订本再作修改(1986)。

3. 瑞文测验 原名“渐进矩阵”,由瑞文(Raven JC)于1938年编制，是一种非文字智力测验，可 用于测量一个人的观察能力和思维推理能力。

瑞文测验在理论上依据斯皮尔曼的智力二因素理论，被认为是测量一般因素的有效工具。现经 过修订，它已发展为标准型(SPM)、 彩色型(CPM, 适用于较小儿童和智力落后者)、高级型(APM, 适 用于智力水平较高者)和联合型四种。

1978年，中国学者李丹和王栋将CPM 和 SPM 的部分测验项目联合使用，编制成《中国联合型瑞 文测验》,并分别发布中国城市和农村儿童智力常模。1985年，中国心理学家张厚粲对瑞文测验标准 型做了中文修订，并出版《瑞文标准推理测验中国城市修订版》。1996年王栋和钱明完成了中国再标 准化工作，形成城市儿童、农村儿童和城市成人三个常模。

由于该测验是由图形构成的，能够在言语交流不便的情况下实施。故可用于对有言语障碍者的 智力测量，也可作为不同民族、不同语种间的跨文化研究的工具。对于大规模的智力筛选或对智力进 行初步分等尤其适用，具有省时省力的效果。

4. 考夫曼儿童能力成套测验 Kaufman(1983)采用了Luria信息处理方法和 Sperry大脑特异性 功能(Specialization work)理论来编制K-ABC。 该量表主要适用于2～12.5岁儿童，在临床、教育评估 及心理学基础研究方面均有一定应用价值。



第五章 心 理 评 估 **85**

(二)儿童发展量表和适应能力评定量表

1. 儿童发展量表儿童早年发展量表，主要包括身体生长和心理发展两大内容。其中心理发展 又以适应行为为重点。婴幼儿期所观察到的主要是一些本能和动作以及一些初级的智力活动，虽然 与以后的智力水平相关程度不高，但临床上需要了解这一时期的智力发展水平，因此发展量表具有较 大的临床应用价值。知名的有贝利(Bayley)婴幼儿发展量表(2至30个月),丹佛(Denver)发展筛查 测验(2周至6岁),盖赛尔(Gesell)发展诊断量表(2.5~6岁)等，国内各有相应的修订本。

2. 适应行为量表适应行为(adaptive behavior)也称社会适应能力(social competition),是指个人 独立处理日常生活与承担社会责任的能力达到他的年龄和所处社会文化背景所期望的程度，也就是 个体适应自然和社会环境的有效性(effective)。 适应行性主要是个体在后天环境下的获得性行为技 能，适应行为量表则用于评估个体适应行为发展水平和特征，广泛应用于智力低下(mental retardation,MR)的诊断、分类、训练及特殊教育等方面。例如在对于MR 的诊断与分类上适应行为有 着与智力测验相同的重要性。

人所处的年龄阶段不同，其适应行为会表现出不同的特征，因此有着多种适应行为评定量表。早 期有Doll编制的Vineland社会成就量表(1940、1965年),随后有美国智力低下协会(AAMD) 编制的 适应行为量表。我国有姚树桥、龚耀先(1991年)编制的儿童适应行为评定量表，该量表包括感觉运 动、生活自理、语言发展、个人取向、社会责任、时空定向、劳动技能、经济活动等8个方面，用适应能力 商数(adaptive quotient,ADQ)表示儿童适应行为发展的总体水平。该量表适用于3～12岁儿童的适 应行为发展水平和特征的评估，是智力低下儿童的诊断性工具之一。

( 刘 畅 )

**第三节** **人** **格** **测** **验**

人格是指一个人的思维、情绪和行为的特征模式，以及这些模式背后隐藏或外显的心理机制，即 每个人身上都存在的一些持久、稳定的特征。每一种人格理论都假定这种个别差异的存在，并假定这 些差异是可以测量的。而测量手段包括熟练评价者的评分(rating)资料、自我评定(self-report)资料和 实验情景或测量资料(tested data)等。

测验人格的技术和方法很多，包括观察、访谈、行为评定量表、问卷法、投射测验等，最常用的方法 为问卷法(即自陈量表)和投射法，前者包括明尼苏达多项人格调查表、艾森克人格问卷、卡特尔人格 测验等；后者包括洛夏墨迹测验、主题统觉测验等。人格心理学家认为投射法和问卷法反映了两个完 全不同的动机系统：前者是潜意识的，后者是意识的、自我归因的。人格体现的内容主要属于意识层 面，而语言涵盖了人格中很重要的内容，心理学家则确信人格可以通过语言这种媒介来测量。

**一** **、明尼苏达多项人格调查表**

明尼苏达多项人格调查表(Minnesota multiphasic personality inventory,MMPI),为 Hathaway SR 和 Mckinley JC等于20世纪40年代初根据经验效标法编制，最初只作为一套对精神病有鉴别作用的辅 助量表，后来发展为人格量表。自问世以来，该量表应用非常广泛，为美国出版的《心理测验年鉴》第 9版(1985)中最常用的人格量表。 MMPI 主要用于病理心理研究，协助临床诊断，在精神医学、心身医 学、行为医学、司法鉴定等领域应用十分广泛。

MMPI 适用于16岁以上、至少有6年受教育经历者。1989年Butcher J等完成了MMPI 的修订工 作，称MMPI-2。20 世纪80年代初我国宋维真等完成了MMPI 中文版修订工作，并于此后制定了 MMPI-2 全国常模。 MMPI-2 提供了成人和青少年常模，可用于13岁以上青少年和成人。该量表既可 个别施测，也可团体测查，但MMPI-2 应用不及MMPI 广泛。

MMPI 共有566个自我陈述形式的题目，MMPI-2 为567个条目，其中1～399题是与临床有关的，

86

0艺记

第五章 心 理 评 估

其他属于一些研究量表，题目内容范围很广，包括身体各方面的情况、精神状态，以及对家庭、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做“是”与“否”的回 答，若的确不能判定则不作答。可根据被试的回答情况进行量化分析，或做人格剖面图，现在除手工 分析方法外，还有多种计算机辅助分析和解释系统。

MMPI 常用4个效度量表和10个临床量表。

1. 效度量表

(1)疑问(question,Q):被试不能回答的题目数，如超过30个题目以上，测验结果不可靠。

(2)掩饰(lie,L):测量被试者对该调查的态度。高分反映防御、天真、思想单纯等。

(3)效度(validity,V):测量任意回答倾向。高分表示任意回答、诈病或存在偏执。

(4)校正分(correction,C):测量过分防御或不现实倾向。高分表示被试对测验持防卫态度。

2. 临床量表

(1)疑病量表(hypochondriasis,Hs):测量被试疑病倾向及对身体健康的不正常关心。高分表示

被试有许多身体上的不适、不愉快、自我中心、敌意、需求、寻求注意等。条目举例：我常会恶心呕吐。

(2)抑郁量表(depression,D):测量情绪低落、焦虑问题。高分表示情绪低落，缺乏自信，自杀观 念，有轻度焦虑和激动。条目举例：我常有很多心事。

(3)癔病量表(hysteria,Hy):测量被试对心身症状的关注和敏感，自我中心等特点。高分反映自 我中心、自大、自私、期待更多的注意和爱抚，与人的关系肤浅、幼稚。条目举例：每星期至少有一两 次，我会无缘无故地觉得周身发热。

(4)精神病态性偏倚量表(psychopathic deviation,Pd):测量被试的社会行为偏离特点。高分反映 被试脱离一般社会道德规范，无视社会习俗，社会适应差，冲动敌意，攻击性倾向。条目举例：我童年 时期中，有一段时间偷过人家的东西。

(5)男子气或女子气量表(masculinity-femininity,Mf):测量男子女性化、女子男性化倾向。男性 高分反映敏感、爱美、被动等女性倾向，女性高分则反映粗鲁、好攻击、自信、缺乏情感、不敏感等男性 化倾向。条目举例：和我性别相同的人最容易喜欢我。

(6)妄想量表(paranoia,Pa):测量被试是否具有病理性思维。高分提示多疑、过分敏感，甚至有 妄想存在，平时思维方式为容易指责别人而很少内疚，有时可表现强词夺理、敌意、愤怒、甚至侵犯他 人。条目举例：有人想害我。

(7)精神衰弱量表(psychasthenia,Pt):测量精神衰弱、强迫、恐怖或焦虑等神经症特点。高分提 示强迫观念、严重焦虑、高度紧张、恐怖等反应。条目举例：我似乎比别人更难于集中注意力。

(8)精神分裂症量表(schizophrenia,Sc):测量思维异常和行为古怪等精神分裂症的一些临床特 点。高分提示思维古怪，行为退缩，可能存在幻觉妄想，情感不稳。条目举例：有时我会哭一阵笑一 阵，连自己也不能控制。

(9)躁狂症量表(mania,Ma): 测量情绪紧张、过度兴奋、夸大、易激惹等轻躁狂症的特点。高分 反映联想过多过快，情绪激昂，夸大，易激惹，活动过多，精力过分充沛、乐观、无拘束等特点。条目举 例：我是个重要人物。

(10)社会内向量表(social introversion,Si):测量社会化倾向。高分提示性格内向，胆小退缩，不 善社交活动，过分自我控制等；低分反映外向。条目举例：但愿我不要太害羞。

各量表结果采用T 分形式，可在MMPI 剖析图上标出。 一般某量表T 分高于70则认为存在该量 表所反映的精神病理症状，比如抑郁量表≥70分认为存在抑郁症状。但具体分析时应综合各量表T 分高低情况解释。

**二、** **艾森克人格问卷**

艾森克人格问卷(Eysenck personality questionnaire,EPQ)由英国心理学家Eysenck HJ与其夫人根

第五章 心理评估

据其人格三个维度的理论，于1975年在其1952年和1964年两个版本的基础上，根据主成分分析法编 制而成，1994年作了修订，在国际上被广为应用。 EPQ 成人问卷适用于测查16岁以上的成人，儿童问 卷适用于7~15岁儿童。国外EPQ 儿童本有97个条目，成人101个条目。我国龚耀先的修订本成人 和儿童均为88个条目；陈仲庚修订本成人有85个条目。

EPQ 由三个人格维度和一个效度尺度量表组成。

(1)神经质(neuroticism,N):测查情绪稳定性。高分反映易焦虑、抑郁和较强烈的情绪反应倾向 等特征。条目举例：你容易激动吗?

(2)内-外向(introversion-extroversion,E):测查内向和外向人格特征。高分反映个性外向，具有好 交际、热情、冲动等特征，低分则反映个性内向，具有好静、稳重、不善言谈等特征。条目举例：你是否 健谈?

(3)精神质(psychoticism,P):测查一些与精神病理有关的人格特征。高分可能具有孤独、缺乏 同情心、不关心他人、难以适应外部环境、好攻击、与别人不友好等特征；也可能具有极其与众不同的 人格特征。条目举例：你是否在晚上小心翼翼地关好门窗?

(4)掩饰(lie,L):测查朴实、遵从社会习俗及道德规范等特征。在国外，高分表明掩饰、隐瞒，但 在我国L 分高的意义仍未十分明了。条目举例：你曾经拿过别人的东西(哪怕一针一线)吗?

EPQ结果采用标准分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，各型之间还有移行型。

EPQ 为自陈量表，施测方便，有时也可以作团体测验，是我国临床应用最为广泛的人格测验。但 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)为Cattell RB采用主成分分析 法编制而成，他认为16个根源特质是构成人格的内在基础因素，测量这些特质即可知道个体的人格 特征。16 PF用来测量以下特质：A 乐群性，B 聪慧性，C 稳定性，E 恃强性，F 兴奋性，G 有恒性，H 敢 为性，1敏感性，L 怀疑性，M 幻想性，N 世故性，0忧虑性，Q1 激进性，Q2 独立性，Q3 自律性，Q4 紧 张性。

16PF有A、B、C、D、E式五种复本。 A、B为全本，各有187个题目；C、D为缩减本，各105个题目。 前四种复本适用于16岁以上并有小学以上文化程度者；E 式为128个题目，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。我国已 有相关修订本及全国常模，目前使用较多的是1970年刘永和、梅吉瑞合作修订的版本。

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。凡答案与记分标 准相符记2分，相反记0分，中间记1分；E 式有两种答案可供选择。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。

**四** **、其他人格测验工具**

除上述三种人格量表外，还有多种人格测验工具，其中使用主成分分析法编制而成的大五因子模 式人格量表，其信度和效度在不同语言文化中已被证实。其中使用较多的有Costa PT和McCrae RR 编制的NEO 人格问卷修订版(NEO personality inventory-revised,NEO-PI-R),用来测量经验开放性 (openness to experiences)、责任心(conscientiousness)、外向性(extraversion)、宜人性(ageeableness)和 神经质(neuroticism),还有Zuckerman M 编制的Zuckerman-Kuhlman人格问卷(Zuckerman-Kuhlman

**87**



**88**



第五章 心 理 评 估

personality questionnaire,ZKPQ),用来测量冲动感觉寻求(impulsive sensation seeking)、神经质-焦虑 (neuroticism-anxiety)、攻击-敌意(aggression-hostility)、社交性(sociability)和活泼性(activity)。

(王 伟)

**第四节** **神经心理测验**

神经心理测验是神经心理学研究的重要方法之一，用于人类脑功能的评估，包括感知觉、运动、言 语、注意、记忆、思维等。它可用于正常人，更常用于脑损伤病人的临床诊断和严重程度评估。

按测验形式，神经心理测验有单项测验和成套测验两种。前者只有一种项目形式，测量一种神经 心理功能，常用于神经心理筛选；而后者有多种项目形式，能较全面地测量神经心理功能。

**一、神经心理筛选测验**

该类测验用于筛查病人有无神经学问题，并初步判断是器质性或功能性问题，以决定病人是否进 行更全面的神经心理功能和神经病学检查。

1.Bender-Gestalt 测验 (Bender-Gestalt test) 为1938年 Bender L编制，主要测查空间能 力。要求被试临摹一张纸上的9个几何图形，根据临摹错误多少和错误特征判断测验结果。目前此 测验常作为简捷的空间能力测查和有无脑损伤的初步筛查工具。我国已有该测验的较大样本常模。

2.Wisconsin 卡片分类测验 (Wisconsin card sorting test) 为1948年Berg EA提出，它所 测查的是抽象思维能力，即根据以往经验进行分类、概括、工作记忆和认知转移的能力。检查工具由 4张模板和128张卡片构成。4张模板上分别为一个红三角形，两个绿五角星，三个黄十字形和四个 蓝圆。卡片上有不同形状(三角形、五角星、十字形、圆形)、不同颜色(红、黄、绿、蓝)、不同数量(1、2、 3、4)的图形。要求被试根据4张模板对128张卡片进行分类，测试时不告诉被试分类的原则，只说出 每次测验是否正确。该测验已在我国广泛应用。

3. Benton视觉保持测验 (Benton vision retention test) 为 Benton AL于1955年所编制，适 用年龄为5岁以上。本测验有三种不同形式的测验图(C、D、E式)。我国唐秋萍、龚耀先于20世纪 90年代初修订了该测验。此测验主要用于脑损伤后视知觉、视觉记忆和视觉空间结构能力的评估。

4. 快速神经学甄别实验 (quick neurological screening test) 为 Mutti M 等所编，主要用于 测量与学习有关的综合神经功能。主要测量运动发展，控制粗大与精细肌肉运动的技巧，运动和计划 的顺序性，速度和节奏感，空间组织，视知觉和听觉技巧，平衡和小脑前庭功能，学习相关功能等。程 灶火、姚树桥(1994年)初步应用该测验结果表明，此实验对学习困难儿童具有较好的鉴别作用。

5. 皮肤电反应 (galvanic skin response ) 测量的是全身最大的器官——皮肤的电阻。皮肤 电反应是衡量个体内部状态的较可信参数，从生理角度而言，它能反映汗腺活动及交感神经系统的变 化。交感兴奋导致汗腺活动增加，进而引起电阻的增加，电阻的微弱变化，都能通过手掌或指尖的电 极反映出来。由于交感神经活动和情绪唤醒之间存在着联系，因此皮肤电反应也被用于许多有趣的 领域，如1967年Fenz & Epstein将它用于焦虑和紧张水平的研究，而1973年Raskin把它用作测谎仪 的一部分。

**6.Stroop** **测验** **(Stroop** **test)** 要求被试看着一系列色彩词，说出这些词的实际色彩，分两个 阶段进行。第一阶段，词语和色彩是匹配的；第二阶段，词语和色彩是不匹配的，比如蓝笔写的“红” 字。该测验通过记录两个阶段的反应时间、两者之差、第二阶段的错误率，来测查被试注意力的灵活 性、选择性。

Stroop测验中，命名色彩所花的时间比阅读花的长。该效应称为Stroop效应，是StroopJR于1935 年阐述的，它表明大脑接收到矛盾信息时，信息间的干扰会影响信息处理速度。对于Stroop效应产生 的原因，有以下两种解释：①信息处理速度理论，认为大脑阅读单词的速度比命名色彩的速度要快；



第五章 心 理 评 估 **89**

②注意选择理论，认为命名色彩比阅读单词需要更多的注意力投入。

影像学检查表明，Stroop试验中，前扣带回区域处于激活状态。该测验常用于注意缺陷多动综合 征、阿尔茨海默病(Alzheimer disease)等的粗略筛选。

**7.** **线段中分测验** **(line** **bisection** **test)** 要求被试在没有尺子、不把纸对折的条件下，画出A4 纸上数条水平线段的中点，往某侧的偏移往往指示存在对侧空间的相对忽视。临床研究证实，在某些 特殊情况下，单侧大脑病变病人会持续地犯某种方向特异性的错误。比如右顶叶病变病人，存在对左 侧空间的忽视，在试验时会把中点标在实际位置的右侧。因此，该试验能区分大脑右侧病变、左侧病 变、双测弥漫性病变病人及健康对照，还可作为对疾病预后的评估手段，如急性中风。

测试前须考察被试的利手。另外，被试的年龄、性别、文化背景，实验时目测方向(从左到右或反 之)、所用的手(利手或非利手)等因素都会影响对中点的判断。

**二、成套神经心理测验**

成套神经心理测验一般含有多个分测验，各分测验形式不同，分别测量一种或多种神经心理功 能，从而可以对神经心理功能作较全面的评估。

成套神经心理测验品种较多，其中H-R 成套神经心理测验(Halstead-Reitan neuropsychological bat- tery),为 Halstead WC编制，Reitan RM 加以发展而成。用于测查多方面的心理功能或能力状况，包括 感知觉、运动、注意力、记忆力、抽象思维能力和言语功能等。此测验有成人、儿童、幼儿三式，我国龚 耀先等分别于1986、1988及1991年进行了修订。这里只介绍我国修订的HRB 成人式的十个分测验。

(1)范畴测验(category test):要求被试通过尝试、错误，发现一系列图片(156张)中隐含的数字 规律，并在反应仪上作出应答，测查被试分析、概括、推理等能力。此测验有助于反映额叶功能。

(2)触摸操作测验(tactual performance test):要求被试在蒙着双眼的情况下，凭感知觉将不同形 状的形块放入相应的木槽中。分利手、非利手、双手三次操作，最后使其回忆这些形块的形状和位置。 此测验测查被试触知觉、运动觉、记忆能力，手的协同与灵活性，而比较左右侧操作成绩有助于反映左 右半球功能差异。

(3)节律测验(rhythm test):要求被试听30对音乐节律录音，辨别每对节律是否相同，测查注意 力、瞬间记忆力和节律辨别能力。此测验有助于了解右半球功能。

(4)手指敲击测验(finger tapping test):要求被试分别用左右手食指快速敲击计算器的按键，测 查精细运动能力。比较左右手敲击快慢的差异有助于反映左右半球粗细运动控制功能差异。

(5)Halstead-Wepman失语甄别测验(Halstead-Wepman aphasia screening test):要求被试回答问 题，复述问题，临摹图形，执行简单命令，测查言语接受和表达功能，以及有无失语。

(6)语声知觉测验(speech-sounds perception test):要求被试在听到一个单词或一对单词的发 音(录音)后，从4个被选词中找出相应的词，共测30个(对)词，测查被试者注意力和语音知觉 能力。

(7)侧性优势检查(lateral dominance test):通过对被试写字、投球、拿东西等动作的询问和观察， 判断其利手或利侧，进一步判断言语优势半球。

(8)握力测验(grip strength test):要求被试分别用左右手紧握握力计，尽其最大力量，测查运动 功能。左右握力比较有助于反映左右半球功能和运动功能差异。

(9)连线测验(trail making test):此测验分甲乙两式，甲式要求被试将一张16开纸上散在的25 个阿拉伯数字按顺序连接；乙式除数字系列外，还有英文字母系列，要求被试按顺序交替连接阿拉伯 数字和英文字母。测查空间知觉、眼手协调、思维灵活性等能力。

(10)感知觉障碍测验(sensory perceptual disturbance test):此测验包括听觉检查、视野检测、脸手 触觉辨认、手指符号辨认和形状辨认等6个方面，测查有无周边视野缺损、听觉障碍、触觉和知觉障 碍，以及了解大脑两半球功能的差别。



第五章 心 理 评 估

90

每一分测验有不同的划界分常模，即区分有无病理的临界分。根据划入病理范围的分测验数可 计算出损伤指数(impairment index),即属病理的测验数除以总测验数，临床上依据损伤指数的大小来 协助判断脑损伤的严重程度(表5-2)。

**表5-2** **神经心理测验与脑功能障碍的关联**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **左半球功能障碍** | **弥漫性障碍** | **右半球功能障碍** |

(1)智力：VIQ<PIQ

(2)记忆：言语记忆成绩特别低

(3)思维：A、S成绩下降明显

普遍降低

普遍降低

范畴，C、S成绩低

PIQ<VIQ

TPT记位、WMS 记位特别低

BD、PA成绩特别低



前述测验成绩左手明显低于右手，定型性 运动能力低

(4)运动：敲击、TPT时间、握力，右手力量 低于左手

连线B 低

左手，左侧有阳性体征发现，节奏性感知觉 能力低

(5)感知觉：右手，右侧有阳性体征发现

(6)失语检查：言语困难，语言知觉能力低 有 结 构 性 失 用

(王 伟)

**第五节** **评** **定** **量** **表**

**一、概述**

关于“评定量表”(rating scale)概念的界定，目前尚无统一认识。有人认为“评定量表”仅限于那 些不能合作进行测验的受试者(如严重的智残者、精神病人、重病病人和婴幼儿等)而必须采用由主 试者进行评定的量表。从这点意义上说，评定量表不是严格的“心理测验”。也有人认为目前在医学 以及社会科学界所广泛采用的一些量表，也具有心理测验数量化、标准化这样一些基本特征，虽然在 基本理论背景、难易程度等方面有些不同，但二者在形式上常常混淆，也不必过分强调它们的区别。 尽管概念上难以界定，但我们还是可以从二者的特征找到评定量表与严格意义上的心理测验的一些 不同之处。

首先，评定量表多是以实用为目的，强调实用性，理论背景不一定严格，多是在一些问卷的基本上 进行结构化、数量化而发展起来。另一个突出特点就是简便易操作，如对病人的检查常用作筛查工具 (而不作诊断用),评价也多采用原始分直接评定。此外，评定量表也不像心理测验那样控制严格，有 些可公开发表，许多评定量表非专业工作者稍加训练就可掌握。具有上述特征的评定量表既有他评 的，也有自评的(如SCL-90)。 在医学心理学中常用的评定量表有许多种类，包括精神症状评定量表、 与心理应激有关的生活事件量表、应对方式量表和社会支持等量表等。

**二、** **自评量表**

所谓自评量表是指受试者根据量表的题目和内容自行选择答案做出判断的评定量表。这里仅介

绍一些医学心理学常用的自评量表。

**(一)90项症状自评量表**

90项症状自评量表(symptom check list 90,SCL-90)测查10个心理症状因子：躯体化、强迫症状、 人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌意、恐怖、偏执和精神质，以及附加因子。因子分用于反映有无各种心理 症状及其严重程度。每个项目后按“没有、很轻、中等、偏重、严重”等级以1～5分5级选择评分，由被 试者根据自己最近的情况和体会对各项目选择恰当的评分。评定结果分析总平均水平、各因子的水 平以及表现突出的因子，借以了解病人问题的范围、表现以及严重程度等。 SCL-90 可进行追踪性测 查，以观察病情发展或评估治疗效果。

第五章 心 理 评 估 **91**

SCL-90的具体分析指标有：①总分：将所有项目评分相加，即得到的总分；②阳性项目数：大于或 等于2的项目数；③因子数：将各因子的项目评分相加得因子粗分，再将因子粗分除以因子项目数，即 得到因子分。

根据总分、阳性项目数、因子分等评分结果情况，判定是否有阳性症状及其严重程度，或是否需进 一步检查。因子分越高，反映症状越多，障碍越严重。

10个因子的定义、项目数及其含义：

躯体化：包括1、4、12、27、40、42、48、49、52、53、56、58共12项，主要反映主观的身体不舒适感。

强迫：包括3、9、10、28、38、45、46、51、55、65共10项，主要反映强迫症状。

人际敏感：包括6、21、34、36、37、41、61、69、73共9项，主要反映个人的不自在感和自卑感。

抑郁：包括5、14、15、20、22、26、29、30、31、32、54、71、79共13项，主要反映抑郁症状。

焦虑：包括2、17、23、33、39、57、72、78、80、86共10项，主要反映焦虑症状。

敌意：包括11、24、63、67、74、81共6项，主要反映敌对表现。

恐怖：包括13、25、47、50、70、75、82共7项，主要反映恐惧症状。

偏执：包括8、18、43、68、76、83共6项，主要反映猜疑和关系妄想等精神症状。

精神病性：包括7、16、35、62、77、84、85、87、88、90共10项，主要反映幻听、被控制感等精神分裂症 症状。

附加项：包括19、44、59、60、64、66、89共7项，主要反映睡眠和饮食情况。

**[附]** **90项症状自评量表(SCL-90)的内容**

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.责怪自己制造麻烦

9.忘性大

10.担心自己的衣饰整及仪态的端正

11.容易烦恼和激动

12.胸痛

13.害怕空旷的场所或街道

14.感到自己的精力下降，活动减慢

15.想结束自己的生命

16.听到旁人听不到的声音

17.发抖

18.感到大多数人都不可信任

19.胃口不好

20.容易哭泣

21.同异性相处时感到害羞不自在

22.感到受骗、中了圈套或有人想抓住您

23.无缘无故地突然感到害怕

24.自己不能控制地大发脾气

25.怕单独出门

26.经常责怪自己

27.腰痛

28.感到难以完成任务

29.感到孤独

30.感到苦闷

31.过分担忧

32.对事物不感兴趣

33.感到害怕

34.我的感情容易受到伤害

35.旁人能知道您的私下想法

36.感到别人不理解您、不同情您

37.感到人们对您不友好、不喜欢您

38.做事必须做得很慢以保证做得正确

39.心跳得很厉害

40.恶心或胃部不舒服

41.感到比不上他人

42.肌肉酸痛

43.感到有人在监视您、谈论您

44.难以入睡

45.做事必须反复检查

46.难以做出决定

47.怕乘电车，公共汽车、地铁或火车

48.呼吸有困难

49.一阵阵发冷或发热

50.因为感到害怕而避开某些东西、场合或活动 51.脑子变空了

52.身体发麻或刺痛



第五章 心理评估

**92**

53.喉咙有梗塞感

54.感到前途没有希望

55.不能集中注意力

56.感到身体的某一部分软弱无力

57.感到紧张或容易紧张

58.感到手或脚发重

59.想到死亡的事

60.吃得太多

61.当别人看着您或谈论您时感到不自在

62.有一些不属于您自己的想法

63.有想打人或伤害他人的冲动

64.醒得太早

65.必须反复洗手、点数目或触摸某些东西

66.睡得不稳不深

67.有想摔坏或破坏东西的冲动

68.有一些别人没有的想法或念头

69.感到对别人神经过敏

70.在商店或电影院等人多的地方感到不自在

71.感到任何事情都很困难

续 表

72.一阵阵恐惧或惊恐

73.感到在公众场合吃东西很不舒服

74.经常与人争论

75.单独一人时神经很紧张

76.别人对您的成绩没有作出恰当的评价

77.即便和别人在一起也感到孤单

78.感到坐立不安心神不定

79.感到自己没有什么价值

80.感到熟悉的东西变成陌生或不像是真的

81.大叫或摔东西

82.害怕会在公共场合昏倒

83.感到别人想占您的便宜

84.为一些有关“性”的想法而很苦恼

85.认为应该因为自己的过错而受到惩罚

86.感到要赶快把事情做完

87.感到自己的身体有严重问题

88.从未感到和其他人很亲近

89.感到自己有罪

90.感到自己的脑子有毛病

**(二)抑郁自评量表**

抑郁自评量表(self-rating depression scale,SDS)由 Zung 于1965年编制。量表包含20个项目，采 用四级评分方式，该量表使用方法简便，能相当直观地反映病人抑郁的主观感受及严重程度。使用者 也不需经特殊训练。目前多用于门诊病人的粗筛、情绪状态评定以及调查、科研等。

评分：大多数项目为正向评分：①1分：很少有该项症状；②2分：有时有该项症状；③3分：大部分 时间有该项症状；④4分：绝大部分时间有该项症状。但项目2、5、6、11、12、14、16、17、18、20为反向评 分题，按4～1计分。由被试者按照量表说明进行自我评定，依次回答每个条目。

总分：将所有项目得分相加，即得到总分，如果总分超过41分可考虑筛查阳性，即可能有抑郁存 在，需进一步检查。抑郁严重指数：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。

**[附]** **Zung自评抑郁量表(SDS)的内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.我觉得闷闷不乐，情绪低沉 | 11.我的头脑与平常一样清楚 |
| 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 |

艺记



第五章 心 理 评 估 **93**

**(三)焦虑自评量表**

焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS)由 Zung 于1971年编制，由20个与焦虑症状有关 的项目组成。用于反映有无焦虑症状及其严重程度。适用于焦虑症状的成人，也可用于流行病学 调查。

评分：每项问题后有1～4四级评分选择：①1分：很少有该项症状；②2分：有时有该项症状； ③3分：大部分时间有该项症状；④4分：绝大部分时间有该项症状。项目5、9、13、17、19为反向评分 题，按4～1计分。由被试者按量表明说进行自我评定，依次回答每个条目。

总分：将所有项目评分相加，即得到总分。总分超过40分可考虑筛查阳性，即可能有焦虑症状，

需进一步检查。分数越高，反映焦虑程度越重。

**[附]** **Zung** **自评焦虑量表(SAS)** **的内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.我感到比往常更加过敏和焦虑 | 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.我的手指和脚趾感到麻木和刺痛 |
| 5.我感到事事顺利，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.我感到很平衡，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)生活事件量表**

国内外有多种生活事件量表。这里介绍由杨德森、张亚林编制的生活事件量表(life event scale, LES)。 该量表由48条我国较常见的生活事件组成，包括三个方面的问题：家庭生活方面(28条)、工 作学习方面(13条)、社交及其他方面(7条),另外有2条空白项目，供填写被试者已经经历而表中并 未列出的某些事件。

LES 是自评量表，由被试者自己填写。填写者须仔细阅读和领会指导语，然后逐条一一过 目。根据调查者的要求，将某一时间范围内(通常为一年内)的事件记录。对于表上已列出 但并未经历的事件应一一注明“未经历”,不留空白，以防遗漏。然后，由填写者根据自身的 实际感受而不是按常理或伦理观念去判断那些经历过的事件对本人来说是好事或是坏事? 影响程度如何?影响持续的时间有多久?影响程度分为5级，从毫无影响到影响极重分别记 0、1、2、3、4分。影响持续时间分三月内、半年内、 一年内、 一年以上共4个等级，分别记1、2、 3、4分。

统计指标为生活事件刺激量，计算方法如下：

(1)单项事件刺激量=该事件影响程度分x该事件持续时间分×该事件发生次数

(2)正性事件刺激量=全部好事刺激量之和

(3)负性事件刺激量=全部坏事刺激量之和

(4)生活事件总刺激量=正性事件刺激量+负性事件刺激量

生活事件刺激量越高反映个体承受的精神压力越大。负性事件刺激量的分值越高对心身健康的 影响越大；正性事件的意义尚待进一步的研究。

**94** 第五章 心 理 评 估

[ **附]** **生活事件量表(LES)** **的结构与内容**

**家庭有关问题** (25)家庭成员重病、重伤

(1)恋爱或订婚 (26)家庭成员死亡

(2)恋爱失败、破裂 (27)本人重病或重伤

(3)结婚工作学习中的问题 (28)住房紧张

(4)自己(爱人)怀孕 (29)待业、无业

(5)自己(爱人)流产 (30)开始就业

(6)家庭增添新成员 (31)高考失败

(7)与爱人父母不和 (32)扣发奖金或罚款

(8)夫妻感情不好 (33)突出的个人成就

(9)夫妻分居(因不和) (34)晋升、提级

(10)夫妻两地分居(工作需要) (35)对现职工作不满意

(11)性生活不满或独身 (36)工作学习压力大(如成绩不好)

(12)配偶一方有外遇 (37)与上级关系紧张

(13)夫妻重归于好 (38)与同事邻居不和

(14)超指标生育 (39)第一次远走他乡异国

(15)本人(爱人)做绝育手术 (40)生活规律重大变动(饮食睡眠规律改变)

(16)配偶死亡 (41)本人退离休或未安排具体工作

(17)离婚社交与其他问题 (42)好友重病或重伤

(18)子女升学(就业)失败 (43)好友死亡

(19)子女管教困难 (44)被人误会、错怪、诬告、议论

(20)子女长期离家 (45)介入民事法律纠纷

(21)父母不和 (46)被拘留、受处罚

(22)家庭经济困难 (47)失窃、财产损失

(23)欠债500元以上 (48)意外惊吓、事故、自然灾害

(24)经济情况显著改善

注：若受试者认为有表中未列生活事件对其造成较大影响，可以自己填入所留的空栏中，并也作出相应评价。

**(五)特质应对方式问卷**

应对(coping)是心理应激过程的重要中介因素，与应激事件性质以及应激结果均有关系。近十 年来应对方式受到广泛的重视，出现许多应对方式量表，特质应对方式问卷(trait coping style question- naire,TCSQ)是其中之一。

特质应对方式问卷是自评量表，由20条反映应对特点的项目组成，包括2个方面：积极应对与消 极应对(各含10个条目)。用于反映被试者面对困难挫折时的积极与消极的态度和行为特征。被试 者根据自己大多数情况时的表现逐项填写。各项目答案从“肯定是”到“肯定不是”采用5、4、3、2、1 五级评分。评价指标包括：

积极应对分：将条目1、3、5、8、9、11、14、15、18、20的评分累加，即得积极应对分。 一般人群的平 均分为30.22±8.72。分数高，反映积极应对特征明显。

消极应对分：将条目2、4、6、7、10、12、13、16、17、19的评分累加，即得消极应对分。 一般人群的平 均分为23.58±8.41,分数高，反映消极应对特征明显。

实际应用中，消极应对特征的病因学意义大于积极应对，其原因有待进一步研究。

**[附]** **特质应对方式问卷(TCSQ)** **的内容**

1.能尽快地将不愉快忘掉 5. 通常向好的方面想，想开些

2. 陷入对事件的回忆和幻想之中而不能摆脱 6.不愉快的事很容易引起情绪波动

3. 当作事情根本未发生过 7. 将情绪压在心底里不表现出来，但又忘不掉

4.易迁怒于别人而经常发脾气 8 . 通 常 与 类 似 的 人 比 较 ， 就 觉 得 算 不 了 什 么

6艺记



第五章 心 理 评 估 **95**

9.将消极因素化为积极因素，例如参加活动

10.遇烦恼的事很容易想悄悄地哭一场

11.旁人很容易使你重新高兴起来

12.如果与人发生冲突，宁可长期不理对方

13.对重大困难往往举棋不定，想不出方法

14.对困难和痛苦能很快适应

续表

15.相信困难和挫折可以锻炼人

16.在很长的时间里回忆所遇到的不愉快的事

17.遇到难题往往责怪自己无能而怨恨自己

18.认为天底下没有什么大不了的事

19.遇苦恼事喜欢一人独处

20.通常以幽默的方式化解尴尬局面

**三、他评量表**

所谓他评量表是由评估者根据对被评估者的行为观察或访谈所进行的量化评估。 一般对使用者 的专科知识以及量表使用经验等要求较高。他评量表方式在情绪和外显行为定量评估中广泛应用， 这里以汉密尔顿抑郁量表为例加以介绍：

汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale,HAMD)由 Hamilton于1960年编制，是临床上评定抑郁 状态时应用得最普遍的量表。本量表有17项、21项和24项等3种版本。利用HAMD 作一次评定大约需 15~20分钟。这主要取决于病人的病情严重程度及其合作情况，如病人伴有严重阻滞时所需时间将更长。

1. 项目和评分标准 HAMD 大部分项目采用0～4分的5级评分法，各级的标准为：0分为无，1 分为轻度，2分为中度，3分为重度，4分为很重。少数项目采用0～2分的3级评分法，其分级的标准 为：0分为无，1分为轻～中度，2分为重度。

2. 评定注意事项 包括以下内容。

(1)适用于具有抑郁症状的成年病人。

(2)应由经过培训的两名评定者对病人进行HAMD 联合检查。

(3)一般采用交谈与观察的方式。检查结束后，两名评定者分别独立评分。

(4)评定的时间范围：入组时，评定当时或入组前一周的情况；治疗后2～6周，以同样方式，对入 组病人再次评定，比较治疗前后症状和病情的变化。

(5)HAMD 中，有的项目依据对病人的观察进行评定；有的项目则根据病人自己的口头叙述评 分；尚需向病人家属或病房工作人员收集资料。

3. 结果分析 总分：能较好地反映病情严重程度的指标，病情越轻总分越低，病情愈重总分愈 高。而且治疗前后总分的变化情况可用来评估病人病情的变化情况。

按照Davis JM 的划界分，总分超过35分，可能为严重抑郁；超过20分，可能是轻或中等度的抑 郁；如小于8分，病人就没有抑郁症状。 一般的划界分，HAMD17 项分别为24分、17分和7分。

4. 应用评价 HAMD 评定方法简便，标准明确，便于掌握，可用于抑郁症、躁郁症、神经症等多种 疾病的抑郁症状之评定，尤其适用于抑郁症。 HAMD 在抑郁量表中，作为最标准者之一，如果要发展 新的抑郁量表，往往应以HAMD 作平行效度检验的工具。

**[附]** **HAMD** **条目及具体的评分标准举例**



1. 抑郁情绪①只在问到时才诉述；②在访谈中自发地表达；③不用言语也可以从表情，姿势，声音或欲哭中 流露出这种情绪；④病人的自发言语和非语言表达(表情，动作)几乎完全表现为这种情绪

2. 有罪恶感①责备自己，感到自己已连累他人；②认为自己犯了罪，或反复思考以往的过失和错误；③认为 目前的疾病，是对自己错误的惩罚，或有罪恶妄想；④罪恶妄想伴有指责或威胁性幻觉

3.自杀①觉得活着没有意义；②希望自己已经死去，或常想到与死有关的事；③消极观念(自杀念头)

4. 入睡困难(初段失眠) ①主诉有入睡困难，上床半小时后仍不能入睡(要注意平时病人入睡的时间);②主 诉每晚均有入睡困难



(洪 炜)



**第六章** **心** **理** **应** **激**

掌握心理应激理论不但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),还在维护个体心理社会因素的动态平衡(心理卫生与健康促进)、降低各种心理社会因素的负面 影响(应激的控制与管理),乃至整个医学工作领域，都有理论与实践指导意义。

**第一节** **心理应激概述**

**一** **、应激与心理应激理论**

**(一)应激的概念与发展**

应激(stress)概念的提出和心理应激(psychological stress)理论的发展经历了较长的历史过程。 现代应激理论将应激定义为：应激是个体面临或觉察到环境变化对机体有威胁或挑战时做出的适应 性和应对性反应的过程。

在应激概念的历史演化过程中，有三位学者做出了重要贡献，分别是伯纳德(Bernard C)、坎农 (Cannon W)和塞里(Selye H)。

伯纳德认为，生命维持的关键是机体保持内部环境的稳定，对机体的完整性和稳定性的挑战或刺 激会诱发机体的反应以抗衡其所造成的威胁。这是现代应激概念的基础。

坎农继承了伯纳德的思想，将机体在面对环境变化时保持内环境稳定的过程称作“内稳态”。他 认为，感觉神经使大脑能够与身体其他部分进行沟通。大脑能觉察到身体内部状态的不适当的变化， 且能通过各种机制来正确地加以补偿。坎农不仅关心物理环境对机体保持稳态的影响和机体维持稳 态的机制，也关心有心理意义的刺激对人的影响，认为心理和社会功能的失调也可导致良好健康状态 的丧失。

塞里是第一个系统使用应激概念说明机体受到威胁时所发生的调节反应的生理学家。他用“应 激”这一术语代表严重威胁机体内稳态的任何刺激影响，而将引起应激的刺激称为“应激源”。塞里 在实验中发现，用冷、热刺激，感染和毒物作为应激源的动物实验中，总是能引起小鼠肾上腺皮质增 生，胸腺、脾脏、淋巴结明显萎缩，嗜酸性白细胞显著下降，胃黏膜浅层溃疡等变化，上述反应与注射物 的种类和性质无关。塞里将这种反应称为一般性适应综合征(general adaptation syndrome,GAS),认为 这是一种机体的非特异性反应。也即虽然严重程度上存在差异，但应激反应对于个体生存和适应都 是必须的。

一般性适应综合征可划分为三期：①警觉期，表现为体重减轻、肾上腺皮质增大。外周反应为肾 上腺素分泌增加，血压升高，脉搏与呼吸加快，心脑血管血流量增加，血糖升高等等。这些反应唤起了 体内的防御能力，使机体处在最好的态势，以增强力量，准备做出“战斗或逃跑”反应。如果应激源非 常严重，可以直接引起动物死亡。若机体处于持续的有害刺激，又能度过第一阶段，则会转入下一阶 段。②抵抗期或耐受期，表现为体重恢复正常，肾上腺皮质变小，淋巴腺恢复正常，激素水平恒定。这 时机体对应激源表现出一定的适应，对其抵抗能力增强。若机体继续处在有害刺激下或刺激过于严 重，则会丧失所获得的抵抗力而进入下一个阶段。③衰竭期，表现为肾上腺增大，最终耗竭。体重再 次减轻，淋巴系统功能紊乱，激素水平再次升高后降低。当个体抵抗应激的能力枯竭时，副交感神经 系统异常兴奋，常出现抑郁、疾病甚至死亡。



第六章 心 理 应 激

**97**

以上应激概念的发展与人们对疾病发生和发展的普遍规律的认识相一致，即认为外界刺激可导 致机体稳态的失衡与调节，应激刺激导致机体出现损伤和抗损伤反应，损伤和抗损伤因素均可导致疾 病的发生。

**(二)心理学界关注的应激**

自20世纪30年代起，心理学家们对应激问题的研究扩充了应激的涵义。这类研究关注“应激造 成的生理、社会和心理系统的紊乱”,认为“应激是某些情况下据信会导致疾病的机制之一 ”。随着研 究的深入，心理学家认识到多种心理社会因素如个人的认知评价和应对方式等在应激中的意义。20 世纪60年代，Lazarus R等提出认知评价在应激中的重要性，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景之时。此后Folkman S和 Lazarus R等研 究了应对方式在应激过程中的作用，形成了认知应激作用理论。

**二、应激的概念模型**

应激的概念模型是对应激现象本质的理论概括。由于人们对应激现象的实质有不同的看法，便 有不同的理论模型。近百年来，不同学者形成了不同的应激理论，如有早期重视应激反应的“应激反 应模型”(response-based model of stress)、重视应激刺激作用的“刺激模型”(stimulus-based model of stress),到以后重视个体对应激源和应对能力的“认知评价模型”(cognitive appraisal model of stress)、 应激作用的“过程模型”。近年的发展趋势则是关注应激多因素作用的“系统”模型。本章主要介绍 应激的认知评价模型、应激的系统模型和应激的过程模型。

**(一)应激的认知评价模型**

塞里和拉扎勒斯均认为，引起应激反应的事件多种多样，但不同的个体对其认知评价可有不同。 1979年，Woolofolk和 Richardson正式提出了应激的认知评价模型。认为应激反应不是环境因素的直 接结果，许多环境因素本来是中性的、无关紧要的；它们之所以引起一些人的应激反应，是由于这些人 将其视为“至关重要的”“威胁性的”和“必须慎重应对的”。因此，该模型认为应激反应是个体对情境 或事件认知评价的结果，人们感受和评价事物的方式、对应激源赋予的意义决定着应激反应的发生和 程度。认知评价在应激发生和反应中的作用见应激的心理中介机制部分。

**(二)应激的系统模型**

通过大量的有关应激因素之间相互关系的实证研究提示，应激有关因素之间不是单向的从因到 果或从刺激到反应的过程，而是多因素相互作用的系统。对个体而言，现实生活中的任何人都生活在 自然和社会环境中，人与环境之间在不同的水平相互影响、相互作用。从自身来看，人的心理功能和 生理功能也是相互联系、相互作用的。例如，病人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。也就是说，应激其实是有关因素相互作用的系统，即“应激系 统模型”。

应激系统模型的基本特征(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。

根据系统模型，心理应激可以被定义为：个体的生活事件、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6-1)。

**(三)应激的“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，国内学者如姜乾 金等倾向于将心理应激看作是由应激源(生活事件)到应激反应的多因素作用过程，即“应激过程模 型”(图6-2)。



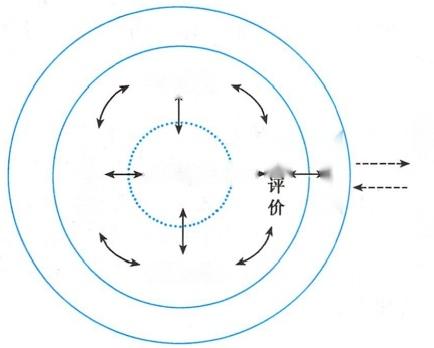
社会支持

健康 疾病

心 身反应

认 知

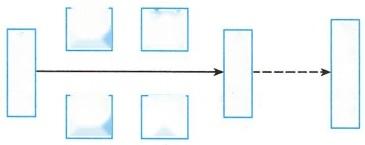
**98** 第 六 章 心 理 应 激

生活事件

人格特征 →

应对方式

图6-1 心理应激“系统”模型示意图



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生活事件 | 认知  评价  认知  评价 | 应对  方式  个性  等 | 健康、疾病  应激反应 |

图6-2 应激过程模型示意图

根据过程模型，心理应激可以被定义为：个体在应激源作用下，通过认知、应对、社会支持和个性

特征等中间多因素的影响或中介，最终以心理生理反应表现出来的作用“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，易于理解也便于对某些疾病发生的病因做出解释。

**三、心理应激的意义**

心理应激的理论模型为医学心理学研究提供了框架和思路，在应激与疾病的发病机制、健康促进

领域具有理论与实际指导意义。

在医学认识论方面，心理应激理论特别是“系统模型”,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。心理应激多因素作用过程与健康的关系与心理社会因素与疾病和健康的关 系相一致。与疾病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 力不良反应等均可在心理应激理论的框架下进行研究。并且随着工业化、现代化和竞争日趋激烈、人 际关系日趋复杂，人们感受到的生活压力增大，心理应激程度也不断增强，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。

在病因学方面(心理病因学),“反应模型”和“过程模型”有助于清晰理解心理疾病和心身疾病的 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，取得了较好的研究成果。

在治疗方面，根据“刺激模型”可以通过任何消除或降低各种应激因素的负面影响，促进机体系 统因素之间的良性循环而实现新的平衡，达到治疗的目的。干预策略包括了应激模型中的多个环节， 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；⑥阻断应 激启动通路等。

在预防医学方面和健康促进领域，“认知模型”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。

除此之外，应激模型的基本法则还可应用于临床个体心理咨询(治疗)程式，应用于压力管理、应



第六章 心 理 应 激 99

激相关疾病和家庭婚姻咨询与治疗。

**第二节** **应** **激** **源**

**一、应激源的定义与分类**

应激源(stresors)是引起应激的刺激，也就是应激的原因。通常是指向机体提出适应和应对要求

并进而导致充满紧张性的生理和心理反应的刺激物。

应激源的分类学术界尚无一致的意见，常见的分类如下：

**(一)按应激源性质分类**

1. 躯体性应激源躯体性应激源是指对人的躯体直接发生刺激作用的刺激物，包括各种物理 的、化学的和生物学的刺激物，如过高过低的温度、强烈的噪声、酸碱刺激、不良食物、微生物等。这一 类应激源是引起人们生理应激和应激的生理反应的主要刺激物。

2. 心理性应激源心理性应激源是指来自人们头脑中的紧张性信息，主要指冲突、挫折和各种 原因导致的自尊感降低。心理性应激源与其他类应激源的显著不同之处是它直接来自人们的头脑； 但也常常是外界刺激物作用的结果。例如，心理冲突往往在人际关系出现困难或发生目标冲突时产 生。同样，较低的自尊感多产生于难以胜任学习和工作任务之时。

3. 社会性应激源社会性应激源是指能导致个人生活风格变化，并要求人们对其做出调整或适 应的事件。所谓生活风格(样式),是指组成一个人的日常生活方式的许多“经验和事件”。社会性应 激源包括应激性生活事件和日常生活困扰。应激性生活事件指生活中重大的变故。日常生活困扰是 指轻微而频繁的困扰或微应激源如每天挤车上下班，处理家庭事务，操心孩子学习等。日常生活困扰 因年龄和职业特征不同而有所差异，如警察的日常生活困扰为“司法系统的效能低下”和“歪曲的攻 击性评价”;教师的日常生活困扰为“完成论文”和“工资低”;大学生的日常生活困扰则为“专业好 坏”及“寻求职业或兼职”。

**4.** **文化性应激源** 文化性应激源是指因语言、风俗和习惯的改变而引起应激，最为常见的是“文 化性迁移”,如由一种语言环境进入另一种语言环境，或由一个民族聚居区、 一个国家迁入另一个民族 聚居区、 一个国家。在这种情况下，个体将面临一种生疏的生活方式、习惯与风俗，从而不得不改变自 己原来的生活方式与习惯，以顺应新的情况。

**(二)按生活事件的现象学分类**

最常见的应激源是生活事件，其内容很广，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，从现象学角度对生活事件内容进行归类。

1. 工作事件 是指工作环境或工作性质具备紧张性和刺激性，易使人产生不同程度的应激。常 见的有：①长期从事高温、低温、噪音、矿井下等环境的工作；②高科技、现代化需要高度注意力集中和 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。如多次恋爱不成功或失恋，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、本人患病、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、瘫痪病人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

100



第六章 心 理 应 激

境的污染，交通住房的拥挤、人口过度集中、失业、加快的生活节奏、知识的更新、竞争的加剧，物质滥 用、酗酒、卖淫、嫖赌、偷盗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**

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。

**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哀心境，如亲人死亡、患急重病等。研究证明，负性生活 事件与心身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，从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(posttraumatic stress disorder,PTSD)。 国内外诸多研究表明，该障碍往往病程 迁延，严重影响病人的心理和社会功能。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，并具 有一定的主观属性。主观事件在评定时其重测信度较低。

**二、应激源的研究**

**(一)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 和 Rahe 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”。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付出的努力程度也最大，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LUC 的总量来表示。

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(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。

“社会再适应评定量表”发表以后，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



第六章 心 理 应 激 **101**

生活事件量表。但是，随着研究报告的增多， 一些研究发现，“社会再适应评定量表”这种客观定量的 生活事件单位与疾病的相关程度较低(r=0.30~0.40), 有的研究还证明没有相关。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。以后，各种以被试者自己估计应激强度的生活事件量表编制出版。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和疾病的相关性有明显的提高。国内杨德森(1988)等 编制的生活事件量表即属于这一类型。

**(二)应激源的属性与健康和疾病关系研究**

早期的研究结果显示，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。后期的研究进一步阐明了生活事件的质和量与健康和疾病的关系。中国 科学院心理研究所和北京医科大学对钢铁工人进行的调查发现有三种刺激因素对疾病发生的影响最 大，它们是：①在较紧张的学习或工作中伴随不愉快的情绪；②工作中或家族中人际关系不协调；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。对癌症病人(姜乾金等，1987)的 研究发现，“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。与疾 病关系密切应激源是负性生活事件，最严重的是丧偶、家庭成员的死亡。还有学者的研究表明，不可 预料、不可控制的负性生活事件对人威胁更大。在致病机制研究方面，生活事件如何导致机体发病的 详细机制还不清楚。 Rahe 认为，生活事件仅是引起疾病的危险因素，类似于血清胆固醇升高与冠心 病发病之间的关系。生活事件对人体免疫功能有影响，亲人病故、夫妻离异、事业受挫、遭受歧视等事 件经大脑的认知评价后引起悲哀、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等首先报道丧偶后细胞免疫功能低下。随后Schlaif等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， 一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EB 病毒抗体滴度增高，反映离异者细胞免疫受损。可见，“丧失”导致的悲伤对 免疫功能造成影响。后期的研究证明，应激源的不同属性如强度(如创伤性应激)、时程(急性、慢 性)、可控性等均是影响致病的因素，其致病的机制也有所差异。

**第三节** **应激过程的中介机制**

**一** **、应激的心理中介**

**(** **一** **)** **认** **知** **评** **价**

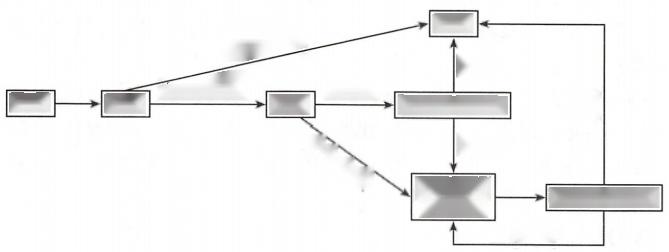
**1.** **认知评价的概念** 评 价(evaluation or appraisal)是指个体对遇到的生活事件的性质、程度和可 能的危害情况作出估计。 Folkman 和 Lazarus(1984)将个体对生活事件的认知评价过程分为初级评价 (primary appraisal)和次级评价(secondary appraisal)。 初级评价是个体在某一事件发生时立即通过认 知活动判断其是否与自己有利害关系。 一旦得到有关系的判断，个体立即会对事件的性质(如是否可 以改变)、属性(如是丧失、威胁还是挑战)和个人的能力作出估计，这就是次级评价。伴随着次级评 价，个体会同时进行相应的应对活动：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6-3)。可见，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。

**2.** **认知评价的研究**

(1)认知因素在应激中的作用：对生活事件的认知评价直接影响个体的应对活动和心身反应，因 而是生活事件到应激反应的关键中介因素之一 。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，其原因之一就是因为未考虑个人对事件的真实评价。



**102** 第六章 心理应激



无利害关系

看利害关系 可改变

下冷，令，

存

适应

有效

问题关注应对

无效

情绪反应 (不适应)

有效

情绪关注应对

无效

初评 次评

问题

图6-3 认知、应对与应激过程

Lazarus早期曾认为，应激发生于个体察觉或评估一种有威胁的情景之时，具体的说是关于对需

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。

认知评价本身也受其他各种应激有关因素的影响，如社会支持一定程度上可以改变个体的认知 过程，个性特征也间接影响个体对某些事件的认知，而生活事件本身的属性不能说与认知评价无关。 所以，在近年的许多实际病因学研究工作中，虽然仍将认知因素作为应激的关键性中间变量来对待， 但毕竟还要考虑其他有关应激因素的综合作用。

(2)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。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，也可以采用问卷或访谈的方法，让被试对有关事件的认知特 点一一做出等级评估。近年有不少类似研究结果都证明认知评价在生活事件与疾病的联系中确实起 着重要的中介作用。

**(二)应对方式**

**1.** **应对的概念** 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稳定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。也有学者认为防御机制 是应对方式的一个类别。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；目前应对量表中也包含着许多心理防御性质的条目如合理化、压抑、迁 怒等。

应对概念的内涵、外延、性质、种类与其他心理社会因素的关系以及在应激过程中的地位等问题

至今仍不统一，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问题。

实际上，应对概念的涵义是很广的，或者说应对是多维度的。

姜乾金(2002)以“过程”论为基础，以国外应对量表中出现的各种因子为分析对象，发现应对活

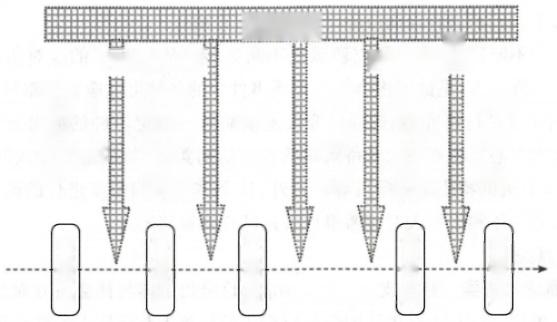
动实际上涉及到应激作用过程的各个环节(图6-4)。

**2.** **应对的分类** 如果从应对的主体角度看，应对活动涉及个体的心理活动(如再评价)、行为操 作(如回避)和躯体变化(如放松)。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，前者为问题关注应对

(problem-focused coping),后者为情绪关注应对(emotion-focused coping)。 目前多数应对量表兼有这 两方面的应对条目内容。



第六章 心 理 应 激 **103**



应对活动

情绪关注应对

|  |  |
| --- | --- |
| 幽默  淡化  自控  自责  忍受  发泄 | 放松  烟酒  药物 |

(应激过程)

问题关注应对

|  |  |
| --- | --- |
| 计划  回避  面对  分散注意  升华 | 再评价 否认 祈祷 自评 幻想 合理化 |

转移

退化

屈服

求助

倾诉

社会支持

情绪反应

认知评价

生理反应

生活事件



图6-4 应对与应激过程的关系

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。目前这方面的理论和具体研究较少。

从应对策略与个性的关系来看，可能存在一些与个性特质(trait)有关的、相对稳定的和习惯化了 的应对风格(coping styles)或特质应对。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)。与前述的过程研究相对应，以特质应对理念进行的应对研究曾被称为特质研究(trait- oriented approach)。

**3.** **应对的研究** 目前，关于应对是应激事件和应激心身反应的重要中介变量的观点已被广泛接 受。有关应对在心理应激过程中的作用及其在心理病因学中的意义的研究已成为心理应激研究中很 活跃的一个领域。

(1)应对与心理病因学研究：在应对研究领域，许多是围绕应对在心理病因学中的意义的。以癌 症研究为例，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因素的影响。由 于癌症本身作为一种严重的生活事件，对病人又起着心理应激源的作用，使癌症病人往往采用更多的 应对策略，癌症的转归、预后、病人的生活质量、康复等(可看作应激结果)也就明显受病人各种应对 策略的影响。因此，通过对癌症病人应对活动特点、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，也可以通过对癌症病人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。

(2)应对与其他应激因素关系的研究：研究证明，应对与各种应激有关因素存在相互影响和相互 制约的关系。应对与生活事件、认知评价、社会支持、个性特征、应激反应等各种应激因素相关，还与 性别、年龄、文化、职业、身体素质等有关。

(3)应对的量化研究：由于应对分类尚无统一的认识，故应对的测定方法也多种多样。

Folkman 和 Lazarus 1980年编制，1985年修订的应对量表将应对分为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。从早期的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)筛选出包括解决问题、自责、求助、幻想、退避和合理化6种应付方式的应付 方式问卷。

卢抗生等(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)以应对的特质研究思路，采用因素筛选与效标考察相结合的方法，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，最后形成特质应对问卷。 特质应对反映的是个体内部某些相对稳定的、具有习惯化倾向的应对方式或应对风格。

xo

104

笔记

第六章 心 理 应 激

沈晓红等(2000)修订的Feifel医学应对量表包含病人的三种疾病应对策略：面对、回避和屈服。 这三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。

随着对应对认识的不断发展，应对研究领域也不断拓展。从“广义”的应对角度展开研究，例如 上述应对量表及其各种修订本，是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。 从相对“狭义”的应对角度进行研究，则选择研究针对疾病这一特定事件的应对策略，如 Levine的否 认机制问卷更只选择研究心肌梗死病人对待疾病的否认应对策略，特质应对方式问卷只选择那些与 个性有关、与个体健康有关的特质应对条目等。另外，从个体发展的角度进行的研究发现，应对方式 存在年龄差异，儿童、青少年和成年人对应激事件采用的应对策略不同。

(三)社会支持系统

1. 社会支持的概念与分类 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。在应激研究 领域， 一般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”。

社会支持所包含的内容相当广泛，可从多个维度进行分类。例如客观支持与主观支持。客观支 持指一个人与社会所发生的客观的或实际的联系程度，例如得到物质上的直接援助和社会网络。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。

**2.** **社会支持的研究** 在社会支持与心理病因学研究方面，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具有保护性作用，可以降低心身疾病的发生和促进疾病的 康复。

有证据表明，幼年严重的情绪剥夺，可产生某些神经内分泌的变化，如ACTH 及生长激素分泌不 足等。 Thomas 等研究256名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。这一变化与年龄、体重、吸烟、酗酒、情 绪不良体验等因素无关。

动物实验也证明社会支持与心身健康之间的肯定联系。有人发现在实验应激情境下，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，可以降低小白鼠胃溃疡、地 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发生。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。

**3.** **社会支持与其他应激因素关系的研究** 研究证明个体的社会支持程度与各种应激因素存在 交互关系。例如，许多生活事件本身就是社会支持方面的问题；认知因素影响社会支持的获得特别是 影响主观支持的质量；社会支持与应激反应程度也有关系。 Sarason 等(1981)发现社会支持数量与艾 森克个性问卷的外向分呈正相关，而社会支持数量和社会支持满意程度二者均与神经质分呈负相关， 说明社会支持与个性有一定的联系。

**4.** **社会支持保护健康的机制研究** 有两种理论解释：

(1)缓冲作用假说：该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日常生活 中伤害性刺激的应对能力和顺应性，从而削减应激反应，起到缓冲生活事件的作用。例如Blumenthal (1987)证明，社会支持能改善A 型行为者的冠心病临床过程。

(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。例如有资料显示，与世隔绝的老年人比密切 联系社会的老年人相对死亡率高。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。



第六章 心 理 应 激 **105**

**5.** **社会支持的量化研究** 由于社会支持涉及面广，除了采用多维的分类方式外，还形成了不同 的社会支持量表。

肖水源(1987)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 量表。

Blumenthal(1987)等在领悟社会支持量表中，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。

在Wilcox(1982)的社会支持调查表中，社会支持分为情绪支持、归属支持和实质支持。

Sarason等(1981)的社会支持问卷有两个维度：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。

**(四)个性特征**

**1.** **个性与应激因素的关系** 作为应激系统中的诸多因素之一，个性与生活事件、认知评价、应对 方式、社会支持和应激反应等因素之间均存在相关性。因此，应激系统模型将个性看成是应激系统中 的核心因素。

个性可以影响个体对生活事件的感知，有时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。

态度、价值观和行为准则等个性倾向性，以及能力和性格等个性心理特征因素，都可以不同程度 地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，个性有缺陷的 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偏差，可以导致较多的心身 症状。

个性影响应对方式。前文已述及，个性特质在一定程度上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。 Folkman曾根据“情绪关注”类应对 的跨情境重测相关高于“问题关注”类，认为情绪关注类应对更多的受人格影响。 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 的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。

个性特征间接影响客观社会支持的形成，也直接影响主观社会支持和社会支持的利用度水平。 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基 础，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。

个性与应激反应的形成和程度也有关。同样的生活事件，在不同个性的人身上可以出现完全不 同的心身反应结果。

**2.** **个性在心理病因学研究中的意义** 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。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。

**二、应激的生理中介**

应激的生理中介是指参与介导或调节应激源和应激生理反应的生理解剖结构和功能系统。早期

**106**

笔记

第六章 心 理 应 激

的研究关注功能系统，最近的研究则指向更微观的水平。

**(** **一)应激系统**

**1.** **“应激系统** **(stress** **system)”** **的概念** Chrousos 和 Gold(1992) 提出“应激系统”的概念，认

为应激系统是应激综合征的效应器。“应激系统”包括促皮质素释放激素、蓝斑-去甲肾上腺素/自主 神经系统，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)。应激系统的概 念强调应激相关的生理基础是一个复杂的、互动的整体，应激反应通常是通过神经系统、内分泌系统 和免疫系统的中介途径而发生的。

2. 应激生理中介相关成分 除 Chrousos和 Gold提出经典应激系统成分，最近几十年的研究发 现，应激的生理中介包含更多的成分和内容。

(1)交感-肾上腺髓质系统：是机体面对急性应激时，尤其是个体认为具有威胁性的情形时发生 反应的功能系统。此时，交感神经末梢释放去甲肾上腺素，肾上腺髓质释放去甲肾上腺素和肾上腺 素，后者与受体结合引起器官功能和激活水平的变化。

(2)自主神经系统：自主神经系统经由下丘脑的调节，通过交感神经和副交感神经的平衡调节机 体的放松和应激水平。没有紧急情况时副交感神经活动处于优势，机体处于“休养”过程。紧急情况 下交感神经活动处于优势如心率加快保证防御时骨骼肌所需的血液供应、瞳孔扩大以改善视觉等。

(3)下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴：这个系统受中枢神经系统调控。作为对来自中枢神经系统的刺 激的反应，下丘脑释放促肾上腺皮质激素释放激素，传送到腺垂体，引起腺垂体分泌促肾上腺皮质激 素，进入血液循环，引起肾上腺皮质分泌肾上腺皮质激素。在无应激情况下，肾上腺皮质激素对下丘 脑释放促肾上腺皮质激素有直接的负反馈效应而达到稳态，而在应激情况下这种负反馈效应和稳态 受到破坏。应激情况下肾上腺皮质激素的分泌对于某些代谢性的应激反应(如发热、炎症等)有启动 作用，构成一种减少应激源的危害的机制。

(4)内源性阿片系统：内源性阿片系统也可能在应激时起到积极应对的作用，通过减少恐惧、镇 痛，以及抑制和疼痛有关的退缩行为，对搏击和其他应对反应有一定意义。但这个系统可能与经历不 可控的应激刺激之后的行为表现消沉有关。例如Millan & Emrich(1981)对人体使用吗啡不仅可以镇 痛，还能减少在不利条件下的焦虑感和预期的疼痛。

(5)性腺轴：应激时下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的激活，来自这个轴系的反馈作用于下丘脑，对性 腺轴的功能产生影响，可导致促性腺激素释放的减少，繁殖能力受损。

(6)肾素-血管紧张素-醛固酮系统：应激时肾脏可分泌肾素，肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活， 使血压升高，通过肾脏排泄水、钠减少。

(7)免疫系统：包括免疫器官、细胞和免疫分子。免疫系统对不同应激的反应有所差别。如当暴 露于不可控制的应激刺激(如丧偶、睡眠剥夺)时， 一开始使人体免疫功能抑制，对疾病的易感性提 高，而随后可能反应为免疫功能增强或紊乱。

(8)关于“情绪脑区”:一般认为边缘系统为“情绪脑区”,近年来研究指出，下丘脑内存在防御反 应带(defense zone),位于下丘脑中线两旁的腹内侧区，该区与情绪反应有关的生理活动的控制有关。

下丘脑内控制情绪行为反应的中枢，也参与对心血管活动的调节。

**(二)应激生理中介相关的细胞与分子机制**

研究显示，应激可导致细胞和分子水平的生物信号通路的启动和紊乱。这些信号通路的变化是 应激相关障碍(疾病)发生的基础，构成了应激生理中介相关的细胞和分子机制。

**1.** **氧化应激** 研究提示，各类应激刺激如束缚应激、睡眠剥夺和社会孤立均可通过升高糖皮质 激素水平，导致器官和组织活性氧增加，脂质过氧化物堆积、细胞缺氧等变化。提示应激可通过氧化 应激导致机体损伤。

**2.** **细胞凋亡** 大量研究均证实应激启动细胞凋亡，其基本途径是应激导致糖皮质激素大量分 泌，使糖皮质激素受体分布较多的部位如海马、纹状体等的细胞处于长期高水平的兴奋状态，导致细



第 六 章 心 理 应 激 107

胞兴奋型毒性发生，启动细胞凋亡程序，导致细胞的凋亡和坏死。

**3.** **代谢应激** 慢性应激可抑制糖运输，导致能量供应障碍，影响细胞的代谢、增殖和分化，加速 衰老过程。是某些疾病如早老性痴呆和认知功能障碍的基础。此外，应激导致的糖皮质激素水平升 高可以导致胰岛素抵抗，使能量供应障碍，也加速衰老过程。

4. 神经营养因子分泌异常 各类应激刺激降低神经营养因子的分泌，使细胞保护机制减弱，导 致神经系统的可塑性降低和局部神经网络调节紊乱，引发器官功能障碍。

(潘 芳)

**第四节** **应** **激** **反** **应**

**一、概念**

应激反应(stress reaction)是心理学的重要概念，对人的心理健康有重要影响的心理现象，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 re- sponse)。 不过，由于各种应激因素存在交互关系，在应激研究中要对应激反应概念作严格的界定，实 际上有一定的难度。例如，个体由于生活事件引致的认知评价活动，其本身就是事件引起的一种心理 “反应”。同样，许多应对活动也可以被看成是对生活事件的“反应”,甚至许多继发的事件也仅仅是 个体对原发事件的进一步“反应”。需要提及的是人们虽然普遍接纳应激反应包括“刺激”及“反应” 两个部分，但由于历史或职业的缘故，在部分心理学及医学学术领域，仍有许多学者使用“应激”概 念，此概念往往近乎于应激反应。

**二、应激的生理反应**

1929年坎农(Cannon)在《疼痛、饥饿、恐怖、暴怒时的身体变化》 一书中提到“应急”或“战或逃” 反应，20世纪30年代塞里提出的“一般适应综合征(GAS)”,其主要内容多是描述应激的生理反应。 随后瑞士生理学家瓦尔特 ·鲁道夫 ·赫斯(Walter Rudolf Hess)发现大脑的某些部位决定和协调内脏 器官功能，发现自主功能的中心在脑底部—延髓、间脑，特别是下丘脑，并与埃加斯 ·莫尼兹(Egas Moniz)共获1949年诺贝尔奖。在赫斯研究的基础上，1967年Gellhorn提出自主-整合理论模型，即通 过两个相互作用又相互对立的神经生物系统的动态稳定来调节自主神经系统及躯体内脏功能，包括 非特异反应系统(ergotropic system)和向营养性系统(trophotropic system)。

目前来看，应激的生理反应以及最终影响心身健康的心身中介机制(mediating mechanism)涉及到 神经系统、内分泌系统和免疫系统。必须指出，这三条中介途径其实是一个整体，而且其中有关细节 问题正是目前深入研究的领域。各种应激刺激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”区和“情绪 脑”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。应激的生理反应最终可涉及全身各个系 统和器官，甚至毛发。

从应激生理反应模块理论来看，目前有两大理论模块得到专家共识。

1. “应急反应” 最经典的应激的生理反应模块是Cannon 描述的“应急反应(emergency reac- tion)”,是个体在感受到威胁与挑战时机体发生的“搏斗或逃跑”反应。应急反应是一种“内置的”,对 情绪刺激的先天反应，这种反应的自主成分使机体做好搏斗或逃跑的积极准备。应急反应时涉及的 生理变化有：交感-肾上腺髓质系统激活，交感神经兴奋；心率加快，心肌收缩力增强，回心血量增加， 心输出量增加，血压升高；呼吸频率加快，潮气量增加；脾脏缩小，脑和骨骼肌血流量增加，皮肤、黏膜 和消化道的小动脉收缩，血流量减少；脂肪动员为游离脂肪酸，肝糖原分解为葡萄糖；凝血时间缩 短等。

108



第六章 心 理 应 激

应急反应在动物的防御反应(defensive reaction)和人的积极应对反应(active coping reaction)中能 观察到。

**2.** **伴有负性情绪且个体认为没有应对可能性的应激反应** 这里描述的是一种慢性应激状态下 的生理反应，该慢性应激状态以环境中有应激源、伴有负性情绪、对环境控制的缺乏或个体认为没有 应对的可能性为特征。在对人的研究中， 一个典型的自然情况是经历丧亡，经历丧亡者的环境中有应 激源(如失去爱人的持续状态),伴有负性情绪(与失去爱人有关的悲伤、愤怒、无望等),对环境控制 的缺乏(无法改变失去爱人的事实)。其余自然情况还有经历不可逆转的伤残、某些与工作有关的慢 性应激等。在对人的实验研究中可设置抑制应对的情况。在动物实验研究中的例子是设置无法回避 的反复电击。其他例子如用于研究抗抑郁药物的强迫游泳模型。

伴有负性情绪而且个体认为应对没有可能性时的应激反应中，下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴激活， 极度警惕，运动抑制，交感神经系统激活，外周循环阻力增加，血压升高，但是心率和心输出量在副交 感神经系统介导下减慢。

肾上腺皮质激素分泌增加在临床抑郁病人和经历丧亡者中很常见。动物实验表明，肾上腺皮质 激素分泌的增加与对环境控制的缺乏(环境中有应激源，而且没有应对的可能性)密切相关。动物实 验还发现，对环境的控制与肾上腺皮质激素水平的关系可扩展到在群体里的统治等级与肾上腺皮质 激素水平的关系，统治等级越低的个体的肾上腺皮质激素水平越高。

**三、应激的心理反应**

如前所述，应激涉及大脑的多个脑区，可引起众多心理现象，大脑对应激的心理反应存在积极和 消极两个方面，积极的心理反应会刺激大脑皮层使觉醒水平增加，感觉灵敏，知觉准确，思维敏捷，认 知评价清晰，注意力集中，行动果断，情绪紧张高亢。消极的心理反应会出现过度紧张、焦虑不安，认 知水平降低，情绪波动大，思维混乱，行动犹豫不决，判断力与决策能力降低。具体来讲，应激的心理 反应涉及认知、情绪及行为三个方面，这三方面的反应不是孤立的，通常是双向调节，构成一个反馈回 路系统。

**(一)情绪性应激反应**

个体在不同应激源的刺激下，产生程度不同的情绪反应(emotional response),以下介绍常见的情 绪反应。

**1.** **焦虑** **(anxiety)** 是最常出现的情绪性应激反应，当个体预感危机来临或预期事物的不良后

果时出现紧张不安，急躁、担忧的情绪状态，这里指的是“状态焦虑”(state anxiety),由应激源刺激引 发的。还有一种为特质焦虑(trait anxiety),指无明确原因的焦虑，与焦虑性人格有关。适当的反应性 焦虑可以提高人的觉醒水平，是一种保护反应；而过度和慢性的焦虑则会削弱个体的应对能力和自主 神经功能紊乱。

**2.** **抑郁** **(depression)** 消极、悲观的情绪状态，表现为兴趣活动减退，言语活动减少，无助感、

无望感强烈，自我评价降低，严重者出现自杀行为，常由丧失亲人、离婚、失恋、失业、遭受重大挫折和 长期慢性躯体疾病引发，属外源性抑郁。还有一种为内源性抑郁，与人大脑自主调节心境情绪功能下 降和遗传变异生物信号传递紊乱等内在素质有关。

**3.** **恐惧** **(fear)** 企图摆脱有特定危险的情境或对象时的情绪状态。适度的恐惧有助于激活警

觉期动员途径，使注意力集中而防御风险，但常常缺乏应对的信心，表现为逃跑或回避，严重时出现行 为障碍和社会功能的损失。

**4.** **愤怒** **(anger)** 与健康和疾病关系最直接的是应激的情绪反应。常见的应激情绪反应包括

焦虑、恐惧、愤怒、抑郁等，实际上应激能唤起焦虑、恐惧、愤怒、受挫感、冲突、压力、伤害、悲伤、迷惑、 力不从心、内疚、羞耻、孤独、抑郁等几乎所有种类的负性情绪。负性情绪反应还可与其他心理行为活 动产生相互影响，使自我意识狭窄、注意力下降，判断能力和社会适应能力下降。



第六章 心 理 应 激 **109**

(二)认知性应激反应

应激时唤起注意和认知过程，以适应和应对外界环境变化。但应激较剧烈时，认知能力普遍下 降。常见的认知性应激反应表现为：意识障碍，如意识蒙胧、意识范围狭小；注意力受损，表现为注意 力集中困难、注意范围狭窄等；记忆、思维、想象力减退等。认知能力下降的一个解释是应激下唤醒水 平超过了最适水平，会影响认知功能。此外，情绪性应激反应如焦虑、抑郁等，也会影响注意、记忆、思 维等认知过程。

这些负面的认知性应激反应使人陷入灾难中，难以自拔。如

1. 偏执 (paranoia) 个体在应激后出现认知狭窄、偏激、钻牛角尖，平日非常理智的人变得固

执、蛮不讲理。也可表现为过分的自我关注，注意自身的感受、想法、信念等内部世界，而非外部世界。

2. 灾难化 (catastrophizing) 个体经历应激事件后，过分强调事件的潜在即消极后果，引发 了整日惴惴不安的消极情绪和行为障碍。

3. 反复沉思 (rumination) 不由自主对应激事件反复思考，阻碍了适应性应对策略如升华、宽 恕等机制的出现，使适应受阻。这种反复思考常带有强迫症状的性质。

4. 闪回 (flashback) 与闯入 (intrusive)性思维 经历严重的灾难性事件后，生活中常不由自 主的闪回灾难的影子，活生生的，就好像重新经历一样；或者是脑海中突然闯入一些灾难性痛苦情境 或思维内容，表现为挥之不去。此为创伤后应激障碍的重要症状特点。

另一方面，某些认知反应可以是心理防御机制的一部分，如否认、投射等等，还有某些重大应激后 可出现选择性遗忘。

**(三)行为性应激反应**

当个体经历应激源刺激后，常自觉或不自觉在行为上发生改变，以摆脱烦恼，减轻内在不安，恢复 与环境的稳定性。积极的行为性应激可为病人减少压力，甚至可以激发主体的能动性，激励主体克服 困难，战胜挫折。而消极的行为性应激则会使个体出现回避、退缩等行为。包括应对策略及防御机 制。应对策略是指人们有意识的采取行动，例如对应激源的回避。防御机制指对应激源无意识的反 应，在本章其他章节已有详细叙述，本章不再赘述。本节仅介绍积极及消极的行为应对反应。

1. 积极的行为应激反应 包括问题解决策略及情绪缓解策略。前者发挥主观能动性改变不利 环境，后者改变自己对事件的情绪反应强度。

(1)问题解决策略：包括以下内容。

①寻求社会支持-拥有的好的社会支持常常会带来很多资源和能量。②获得解决问题需要的信息- 全面了解应激源，正确认识压力，了解解决问题的方法，获得更多的选择。③制定解决问题需要的计划- 制定计划，并实施计划。④面对问题，找到切入点-直面问题，直面应激源，能动的适应并改造境遇。

(2)情绪缓解策略：包括以下内容。

① 宣泄情绪-向他人表达自己的情绪。②改善认知-评估事件，了解哪些是可以改变的，而哪些又 是需要接受的，改变对事物的期待。③行为放松训练-放松训练、瑜伽、观呼吸法、冥想等都是积极的 应对策略。④回避问题-避开可以引起痛苦回忆的人或事，回避困难。

当遇到应激事件后，个体常常选择使用不同的应对策略缓解压力，面对困难。但并非所有的应对 策略都是适应性的，例如在事件发生的早期，回避策略会阻止个体寻找解决问题的方法。

2. 适应不良的行为性应激反应 早期常可减轻人们的应激反应，但长远观察，常常引发不良的 后果。包括：

(1)逃避(escape)与回避(avoidance):这是一种常见的消极性的应激反应，这里有一个有趣的比 喻，在沙漠中鸵鸟遇到危险时常把头埋在沙堆里，以为看不见则危险不存在。逃避指已经接触应激源 后远离应激源的行为；回避指预先知道应激源会出现，而提前远离(如拖延、闭门不出、离家出走、离 校、辞职等)。

(2)退化(regression)与依赖(dependence):个体经历创伤事件后表现出不成熟的应对方式，失去

**110**

艺记

第六章 心 理 应 激

成人式解决问题的态度和方法，退行至小孩的阶段。退行常伴有依赖心理和行为(如就地打滚，退化 到孩子的反应方式)

(3)敌对(hostility)与攻击(attack):个体出现过激的情绪反应，过激的行为，其共同的心理基础 是愤怒，有时甚至出现自伤及伤人行为(如争吵、冲动、伤人、毁物、自伤、自杀等)。

(4)无助(helplessness)与自怜(self-pity):无助是指无能为力、无所适从、持宿命论的行为状态， 其心理基础常有抑郁的成分。无助常使人无法主动摆脱不利的情境，如听天由命。自怜指自己可怜 自己，心理基础包含对自身的焦虑和愤怒等成分。多见于性格孤僻、孤芳自赏、独居、对外界环境缺乏 兴趣者。

(5)物质滥用(substance abuse):某些个体在经历应激事件后会选择通过饮酒、吸烟或服用某些 药物的行为方式来转移痛苦，这些不良的行为方式通过负强化机制逐渐成为个体的习惯，如饮酒或服 用过量的精神活性药物等。

**第五节** **应激的医学后果**

**一、应激的后果**

**(一)应激事件刺激后，按照发生应激时间的长短分类**

**1.** **急性应激** 是机体受到突然强烈的刺激后发生的应激。

2. 慢性应激 是机体在长期而持久的压力状态下发生的应激。

**(二)根据应激的后果，常常有的3种转归**

1. 适应 当应激源作用于机体时，机体为保持内环境平衡而改变的过程。

所有的生物应对行为的最终目标为适应，个体通过保持内环境稳态，并调整自己的情绪、认知、行 为，使之最终适应社会生存。具体表现为生理层面积极应对，免疫力短暂增强，心理层面承受力、信 心、应对能力增强，人际层面改善人际关系，获得更多的社会支持等。

2. 不适应 应激源刺激下机体出现一系列功能、代谢紊乱和结构损伤，并出现精神障碍和心身 疾病，严重时可出现危险或破坏性行为如自杀、自伤、伤人、毁物、外走等意外。

3. 亚适应 应激源刺激后生理及心理水平表现为亚健康状态，常表现为疲劳、失眠、食欲差、情 绪不稳等。情绪亚健康状态表现为情绪易波动，存在焦虑及抑郁体验，但尚达不到情感障碍及神经症 诊断标准。认知亚健康状态，表现为绝对化思维，非黑即白的观念等，常会影响个体看问题的态度。 当亚健康持续发展，可进入“潜临床阶段”,此时个体已出现发展为某些疾病的高危倾向，出现慢性疲 劳或持续的身心失调，且常伴有反复感染、慢性咽痛、精力减退、反应能力减退、适应能力减退。

当个体生活中慢性应激持续存在达2年至5年，甚至更长时间时，慢性应激存在时间积累效应， 容易发生精神障碍或心身疾病。慢性应激非常常见，如婚姻危机、工作不满、人际困难、已明确诊断的 重性疾病、烧伤、性侵犯、家庭暴力等。当慢性应激持续存在且得不到有效干预时，个体症状常迁延不 愈。例如， 一位符合中到重度抑郁发作诊断标准的老年女性，发病前数年老伴患“脑梗死”,梗死后出 现左侧肢体偏瘫、失语，生活不能自理，需要家人陪伴照顾，无法有效交流。这位老年女性面对丧失社 会功能的老伴，需要给予生活上无微不至的照顾，感到力不从心，其子女均在国外生活，缺乏社会支 持。在这样的生活框架下，如不针对慢性应激进行干预，仅仅靠抗抑郁药物及一般心理治疗，其抑郁 发作很难得到缓解，即使治疗有效也可能会复发或出现其他后续问题。

**二、应激的医学后果**

由前所述可知应激的后果包括适应、亚适应及不适应。适应属于生理性应激常称为良性应激，不 适应属于病理性应激。 亚适应介于两者之间。不适应常引起各种各样的医学后果。



第 六 章 心 理 应 激 **111**

( 一)应激引发的生理变化

1. 对神经系统的影响 研究表明应激可影响大脑的认知功能，对海马介导的联想记忆有明显损 害，Bremner 在“应激是否损伤脑?”一文中论述了应激对海马的损伤效应，其作用机制为糖皮质激素 通过兴奋性氨基酸引起海马衰退。研究还发现应激状态下，诱导神经元凋亡，例如各种理化刺激如氧 化应激、生长因子剥夺均可导致神经元凋亡。中枢神经递质也参与应激反应，例如去甲肾上腺素能神 经元及多巴胺能神经元在应激反应中均被激活。

2. 对内分泌系统的影响 应激反应常激活下丘脑-垂体-肾上腺(HPA) 轴，引起血浆糖皮质激素水 平增高。 HPA 轴对中等强度的刺激最敏感，应激主要引起交感神经兴奋，有时也可出现副交感神经兴 奋。应激时，交感神经-肾上腺髓质所产生的不利方面在于收缩外周小血管，减少微循环血流量，出现组 织缺血；儿茶酚胺促使血小板聚集可引起组织缺血，导致过多的能量消耗，增加了心肌的耗氧量。

冷应激引起一系列神经内分泌反应，包括HPA 轴 、HPH 轴、自主神经、SAM 系统激素和神经递质 的合成和分泌增加，促生长激素轴、促性腺轴、催乳激素轴的激素分泌受到抑制。而热应激使甲状腺 分泌排泄功能障碍，腺泡大小不一，滤泡上皮细胞类型改变，甲状腺的生理作用降低，从而影响动物的 生长发育，热应激使得肾上腺的肾间组织、嗜铬组织变性显著。

**3.** **对免疫系统的影响** 应激时可抑制免疫系统功能，如淋巴细胞有丝分裂原反应下降；吞噬作 用下降；干扰素生成减少；自然杀伤细胞活性减低；辅助性T 细胞和抑制性T 细胞降低；唾液免疫球蛋 白 A 活性降低。临床研究证实，应激抑制免疫功能，癌症发病与复发、自身免疫系统疾病发病均与应 激性生活事件相关。

**4.** **对心血管系统的影响** 应激时，激活交感神经-肾上腺髓质系统，引起心率加快、心肌收缩力 加强、外周阻力增加、血液重新分布，可提高心输出量，升高血压，保证重要器官如心、脑、骨骼肌的血 液供应；同时引起皮肤、腹腔脏器缺血缺氧，心肌耗氧量增加。

**5.** **对消化系统的影响** 应激时引起的消化系统障碍非常多见。最受人关注的是应激引起的消化道 溃疡，称应激性溃疡(stress ulcer)。应激状态下，交感神经过度兴奋，造成血中儿茶酚胺水平升高，致使 胃黏膜微血管痉挛以及胃黏膜下动静脉短路开放和血液分流，导致黏膜缺血，缺血可以进一步使毛细血 管扩张，淤血，血管通透性增加，从而发生黏膜水肿、坏死，最终导致黏膜出血、糜烂及溃疡形成。

**6.** **应激对呼吸系统的影响** 应激时可以对呼吸系统功能产生影响。应激状态时，呼吸频率增 加，呼吸变快引起过度通气，进而呼吸费力，进一步引起人的恐慌。此时全身耗氧量增高，机体分泌儿 茶酚胺增多，可致肺动脉压升高，肺毛细血管通透性增高，由于血液凝固性增高，肺微血栓形成等多种 因素致急性呼吸窘迫综合征。

**7.** **应激对泌尿系统的影响** 应激时交感肾上腺髓质兴奋，肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活。 肾小球小动脉明显收缩，肾血流量减少，肾小球滤过率减少；醛固酮分泌增多，肾小管钠、水排除减少； 抗利尿激素分泌增多，肾远曲小管和集合管对水的通透性增加，水重吸收增加。表现为尿少，尿比重 高、钠水排出减少。

**8.** **应激对生殖系统的影响** 月经失调、闭经、功血、不孕、性功能障碍、高雄激素血症与身心应激密 切相关，应激时生殖内分泌紊乱，性激素功能低下或紊乱。慢性应激时乳腺细胞和子宫内膜细胞增生。

**(二)应激常常引起精神心理障碍**

ICD-10 与 DSM-4 将应激性事件的反应分为3组，分别是急性应激障碍、创伤后应激障碍及适应 障碍。

**1.** **急性应激障碍**

(1)概述：急性应激障碍(acute stress disorder,ASD)指遭遇强烈的精神刺激后(如自然灾害、严重 攻击、战争、亲人离丧、性侵犯)数分钟至数小时起病，出现短暂应激反应，大多历时短暂。 ASD 是一种 精神障碍，主要特点为分离、再现、回避和过度警觉。 ASD 的发生不仅与病人经历的生活事件有关，还 与人格特征、认识评价(包括文化背景、教育程度及智力水平)、社会支持有关。

NBe

**112**

笔记

第六章 心 理 应 激

(2)症状特点：①核心症状，创伤性重现体验、回避与麻木、高度警觉状态。与创伤后应激障碍相 似，详细症状描述见创伤后应激障碍章节；②分离症状，是ASD 常见症状，表现为麻木、情感反应迟 钝、意识清晰度下降、不真实感、分离性遗忘、人格解体或现实解体。这些症状常在应激源刺激后数分 钟至数小时出现，并在2～3天缓解或消失，少数病人可达1月余，对发作可有部分性或完全遗忘； ③ 一般表现，早期常表现为茫然状态，并伴有一定程度的意识障碍，如意识清晰度下降、意识范围缩 小、注意力狭窄，可出现定向力障碍；④精神病性症状，表现为激越、兴奋话多或无目的漫游，严重时出 现思维联想松弛、片段的幻觉、妄想，或出现木僵状态，情绪障碍中可表现为焦虑、抑郁。

**2.** **创伤后应激障碍**

(1)概述：创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder,PTSD)指个体受到异常威胁性或灾难性 事件所引发的强烈的无助、恐惧、焦虑或厌恶等心理反应，常延迟出现并长期持续，通常延迟在事发1 月后，有些则在创伤后数月-数年延迟发作。 PTSD 最初被认为是战争创伤所引起的，现在已经扩展至 更多的生活事件如暴力、性侵犯虐待、重大交通事故，以及洪水、地震、海啸等自然灾害。 PTSD 特征为 事件发生后长期的焦虑反应，主要症状包括持续的反复闯入性体验、持续的警觉性增高、对创伤事件 持久的回避及对一般事物的麻木。

(2)PTSD 症状特点：①反复体验，不需刺激和相关引发物，PTSD 病人即可再次生动体验创伤情 境，表现为在意识中创伤性事件反复闯入性，伴随痛苦记忆，被称为侵入性回忆或闪回。创伤体验有 时可出现在梦中。这种反复体验给病人带来了极大的痛苦， 一方面个体难以预料事件的发生，难以控 制发生的时间和次数；另一方面再一次的闪回如同再一次经历创伤；②回避与情感麻木，这是PTSD 的核心症状，个体试图在生理与情感上远离伤痛。创伤常引发非常强烈的负性情绪，如恐惧、紧张和 焦虑，这些情绪常可持续终生。为了避免如此强烈的负性情绪，许多PTSD 病人在生活中常表现为情 感体验受限。同时对创伤事件的回避可以短暂缓解痛苦。情感麻木及回避使PTSD 病人间接受益， 并不断强化其行为。病人出现不愿与人交往，对亲人冷淡。兴趣范围缩小，对创伤有关的人和事出现 选择性遗忘；③过度警觉，在创伤事件发生后早期此症状最为普遍，个体出现过分警觉、易激惹或易 怒、惊跳反应、坐立不安、注意力不集中；④症状常在创伤事件后数日至数月发病，症状持续存在，严重 影响社会功能。多数病人在一年内恢复，少数病人持续多年迁延不愈。

**3.** **适应障碍**

(1)概述：表现形式多样，指个体经历应激事件后出现了反应性情绪障碍、适应不良行为障碍和 社会功能受损。成人常见情绪障碍，如焦虑、抑郁及与之有关的躯体症状，但尚达不到抑郁症及焦虑 症的诊断标准。青少年以品行障碍为主，如出现逃学、盗窃、说谎、斗殴、酗酒、破坏公物、过早开始出 现性行为，行为与年龄不符。儿童可出现退行现象，表现在尿床、吸吮拇指等。病人病前有一定的人 格缺陷，适应力差，常在遭遇生活事件后1个月起病，病程一般不超过6个月。

(2)症状特点：主要表现为情绪障碍，可同时出现适应不良行为及躯体不适。病人的临床症状变 化较大，以情绪和行为异常为主，常见焦虑不安、抑郁、胆小害怕、注意力难以集中、易激惹。常伴有自 主神经系统紊乱如心悸、出汗等。适应不良的行为包括逃避退缩、攻击敌视等。

**第六节** **应激的管理**

**一、概述**

应激是一个多因素的集合概念，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 征等等因素，应激被看作是一个作用过程， 一个系统。应激系统模型中的各因素不是孤立的静止的， 而是呈现互动的关系和动态的发展平衡，其中认知评价和人格特征是关键因素和核心因素。因此，应 激的管理也是一个系统，是多维度的，针对应激涉及的各个因素和作用过程的环节，有诸多具有可操 作性的管理“窗口”。根据应激系统模型，针对某一因素的应激管理，可以“牵一发而动全身”,打破恶



第六章 心 理 应 激 **113**

性循环链条，促进恶性的动态平衡向良性的动态平衡转化。而从不同层面同时针对多种因素的应激 管理是一个系统工程，收效可能更大。本节就应激的管理问题，首先从应激涉及的各因素入手列出诸 多具有可操作性的应激管理窗口，然后系统的阐述，提出一套具有可操作性的应激管理方案的思路供 参考，并重点引入“应激易感模型”的概念。

**二、应激的管理的切入点**

**(一)针对应激源的管理**

应激源(生活事件、慢性压力)包括生物、心理、社会和文化等方面的刺激，按照应激刺激的持续 时间可分为急性生活事件和慢性压力(Pearlin,1989),按现象学分类包括疾病问题、职业问题、家庭问 题、人际关系问题和经济问题等。

“适度的”应激刺激对提高个体面对应激刺激的适应能力是有帮助的，而既然应激刺激是不可避 免的，这种“预防接种效应”显然是有益的。 Antonovsky(1979)首次提出有益健康模型理论，其核心概 念称为“心理统合感”或者“心理凝聚感”,是指个体内部稳定的对生活的总体感受和认知的一种心理 倾向，具有这种心理倾向的人拥有一种深入、持久并具有动力性的自信心。“心理统合感”是个体通 过应对过去人生经历中遇到的种种挑战和刺激的结果而获得，从而使个体具有应对更大的应激刺激 的能力；而那些生活经历非常平稳、常规、可预测(相对无生活事件、无应激刺激)的个体遇到生活事 件时应对能力是差的，从而对应激引起的健康问题更加易感。

很多应激刺激受自然、社会规律支配，其存在是客观的，对个体和特定群体而言都具有一定程度 的不可控制性。 一方面生老病死、自然灾害很大程度上是自然发生的，不受人类的主观意愿控制，而 生老病死作为生活事件，相关的应激过程是不可能也没有必要完全消除。另一方面，对于个体而言， “社会事实”的存在是客观的，是一种个体之外的、超越个体的社会存在。

虽然“必要的痛”是不可避免的甚至可能是有益的，但“不必要的痛”在一定程度上是能够减少 的。如针对某些职业应激的健康促进项目，能够减少特定人群中特定的“客观”应激刺激，如工作时 间制度相关的慢性紧张、与家人共处的活动减少等，从而减少应激相关的心身疾病。

此外，发生在一个人身上的生活事件通常不是单个的生活事件，而是一系列生活事件，或一个生活 事件之后的一系列相关生活事件。例如一个女性在经历“确诊为乳腺癌”这个生活事件之后，很可能经 历“手术切除乳腺”“化疗进一步损害形象”“从工作状态变为住院状态(角色转换)”“治疗期间与家人分 开(家庭问题)”“住院费用支出(经济问题)”等一系列相关生活事件。有研究提示，生活事件在时间上 的累积效应对健康是有害的。而且，持续时间很长的慢性压力对个体的身心健康产生严重影响，如研究 显示，角色限制，即指一个人被困在不愉快的工作或婚姻中，能够对人产生重大影响，因为这些角色是非 常重要的。因此，在个人层面的应激管理上，需要对一个人的生活现状有系统和全面的了解，将其置于 大的生活框架中，获得包括家庭生活、工作情况、人际关系、经济状况、健康状况等方面的详细信息。

**(二)针对认知评价的管理**

对生活事件的认知评价直接影响个体的应对活动和最终的心身反应性质和程度，是生活事件到 应激反应的关键中介因素之一，但目前尚缺乏经典的用于对生活事件做出认知评价的测量工具。然 而，各种以被试者主观估计应激强度的生活事件量表已部分结合了对个人认知评价因素的量化。前 文提到，在心理卫生研究工作中，也可以采用问卷或访谈的方法，让被试对有关事件的认知特点一一 作出等级评估。而且，目前一些应用比较成熟的心理测查工具如明尼苏达多项人格测试(MMPI) 能够 对个体的一般性认知特点有很好的反映，如偏执分对绝对化思维、僵化、“非故意的把个人的不幸归之 于外部的情况”这类认知倾向的识别。认知评价是应激易感模型中的重要环节，且评价相对容易，可 作为具有可操作性的对应激易感个体的筛选窗口。对于筛选出来的应激易感个体，也可进行认知层 面的干预。因此，针对认知层面进行的筛选和干预可能对应激的管理有重要意义。例如，对初次确诊 为乳腺癌的病人进行应激相关认知评价评估，筛选出应激易感个体，进行重点干预，从预防的高度增

**114**



**第六章** **心理应激**

强个体的应对能力，减轻应激给个体带来的危害。

**(三)针对应对方式的管理**

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。应对是多维度的，应对活动实际上涉及到应激作用过程的各个环节，包括生理反应(如烟酒药 物、肌肉放松)、认知评价(如否认、自评)、情绪反应(如焦虑、发泄)、社会支持(如求助、倾诉)等层面。 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 或特质应对。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)。以特质应对 理念进行的应对研究曾被称为特质研究。

某些应对方式是建设性的，而某些应对方式是破坏性的。前文提到过，Snyder和 Pulvers(2001)总 结属于躲避应对、破坏有效的应对过程的因素有：反复沉思、过度的自我关注、拖延、敌对体验等；属于 接近应对、加强有效的应对过程的因素有获得社会支持、寻求意义、使用幽默、与他人比较(向下比 较)、暴露秘密、保持活跃、转移注意力和正念冥想，以及宽恕等。个体通常具有相对稳定的和习惯化 了的应对风格，如果其应对风格是破坏性的，则应激更有可能对该个体带来破坏性的影响，换句话说， 该个体具有应激易感性。例如，有些人习惯于用烟酒或其他精神活性物质作为应对方式，来调节情 绪，这种应对方式对情绪改善可以具有即刻的生理心理效果，但从长远效果来看，对个体的身心健康、 社会功能等是具有破坏性的。

针对应对方式的管理的意义在于，虽然应对方式作为一种特质或习惯是不易改变的，但是个体的应 对风格是可以改变的。利用特质应对问卷一类的量化工具筛选出习惯于破坏性应对方式的个体，通过 有针对性的干预使他们用建设性的应对方式代替破坏性的应对方式，能够降低个体的应激易感性，达到 预防应激相关心身疾病的目的。因此，针对应对方式的管理是具有可操作性的管理窗口之一。

**(四)针对社会支持的管理**

社会支持是个体与社会各方面的联系程度，是应激作用过程中个体可利用的外部资源。社会支 持系统好的个体倾向于比没有社会支持或很少社会支持的个体健康问题少。自从20世纪70年代 起，社会支持对躯体健康的影响开始引起行为和医学研究者的兴趣，尤其是1979年一个9年的前瞻 性研究发现“社会整合”指数，包括婚姻状况、朋友、邻里关系、参加正式或非正式团体等内容，与死亡 率有关。

一方面，社会支持，包括主观体验到的支持，具有减轻应激的作用。如，对经历失业、应激性生活 事件、性侵犯和职业应激、无家可归和自然灾害的人群的研究表明社会支持能起缓冲应激的作用。另 一方面，社会隔离、缺少社会联系或社会规范控制本身可以成为非常强大的应激刺激。如，缺乏社交 技能、或缺乏社会支持，可以导致孤独、无望、焦虑和抑郁，以及持续的误解和失望。

Moss(1973)强调了小组对个体的社会支持作用，在小组中个体能获得归属感、被接纳感、被需要感， 这些主观感觉对健康感和减轻紧张症状是至关重要的，有助于减少应激带来的心身疾病和问题。另外， 成员较少的小组容易就应对方式达成共识，形成小组规范，从而减少不确定性给个体带来的焦虑。

针对社会支持的管理：筛选缺少社会支持的应激易感者作为重点干预对象；架构针对特定应激刺 激的社会支持平台，如促进乳腺癌病人自助/互助小组、特定职业相关应激自助/互助小组的形成和运 行、提高心理咨询服务的可获得性等。侧重于社会技能技巧训练的团体治疗(如应用于大一新生中缺 少社交技能和社会支持的个体)、针对特定危机事件的团体治疗(如应用于自杀者自杀后周围相关小 群体的团体治疗)等形式的团体治疗可以成为系统的应激管理中的重要管理模块。

**(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。人格特征是应激系统模型中是核心因素，是个体层面的 应激管理需要考虑的重要内容。

**(六)针对应激反应的管理**

Moss(1973)指出，处理应激性的信息的过程能够带来中枢神经系统、自主神经系统和神经内分泌



第六章心理应激

**115**

系统的改变，这些改变使某些人对疾病的易感性增加，而最脆弱的是那些生理反应很容易唤起并且反 应较强烈深入和持久的个体。从生理层面的易感性入手，可以利用客观的测量，如测量心率、血压、手 掌皮肤湿度、尿17-羟基皮质酮水平等，来筛选出在实验条件下处理应激性的信息的过程中生理反应 较强烈深入和持久的个体，为干预创造条件。值得特别指出的是，作者的临床经验表明，对平静状态 下的心率变异度的客观测量能非常好的反映出自主神经功能状态，与临床观察到的个体对应激的“心 理承受能力”有很好的相关性。而对心率变异度的测量具有无创、时间短、设备简单、容易操作、费用 低等特点，很适合用于对人群的筛选。

根据作者的临床经验，很多精神科疾病与内科疾病共病者，如精神科门诊病人中同时患有高血压 病、高脂血症和(或)糖尿病者，在经过恰当的精神科药物和(或)心理治疗后，原有的内科疾病病情得 到好转。例如伴有高血压病的病人的血压水平下降，可以减少降压药的种类或剂量，甚至停用降压药 也能使血压维持在恰当的水平。这种现象在没有使用具有降低血压副作用的精神科药物的时候也能 观察到，可能与病人焦虑水平下降有关。这些临床观察提示，在系统的应激管理方案中，记录常见心 身疾病的病情变化对于监测评价应激管理的干预效果可能是一个有应用价值的变量。

**三、应激易感模型**

应激易感模型是一个概念，简言之就是通过各种定性定量的方法(如对生理指标的客观测量、各 种心理测量量表等)在人群中筛选出应激易感者(或者叫做脆弱的个体)并进行多种途径的干预。 “应激易感性(vulnerability of the individual exposed to stressful stimuli)”这个概念是20世纪70年代提 出来的，根据Cassel(1976)的假设，个体的抵抗能力对于应激对健康的影响来说是一个关键因素。在 Cassel看来，决定个体的抵抗能力有两个基本因素，即应对的能力和社会支持。

(一)生理层面的易感性

1. 生理反应 可作为从生活事件应激源至躯体疾病的中间环节或中介机制。例如研究发现工 作中缺乏社会支持与心血管疾病发生具有相关性，通过心血管反应如心率、血压的变化来介导。

2. 个体差异 个体差异性使某些个体在生理层面表现出比其他个体更容易罹患应激相关的躯 体疾病。来自遗传学研究的强有力的证据表明，基因和分子水平上应激的遗传易感性(genetic predis- positions)是真实存在的，Weiner指出，应激性情景能够诱发遗传易感性素质，从而使个体表现出精神 障碍和其他心理问题。与基因多态性有关的中枢神经系统5-HT 功能下降可能是一种应激遗传易感 性素质。 Moss(1973)指出，处理应激性的信息的过程能够带来中枢神经系统、自主神经系统和神经内 分泌系统的改变，这些改变使某些人(对应激源出现强烈且持久的反应)对疾病的易感性增加。

个体差异性不仅局限于某些生理层面，在心理层面及性格特征的个体差异性(如敌对、易怒、疑心 大、悲观、抑郁、绝望等)同样影响个体对疾病的易感性。有时生理及心理的个体差异性可伴随存在。 如在实验条件下诱发被试愤怒，行明尼苏达多项人格测试，结果提示敌对因子分高的受试者，白昼尿 儿茶酚胺水平较高，B 肾上腺素受体下调，交感神经介导的心血管反应更加强烈，表明他们在日常生 活中交感神经活动水平较高。

3. 生理层面的应激易感性的指标 目前常采用的生物标记测量简单易行、无创、客观，在实践中 可操作性好，能够与病人相对主观的心理测量量表结合，相互印证。

(1)心率和血压(heart rate & blood pressure):监测心脏的跳动频率，体循环的动脉血压，可了解 病人的基本生命体征。持续的心率或血压升高可能是慢性的自主神经活动唤起的迹象，而由于对心 率和血压的测量客观、简单、无创，适合用于应激易感者筛选系统。

(2)心率变异度(heart rate variability,HRV):心率变异度是指逐次心跳周期差异的变化情况，反 映神经体液因素对窦房结的调节作用，即反映自主神经系统交感神经活性与副交感神经活性及其平 衡协调的关系。在副交感神经活性增高或交感神经活性减低时，心率变异度增高，反之相反。作为一 个客观生理指标，与个体对应激的“心理承受能力”有很好的相关性，能够在一定程度上反映个体的

**116**



第六章 心 理 应 激

精神心理障碍的轻重和社会功能损害程度。研究发现，焦虑症病人HRV 减少，即副交感神经调控的 减少，交感调控增加。

(3)其他有实践意义的生物指标：其他比较好的生物标记有手掌皮肤电阻、尿肾上腺皮质激素水 平和儿茶酚胺水平、血脂指标，以及疼痛敏感性检查(利用弹簧压痛仪)等。

**(二)心理层面的应激易感性**

1. 心理层面的应激易感性涉及认知、情绪、行为、人格特点等多方面。 一个人通常有相对固定 的认知、情绪、行为模式。

在认知层面，绝对化倾向如“非黑即白”、追求完美的倾向，愤世嫉俗倾向如“这个世界对我是不 公平的”,以偏概全“世界上所有的男人都是负心汉”、负性偏倚倾向如对应激源的过度反应、灾难化 “已经走到世界末日”等等，在对应激的认知评价环节作用于整个应激过程和系统，由应激模型可知， 最终将引起心身反应。

在情绪层面，很多证据表明应激的情绪反应与躯体疾病相关。如应激时常见的情绪反应 抑 郁、焦虑、愤怒、恐惧均能诱发心血管疾病发生。

在行为层面，应激时过度饮酒、过度进食、服用大量的精神活性物质、缺乏运动，退缩等不良行为 方式可以作为一种中间机制促使应激相关躯体疾病的发生、发展。

在人格特点方面，如“神经质(neuroticism)”倾向的人常出现情绪不稳、容易体验到负性情绪如焦 虑、抑郁、易激惹等，在认知特点上倾向于把模糊的中性信息理解为负面的信息等。这样的人格特点 将自身置于更多的应激刺激之中，常经历或“感受到”更多的人际冲突；在面临“相同”的应激刺激时 由于对应激刺激的认知评价特点等原因而比一般人体验到更多的负性情绪；从应对的角度看，社会支 持资源可能不够。

**2.** **心理层面的应激易感性测量**

(1)明尼苏达多项人格测试(MMPI):MMPI 对指导精神科诊断及药物、心理治疗具有很好的参考价 值。 MMPI 包含10个临床量表及4个效度量表。10个临床量表从10个不同症状进行区分，分别是疑病 (Hs)、抑郁(D)、癔症(Hy)、 精神病态(Pd)、男性化-女性化(Mf)、 妄想狂(Pa)、精神衰弱(Pt)、精神分裂 (Sc)、轻躁狂(Ma)、 社会内向(Si)。MMPI 能较好地反映病人的某些认知模式，与临床获得的印象相互 印证。 MMPI 与 SCL-90、心率变异度测量结合起来，反映出的模式对指导临床工作有重要意义。

(2)其他心理测量量表：如焦虑、抑郁自评量表、90项症状自评量表(SCL-90)、 艾森克性格量表 以及汉密尔顿抑郁、焦虑症状量表和用于自杀风险评估的量表等。

(三)社会层面的应激易感性

1. 社会层面的应激易感性 对生活事件的研究显示，处于社会经济标尺的底层的人面对负性应 激源，其情感抵抗力尤其脆弱。人群中社会经济地位较低的人伴发冠心病风险和各种原因死亡率上 升。社会经济地位较低的阶层不仅常经受更多的生活事件，而且应对的资源及社会支持最少。 Evans (1994)认为社会等级与应对危机的能力之间存在相关性， 一个人的社会地位越高，其可选择的应对 方式及社会支持越多，这种应对的优势随社会阶梯的降低而成比例的降低。 Evans认为，个体所处的 “微环境(microenvironment)”,即家庭和工作中的各种关系，会影响个体躯体健康。不同性别之间也 有重要差异，女性更容易受家庭相关的负性事件的影响而男性则更容易受工作和经济问题的影响。

社会层面的应激易感性还体现在可获得的社会支持，根据缓冲作用假说，即当个体经历应激事件 后，社会支持能够通过各种途径协助个体应对危机，如情感支持能缓解孤独和无助感，经济支持可以帮 助个体缓解现实困难等。根据独立作用假说，社会联系和社会支持是基本的人性需要，缺乏社会支持本 身就是一种应激，将带来不利的身心反应。这两种假说从不同角度对社会支持的心身效果作用机制做 出了解释。1987年对整个瑞典人群的流行病学研究证明，除去年龄、初始病情、社会阶层这些混淆因素 的影响之后，低度的社会支持与中度或高度的社会支持相比，心血管疾病死亡风险仍提高40%。

2. 社会层面的应激易感性的测量 社会层面的应激易感性测量涉及的变量可包括社会人口学

第六章 心 理 应 激 117

特征、生活事件和社会支持等。

**四、系统的应激管理方案**

**(** **一** **)概述**

应激管理方案作为一个系统工程，整体框架上应包括群体层面的应激管理和个体层面的应激管 理两个层面。而且这两个层面是结合在一起的。无论是群体层面还是个体层面的管理，系统的应激 管理方案的具体成分应包括针对应激的各种相关因素的管理，如针对应激刺激的管理、针对认知评价 的管理、针对应对方式的管理、针对社会支持的管理、针对个性特点的管理，以及针对应激生理反应的 管理等，全面涵盖应激易感模型中的生理层面、心理层面和社会层面。从过程程序来看，至少应包括 干预前评估、干预、干预后评估(干预后可能不止一次)三道程序。

“管理模块”和“系统管理”是非常重要的理念。管理模块的理念是指将一个系统工程一层一层 的分解为不同层面的模块，直至最后成为可操作可执行的模块。例如，“筛选应激易感者”可作为一 个大而模糊的模块，可分解出“确定具体的筛选工具和指标，开发筛选系统”这个更具体的模块，可能 进一步分解出“根据科研数据和实践经验选择筛选工具和指标”“培训人力资源、开发计算机软件、建 立远程管理系统”等更接近执行层面的模块；又如“培训人力资源”这个模块最终可分解出一个“编写 教材”的可执行模块。

**(二)群体层面的应激管理**

群体层面的应激管理包括识别特定问题和需要干预的特定群体(如易感者)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的可看作是“健康促进”的宏观干预。群体层 面的应激管理作为一个系统工程，超出精神卫生和心理治疗工作者的常规工作范围，参与者包括政策 制定者、其他医学工作者、社会工作者等多种成分。

例如，20世纪90年代起，中国农村地区出现与节育手术有关的身心症状问题，接受节育术的农村 妇女出现群体癔症性下肢瘫痪。针对这一身心症状进行的研究表明，情绪不稳定倾向、心理暗示性 高、疼痛敏感性高以及较多负性生活事件能在一定程度上预测接受节育手术的妇女术后身心症状的 严重程度和持续时间。对筛选出的具有应激易感素质的个体进行干预可减少身心症状的发生。除此 之外，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。通过改变 节育手术的时间、地点及提高医护人员的技术水平和改善医患互动方式可减少手术后的身心症状。 这一研究提示，通过系统的应激管理方案可降低应激易感者的心身症状(刘破资等，2002)。

**(三)个体层面的应激管理**

个体层面的应激管理是分层次的，包括“医学干预”和“自我调节”。医学干预是对“个案”的处 理，如症状识别、评估诊断、药物治疗、个体心理治疗、小组治疗等。对每个个案的处理也应该是系统 的和全面的。自我调节是没有专业人士介入的个体层面的应激管理。医学干预从精神科临床管理角 度可分为“医学指导性咨询”和“医学干预性咨询”两种模式，两者的差别主要在于前者给予病人和家 属较大范围的自主性，而后者是在建立和维持高质量的治疗关系基础上，提高病人和家属治疗的依从 性。临床实践中，可根据个体的具体情况选择进入的临床管理模式。“医学指导性咨询”可根据病人 的病情给病人提供一些治疗干预的选项，由病人自主决定；“医学干预性咨询”则在良好治疗关系的 基础上，使病人和家属配合药物治疗(经评估认为药物治疗对病人非常必要，利远大于弊)。

应激相关的自我调节方法有很多，如合理休息、饮食，通过运动缓解焦虑、抑郁情绪，寻求社会支 持等。应激相关的自我调节对于非精神障碍者和处于稳定期和康复期的精神障碍病人的身心健康有 重要意义。

(刘破资)





**第七章** **心** **身** **疾** **病**

**第一节** **心身疾病概述**

**一、心身疾病的概念**

**(一)心身疾病及相关概念**

心身疾病(psychosomatic disease):又称心理生理疾病(psychophysiological disease),是指心理社会 因素在发生、发展与转归上起着重要作用，有明确的病理基础、器官出现了形态学改变或组织改变的 躯体疾病。围绕心身疾病近年来出现了许多名词，如心身反应、心身障碍等等，但严格地讲这些术语 的涵义是有差别的，不能混为一谈。

心身反应：又称心理生理反应，指由心理刺激或情绪活动引起的生理反应，如恐惧时会引起或伴 发血压、心率和呼吸的变化；愤怒时胃酸分泌量和胃黏膜血流量改变等，它们呈一过性， 一旦情绪刺激 物移除，心身反应便会消失。

心身障碍：又称心理生理障碍，是心身反应的进一步发展，是在不良心理因素的长期作用下，引起 的相对持续时间较长的一种障碍。但此阶段所发生的，只是量的变化，是可逆性的，而非质的变化，并 无实质性的、组织性的损害。

**(二)心身医学与心身疾病**

关于心与身的关系，即精神与躯体的关系， 一直是医学关注的内容。祖国传统医学很早就注意到 形与神是相互依存、不可分割的统一体。《黄帝内经》里就指出：“心者，五脏六腑之主也……,悲哀愁 忧则心动，心动则五脏六腑皆摇”,提出了人的情绪反应可以影响内脏的观点。西方医学创始人希波 克拉底(Hippocrate)早在公元前400年便已经注意到心理因素和气质因素对人体的影响。他指出： “知道患有某病的是什么样的人，比知道某人患了什么样的病重要得多”。虽然在其后的各种理论中 对心身关系也有相应的论述与发展，但都仅停留在朴素的哲学观点基础上，真正现代心身医学的建立 则是在20世纪初。

20世纪20~30年代是心身医学的早期发展阶段。在这个时期里，弗洛伊德(Freud) 的心理动力 学理论被引入心身医学领域，认为潜意识的心理冲突在某些躯体疾病的发生发展中起重要作用。其 代表人物亚历山大(Alexander)提出了著名的“特殊冲突理论”,认为潜意识里被压抑的心理冲突可以 伴随有某些躯体疾病，如对感情的强烈心理冲突，能引起胃的过度活动，可导致体质脆弱者罹患十二 指肠溃疡；过度的忧伤和依赖情绪可导致支气管哮喘；被压抑的愤怒可导致高血压等。美国著名的生 理学家坎农(Cannon) 发现情绪状态对机体的生理过程有明显的影响作用，形成情绪生理学说。他认 为，由互相协调的生理过程维持着机体内部的相对稳定状态，称为内稳态，但如机体遭遇到重大或长 期的干扰时，通过情绪的作用，内稳态会发生失衡，最终导致疾病。俄国生理学家巴甫洛夫(Pavlov) 通过大量的动物实验，创建了条件反射学说，提出了心理因素影响躯体功能的原因在于中枢神经系统 的调节作用。加拿大生理学家塞里(Selye)在30年代提出了著名的应激学说，他发现各种外界的应 激源作用于机体，可以引起机体的一系列非特异性的反应，称之为“全身适应综合征”(general adaptation syndrome,GAS)。Selye认为GAS 与刺激类型没有关系，而是机体垂体-肾上腺皮质轴兴奋 所引起的生理变化，是机体对应激所作出防御反应的普遍形式。上述的实验生理学的研究，大多仅限 于动物的研究。到了20世纪50年代，著名学者沃尔夫(Wolff)通过对胃造痿伴有胃黏膜疝病人的长



第七章 心 身 疾 病 119

期观察，发现了情绪影响生理功能并可引起功能紊乱的客观事实。他认为情绪因素在一些躯体疾病 中起着重要作用，提出了情绪对器官生理功能的影响，不仅取决于精神因素，还与易感素质和人格特 征等遗传倾向有关，从此开创了医学的新领域——心身医学。

近些年来，心理-神经-内分泌-免疫的相关研究不断取得进展，此外，计算机图形处理与神经影像 技术的飞速发展为研究情绪和疾病的通路提供了有效的方法。总之，现代的心身医学，无论是方法还 是手段都是早期研究所无法比拟的，而且涉及的课题和内容也更加广泛，并已大量应用于临床，或者 以咨询和行为医学的形式出现。因此，当代心身医学体现了人们在健康或疾病研究中对心理-社会- 生物因素相互作用的认识，也是医学心理学研究的重要内容之一。

**(三)心身疾病概念的演变**

随着研究的深入，心身医学的概念一直在变化发展和延伸。从美国精神疾病诊断与统计手册 (DSM) 来看，DSM-I(1952) 设有“心身疾病”这一单独的疾病单元；DSM- Ⅱ(1968) 被更名为“心理生 理性自主神经与内脏反应”,并按累及器官进行分类；DSM-Ⅲ(1980) 及 DSM-Ⅲ-R(1987) 中，心身疾病 被纳入“影响躯体状况的心理因素”之中。 DSM-IV(1994) 则将心身疾病相关内容列入“影响医学情 况的心理因素”,是指对医学疾患有不良影响的心理或行为因素。 DSM-5(2015) 中，“影响躯体状况的 心理因素”被归入“躯体症状及相关障碍”。 DSM-5 的分类反映了心身相互作用的关系，并要求人们 同时兼顾心、身两个方面。

如DSM 一样，WHO 制定的ICD 也曾有过“心理生理障碍”及“精神因素引起的生理功能”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、应激相关的及躯体形式障 碍”(F4), 还有一些内容被分散在“伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征”(F5) 以及其他分类中。 即将出版的ICD-11 中将“心身疾病”分别纳入“神经症、应激相关的及躯体形式障碍”以及“疾病伴有 的心理及行为因素”以及其他分类之中。

在1958年，我国的精神疾病分类中并没有心身疾病。1981年《中华医学会精神病分类》将“心身 疾病”列入第十三类。1995年《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， 相关内容归类至“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)之中，另有部分归入“儿童青少年精神障碍”之中，此种情况一直延续至CCMD-3。

日本、德国和美国等国对心身疾病也很重视。1992年，日本心身医学会将心身疾病定义为“躯体 疾病中，其发病及经过与心理社会因素密切相关的，有器质或功能的病理过程。神经症(如抑郁症) 等其他精神障碍伴随的躯体症状除外”。德国和美国的心身医学由于不同起源，到目前为止，心身医 学亦没有统一的定义。大致存在这几种定义：①心身医学是精神医学的一个特殊领域或亚专科，基本 等同于会诊-联络精神病学(consultation-liaison psychiatry,CLP),其从业者主要是精神科医师，目的是 在复杂的非精神科疾病病人中识别诊断和治疗并发或共病的精神障碍及相关疾病；②心身医学是医 学的分支，是与精神科、内外科相互独立的一级学科，主要在于德语国家使用；心身医学是处置病人的 整体医学方式或手段。该定义指的是在诊断和治疗过程中全面考虑生物、心理和社会因素的共同作 用，适用于包括精神医学在内的所有临床医学专科。

美国精神病学家Cobb S曾指出：“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”。总之，心身疾病概念在目前的权威性心理障 碍分类体系中已然消失，并被其他概念所取代，但其“精髓”却早已融入了整个临床实践之中。

**(四)心身疾病的分类**

为了便于理解，本教材将心身疾病按照器官系统进行分类如下：

**1.** **心血管系统的心身疾病** 冠状动脉粥样硬化性心脏病、阵发性心动过速、心律不齐、原发性高 血压、原发性低血压、雷诺病等；

**2.** **呼吸系统的心身疾病** 支气管哮喘、过度换气综合征、神经性咳嗽等；

**3.** **消化系统的心身疾病** 胃、十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎、肠易激惹综合征、神经性厌食、神经

120

笔记

第七章 心 身 疾 病

性呕吐等；

4. 内分泌系统的心身疾病 甲状腺功能亢进、糖尿病、艾迪生病等；

5. 泌尿生殖系统的心身疾病 夜尿症、神经性尿频、勃起功能障碍、性欲减退、早泄、痛经、月经 紊乱、经前期紧张症、功能失常性子宫出血、功能性不孕症等；

6. 肌肉骨骼系统的心身疾病 类风湿关节炎、慢性疼痛、痉挛性斜颈等；

7. 神经系统的心身疾病 紧张性头痛、血管性头痛等；

8. 皮肤系统的心身疾病 神经性皮炎、慢性荨麻疹、多汗症、瘙痒症、湿疹等；

9. 外科的心身疾病 器官移植综合征、整形术后综合征等；

10. 儿科的心身疾病 遗尿、口吃等；

11. 眼科的心身疾病 原发性青光眼、眼睑痉挛等；

**12.** **耳鼻喉科的心身疾病** 梅尼埃病、咽异感综合征等；

**13.** **口腔科的心身疾病** 特发性舌痛症、颞下颌关节紊乱综合征等；

14. 恶性肿瘤。

以上各类疾病，均可与应激相关，其发生、发展以及转归均涉及心理、社会因素，心理干预有助于 疾病的康复，这种对疾病的整体观念符合生物-心理-社会医学模式的发展和需求。

**二、心身疾病的发病机制**

心身疾病的发病机制较为复杂且相关研究不断更新，目前的研究主要包括心理学机制、生物学机 制以及综合的作用机制等。

**1.** **心理学机制**

(1)心理动力学理论：心理动力学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的特定的心身疾病。心身疾病的发病共包括三个要素：①未 解决的心理冲突；②躯体器官的脆弱易感性；③自主神经的过度活动性。心理冲突多源于童年时代， 常常被潜抑在潜意识之中，在个体的成长过程中，由于应激因素(如生活变故等)的刺激，这些冲突会 重新出现。如果这些复现的心理冲突缺乏合适的宣泄途径，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，潜意识心理冲突时通过自主神经系统功能活动的改变，造成某些易感器官的病变而致 病的。例如心理冲突在迷走神经功能亢进的基础之上可造成哮喘发作、溃疡病等；在交感神经功能亢 进的基础上可造成原发性高血压、甲状腺功能亢进等。因此，只需查清致病的潜意识心理冲突即可明 确其发病机制。该理论的缺陷是过度夸大了潜意识的作用和影响。

(2)心理行为学理论：巴甫洛夫经典条件反射的著名的狗的唾液分泌反射实验说明条件反射是 一种独立的生理反应。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、血压增高等，由于个体素质的问题，或特殊环境因素的强化，或通过泛化作用， 导致这些习得性心理和生理反应可被固定下来，最终演变成症状和疾病。例如先将动物置于一封闭 箱内并给予反复电刺激，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，说明它仍然固守无效的应对方法而不做新的尝试，此类似临床抑郁的情绪表现，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，也可能是儿童模仿学习的行为结果。例如哮喘儿童可 因哮喘发作会获得父母的额外照顾而被强化，这与社会学习理论中的观察学习和模仿相关。 Miller等 关于“植物性反应的操作条件反射性控制”的实验，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。例如血压的升高或降低、腺体分泌能力的增强或减弱、肌肉的收缩等。被广泛地应用于 心身疾病治疗的生物反馈疗法以及其他行为治疗技术均是基于此原理而提出的。

(3)心理认知理论：认知是心理过程的重要方面，认知是指个体通过感觉器官对外部信息的接



第七章 心 身 疾 病 121

受、传导、编码储存、提取，以及不断加工、反复利用，形成经验的过程。认知理论认为，事物本身的意 义在于个体对它的认知和评价。认知不仅与行为关系密切，同时也是情绪产生的必要条件。 Sifnoses 等通过对传统的心身疾病的临床观察提出“述情障碍”与心身疾病的发生密切相关。“述情障碍”常 常用于难以体验和表达情感的病人，指的是幻想和象征性思维能力的缺乏，难以识别和描述情感，以 及难以区分情感和躯体感觉。而这些往往都与个体对于躯体和情感的认知相关，属于认知的范畴。 “述情障碍”的产生与心理社会因素密切相关，主要包括童年期的不良经历和负性体验、家庭环境、社 会文化因素等。

**2.** **生物学机制**

(1)神经生理学机制

1)大脑皮层(以及边缘系统):心理活动依赖于大脑，是脑的功能以及外部世界的反映。心理应 激作为一种信息，经过人体相应的感受器的传入神经到达大脑，在大脑加工和存储，形成高级心理功 能认知和评价，并产生一定的情绪反应和生理变化。情绪反应和生理变化相互作用，通过反馈又可以 作为新的刺激，进一步使中枢神经活动发生变化。

2)大脑皮质联合区的信息加工：大脑皮质联合区将输入信息通过与边缘系统的联系，转化为带 有情绪色彩的内脏活动，通过与运动前区的联系，构成随意行为传出。传出信息触发应激系统引起生 理反应，渐而致心身疾病的发生。

3)神经递质：大脑内神经环路的调节和传导通过神经递质为媒介，神经冲动使突触前膜释放递 质，进入突触间隙，与突触后膜相应位点结合，将冲动从一个神经元传递到另一个神经元。重要的中 枢神经递质有去甲肾上腺素(NE)、 乙酰胆碱(Ach)、5-羟色胺(5-HT)、γ-氨基丁酸(GABA)、 多巴胺 (DA)、 和儿茶酚胺、肽类等。应激状态可以明显地影响脑内神经递质的生化合成与代谢过程并发挥 反馈调节作用。如在应激状态下，脑内儿茶酚胺浓度增加。

4)自主神经系统：包括交感和副交感神经系统，它们与内脏功能的调节密切相关。正常情况下， 交感和副交感神经处于相互平衡和制约中，共同协调和控制身体的生理活动，如心率、呼吸、血压、消 化以及新陈代谢等。但是，当遭遇紧张情景时，交感神经系统兴奋，心跳加快，血压升高，若交感神经 功能活动异常增强和持续时，可导致全身小动脉长期痉挛和硬化，血压持续上升，导致不可逆的改变， 渐而引起心身疾病。

(2)神经内分泌机制：内分泌系统在维护机体内部环境稳定以及机体适应环境中起着重要的作 用，激素分泌过多或过少都会引起机体生理代谢的改变。下丘脑能分泌一些肽类激素的释放因子，释 放因子作用于垂体，释放相应的促激素，促激素分别作用于外周靶腺，而产生相应的激素。在应激状 态下，肾上腺皮质激素、肾上腺素、去甲肾上腺素、甲状腺素、生长激素及抗利尿激素增高；在机体休战 状态下，胰岛素、性激素趋于升高。外周内分泌激素的改变又可以通过反馈机制影响下丘脑的激素 分泌。

(3)神经免疫学机制：目前有充分证据表明心理应激可改变免疫调节影响人体健康，临床免疫失 调可导致疾病风险增加。当下丘脑-垂体-外周靶腺处于持久激活状态时，可导致激素分泌紊乱、失 调，引起机体一系列免疫功能障碍。①胸腺功能失调，影响T 淋巴细胞的成熟；②抑制抗体反应，血液 中抗原潴留；③降低巨噬细胞的活动能力，使免疫性细胞的反应失效；④干扰淋巴细胞的再循环，导致 淋巴组织的退化；⑤抑制γ-球蛋白的形成；⑥使嗜酸性细胞下降；⑦降低抗体的活动能力，不能即时消 灭增殖的病菌，最终影响机体对病毒、细菌、过敏物质的抵抗力，免疫功能下降，病原微生物得以繁殖 和渗透，导致机体患病。

(4)生活方式、遗传和环境的作用机制：心身疾病的发生，与生活方式的改变以及遗传和环境因 素息息相关，如高血压、糖尿病、肥胖症等均与不良的生活方式直接相关。不良的生活方式、遗传基础 以及环境交互作用导致DNA 甲基化等为可能的发病机制。机体适应应激需求的能量储存有限，过度 使用导致耗竭，加之强烈而持久的心理社会应激的作用便会导致心身疾病的产生。

122



第七章 心 身 疾 病

**三、心身疾病的诊断与防治原则**

按照生物-心理-社会医学模式，心身疾病的诊断和防治都应该兼顾个体的心理、生理以及社会三 个方面。

**(** **一** **)诊断原则**

**1.** **心身疾病的诊断原则**

(1)疾病的发生包括心理社会因素，其与躯体症状有明确的时间关系；

(2)躯体症状有明确的器质性病理改变，或存在已知的病理生理学变化；

(3)排除精神、心理障碍。

**2.** **心身疾病的诊断程序**

心身疾病的诊断程序包括：躯体诊断和心理诊断，躯体诊断的方法、原则与诊断学相同，心理诊断 主要包括：

(1)病史采集：对疑有心身疾病的病例，在采集病史的同时，应特别留意收集个体心理社会方面 的有关资料，包括个人发展史、个性或行为特质、社会生活事件、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，并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：与临床体格检查相同，但需要适当关注检查时病人的心理行为反应方式，有时可 以观察病人对待体格检查和治疗的特殊反应方式，恰当判断病人心理特质上的某些特点，例如是否过 于敏感、神经质等，以及不遵医嘱或强烈的情绪反应。

(3)心理行为检查：对于初步疑为心身疾病者，应结合病史资料，采用晤谈、行为观察、心理测量或 必要的心理生理学检查方法。所选的心理测验应着重测评病人的情绪障碍如焦虑、抑郁等。还可以采 用适当方式评估其心理应激源、应对能力、社会支持等。评估结果有助于对病人进行较为系统的医学心 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、发展恶化以及转归中的作用。

(4)综合分析：根据以上程序所收集的资料，结合心身疾病基本理论，对是否是心身疾病、何种疾 病、有哪些心理社会因素其主要作用以及可能的作用机制等问题做出恰当评估。此外，在诊疗过程 中，需要随时观察新的问题的出现，根据变化过程，及时调整并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干预应围绕消除心理社会刺激因素、消除心理学病因和消除生物学症状为 主要目标。主要原则是心、身同治，但对于具体病例应有所侧重，主要包括：

1. 对于急性发病而又躯体症状严重的病人，应以躯体对症治疗为主，辅以心理治疗。例如对于 急性心肌梗死的病人，综合的生物性救助措施是解决问题的关键，而那些存在严重焦虑和恐惧反应的 病人应实施及时的心理干预。

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化的心身疾 病，则可在实施常规躯体治疗的同时，重点安排好心理治疗。例如高血压、糖尿病、慢性消化性溃疡病 人，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兼顾心、身两个方面。 心理社会因素大多需要较长的时间作用才会引起心身疾病，因此心身疾病应尽早进行心理学预防。具 体的预防措施应包括个人和社会两个方面：①个人预防：心身疾病的预防应从个体预防做起。个体预防 表现为应该积极学习现代科学知识，加强个人修养，提高辨识能力，学会从不同角度观察和分析问题，培 养健全的人格；有目的的完善个人生活经历，学会缓解心理压力的方法，提高个体的社会适应能力；积极 建立和谐的人际关系，和谐的人际关系对于社会支持的获得，改善个体认知能力以及宣泄负性情绪方面 具有重要意义；提高个体应对挫折的能力，能够在较强的应激下，学会运用成熟的心理防御机制，及时的 消除应激的情绪反应，尽早恢复内心的平静等。②社会预防：社会预防是以预防心身疾病为目的，并通



第 七 章 心 身 疾 病 **123**

过改善个体社会生活环境而实现。社会预防是通过社会力量，为个体创造一个良好的工作环境，提高个 体的社会认同感和价值感，从而形成良好的社会氛围，减少社会应激因素的产生。此外，在心身疾病的 预防中也应注意识别心身疾病的易感因素，如明显存在心理素质弱点的人、有明显的行为问题者、持续 处于应激源或出现情绪危机的个体以及存在心身疾病遗传倾向(如高血压家族史)或以及出现心身疾病 先兆征象(如血压增高)的个体，则更加应该注意加强心理预防工作。

( 张 宁 )

**第二节** **常见心身疾病**

一、原发性高血压

原发性高血压(primary hypertension)作为人类复杂性疾病，其病因是遗传与环境等多个因素交互 作用的结果。流行病学调查表明，原发性高血压发病率总的趋势为发达国家高于发展中国家，城市居 民高于农村，知识阶层高于非知识阶层，老年高于非老年，寡妇和鳏夫的血压高于配偶健在者，这里重 点强调与心理社会因素相关的因素。

( 一 )心理社会因素

1. 不良行为因素 流行病学调查发现高血压发病率与高盐饮食、肥胖、缺少运动、吸烟及大量饮 酒等因素有关。

2. 童年应激童年期的应激如被虐待、社会隔离、低社会经济状态等可导致HPA 轴的高功能状态， 并影响交感肾上腺髓质系统和肾素-血管紧张素-醛固酮系统，同时使个体面对挑战时更易处于焦虑状态 和上述神经内分泌系统处于高活动状态，这种状态可能持续到成年期，并将这一反应模式固着下来。因 此临床上常常看到这些个体青春期血压偏高，这些人群未来罹患高血压的可能性高于一般人群。

3. 负性情绪 负性情绪(negative emotion)常作为高血压的诱发因素。如Markorit等对123例血 压正常的人随访18～20年后发现，焦虑、愤怒情绪及发怒后抑制情绪的发泄可明显增加中年男性高 血压的危险度，是高血压发病的一个预警因素。

4. 慢性应激 应激性生活事件与高血压有关。在第二次世界大战期间，被围困在列宁格勒达三 年之久的人，高血压患病率从战前4%上升到64%,长期慢性应激状态较急性应激事件更易引起高血 压。而按社会经济状况、犯罪率、暴力行为的发生、人口密度、迁居率、高婚率等因素将城市区分为高 应激区及低应激区，高应激区的居民高血压发病率高于

|  |  |
| --- | --- |
| 低应激区。此外注意力高度集中、精神紧张而体力活动 | 高血压遗传素质 |
| 较少的职业，以及对视觉、听觉形成慢性刺激的环境，可 | 慢性应激 不良人格 |
| 能也是导致血压升高的因素，如在高应激水平下工作的 |  |
| 空中交通管理员及纺织工人高血压发病率较高。 | 认知、情绪、行为反应 |
| 5. 人格特征 过分谨慎、顺从、愤怒的扭曲表达、好 |  |
| 斗等人格特质与高血压的发病有关。在应对方式中受压 | 神经内分泌反应 |
| 抑的愤怒表达和过分的愤怒表达与高血压发病有关；在 不良环境下(受教育程度低下、社会经济地位低下),采用 | 缺乏适应性/过度反应 不健康生活方式 |
| 积极应对方式的人容易患高血压。 | 全身细小动脉痉挛、短暂血压升高 |
| 6. 精神障碍 大量研究表明失眠、焦虑障碍、抑郁障 |  |

碍、双相障碍等会影响血压、血压的调节及血管内皮细胞 持续的高血压

功能。

图7-1 原发性高血压的心理生物学机制

(二)原发性高血压的心理生物学机制(图7- 1)

示意图

从上述疾病发生的示意图可看出，高血压是复杂

性疾病，目前仍然没有确切的证据来阐述心理社会因素与高血压间的机制。

124

艺记

第七章 心身疾病

目前的研究主要集中在：

1. 压抑和表达情感与血压的关系；

2. 心理社会因素与抗高血压药物的选择关系；

3. 明确与心理社会因素相关的高血压临床表型。

在高血压临床表型的研究中，从心身医学的角度更多关注高血压病人同时共患交感神经系统兴 奋相关疾病；临床无法解释的严重血压升高；对利尿、钙通道阻滞药、作用于肾素-血管紧张素-醛固酮 系统的抗高血压治疗抵抗；发作性和不稳定高血压，对α和β受体阻滞剂有效者。

(三)高血压病人的疾病行为特点

原发性高血压常常隐匿起病，病程较长，早期血压可波动在正常与异常间，病人在刚发现高血压 时常紧张焦虑，随后常见的反应是忽视疾病，这与人们对疾病的认识不足、症状轻、疾病初期对病人社 会功能影响小和身体对高血压状态的代偿性适应有关。当疾病导致机体代偿能力下降而再次产生症 状时，会再度呈现紧张焦虑。

(四)高血压的健康行为教育和辅助治疗

对高血压病人的心理社会干预和健康行为教育处方是治疗高血压的基础。

1. 松弛训练 松弛训练(relaxation training)是治疗高血压较常用的基础治疗，病人通过长期反复 训练，掌握了全身主动放松时的个体体验，并逐渐做到很容易地再呈现这种心身状态，临床实验证明， 长期的松弛训练可降低外周交感神经活动的张力，达到降低血压的目的。 一些研究者报告了成功的 病例对照研究：采用24小时连续动态监测血压的方法检测放松治疗和药物治疗对高血压的疗效，发 现放松治疗加药物治疗优于单纯药物治疗。

2. 运动疗法 多数研究指出耐力性运动训练或有氧运动训练均有中度降压作用。轻型高血压 特别是缺乏运动的病人，可通过耐力性运动训练如快走、跑步、骑自行车、游泳、滑雪等达到降压、减肥 和减少心脏并发症目的。有人还指出运动可提高高密度脂蛋白胆固醇防止粥样斑块形成。但患有 中、重型高血压者应避免竞争性体育项目。

3. 对伴发的精神障碍进行积极治疗 对持续存在焦虑和抑郁的病人，需选择适当的抗抑郁药物 如选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)和抗焦虑药物进行治疗；并辅以认知行为治疗，改变其不良 的行为和认知。对伴失眠、睡眠呼吸暂停综合征的病人也要积极对症治疗。

4. 改变生活习惯 减轻体重、限盐、戒烟和控制饮酒是降压的有效措施。

5. 生物反馈 是内脏学习的过程，血压成为一种能被病人“随意”操作的内脏行为，从而达到降 压目的。

二、冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary atherosclerotic heart disease)指冠状动脉发生粥样硬化引起 官腔狭窄或闭塞，导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病，简称冠心病(coronary heart disease, CHD)。

(一)心理社会因素

1.A 型行为模式 (type A behavior pattern,TABP ) 1950 年由美国两位心脏病专家 Friedman和 Rosenman 提出的概念，他们发现CHD 病人大都有较高的成就欲望，富于挑战和竞争精 神，容易发生无端敌意、争强好胜、不耐烦、有时间紧迫感等。 Friedman称其恼怒(aggravation)、激动 (iritation)、发怒(anger)和不耐烦(impatience)为“AIAI 反应”。相对缺乏这些特点的行为被称为B 型行为：特别有耐心的、谦虚的、放松的、有安全感的、有适当自尊的。

多年来，A 型行为是否是CHD 的危险因素仍有争议，A 型行为中的愤怒和敌意在冠心病的发病 中可能具有更重要的作用。研究发现愤怒和敌意是男性CHD 预测因素，愤怒特质与CHD 的总死亡 率呈正相关。因此，对CHD 病人愤怒和敌意的识别和管理非常重要。此外，有支配特质者与不仅与 心梗和冠脉病变所致的猝死相关，也与冠脉造影阳性结果相关，而顺从者对心脏有保护作用；有时间



第七章 心 身 疾 病 **125**

紧迫感者患CHD 危险度较对照组增加。但这些行为方式如何与冠心病相关并恶化其结局的机制尚 不清楚，可能与自主神经功能改变相关。1项对18个病例对照研究的荟萃分析表明，旨在减少A 型 行为的心理治疗可以改善冠心病的预后。1年随访表明，当 A 型行为减少后，冠心病的预后显著 改善。

2. 生活事件 应激性生活事件(life event)常被作为冠心病发病的危险因素之一 。许多回顾性调 查显示，心肌梗死病人出现症状前的6个月～1年内，其生活事件明显增多。处于应激环境中的移民 比具有相同饮食习惯的原籍居民的冠心病发病率要高。战争、自然灾害后心肌梗死发生率或猝死增 加，但急性应激后心源性猝死很难认定为冠心病，如纽约世贸中心遭到恐怖袭击后致死性心律失常的 发生增加。

3. 冠心病与负性情绪 抑郁障碍病人静息态心率增加和心率变异度下降。抑郁障碍病人冠心 病的患病率是正常人群的2~3倍，而冠心病病人中抑郁障碍的时点患病率为17%～22%,是普通人 群的3～4倍。心导管术后1年以内出现抑郁发作是以后出现严重心脏事件发作的独立危险因素，而 与现有心脏疾病的严重程度、左室射血分数以及吸烟没有关系。最近的一项对已经发生了心肌梗死 病人的前瞻性研究发现，抑郁是心肌梗死病人6个月内死亡的独立的危险因素。对这些因心肌梗死 而住院的病人进行18个月随访研究，发现抑郁障碍的发作是以后因心脏疾病而致死的预测指标。

焦虑可使交感神经的活动增加，诱发急性心肌梗死或心源性猝死。有报道心肌梗死后焦虑严重 的病人出现心脏严重缺血或死亡事件是无焦虑障碍者的5倍。此外，愤怒、敌意也是对冠心病病人造 成不利影响的负性情绪。其中，愤怒回忆对心功能的损害最大。

心血管疾病与双相障碍的流行病学研究中发现，经过年龄校正后双相障碍中的心血管疾病患病 率仍然较高，且起病年龄较早，有研究发现可能早4～7年；双相障碍病人较之无双相障碍病人发生多 种致死性心脏事件的相对危险度为1.5～1.9。

4. 不良生活方式 吸烟、过度饮酒、缺乏运动、过食与肥胖等是冠心病重要的危险因素。它们往 往是在特定社会环境和心理环境条件下形成的。例如， 一定的经济条件、饮食习惯、文化背景易造成 肥胖；特定的工作条件和技术的进步造成运动缺乏等。

(二)冠心病病人的心理反应

1. 对诊断和症状的反应 许多病人常常在不知不觉中患上冠心病，在没有症状和被诊断前通常 无心理反应。诊断为冠心病后病人的反应与病前的人格特征和对疾病的认识有关。倾向于悲观归因 模式思维的病人常常紧张焦虑不安，甚至出现惊恐发作，在他们的生活中充满对预期死亡的焦虑，部 分病人继发抑郁，整个生活方式发生重大的改变，疾病行为成为他们生活中的主要行为，这样可能加 重冠心病，诱发心肌梗死。部分病人则采用“否认”的心理防御机制，导致就诊的延误。

2. 心肌梗死病人急性期心理反应国外对冠心病监护病房(CCU) 病人的研究发现，至少80%病 人有不同程度的焦虑、58%出现抑郁情绪、22%产生敌对情绪、16%表现不安。通常第1天为焦虑；第 2天有部分病人呈现“否认”的防卫反应；第3～5天主要为抑郁，并成为病人的主要情绪反应，其持续 时间比焦虑长。在冠心病病房中约33%的病人请过精神科会诊，理由依次为：焦虑、抑郁、行为问题、 敌意、谵妄、睡眠障碍、征求用药意见等。这些心理因素对疾病的发展又起着重要的作用。焦虑情绪 主要是由于担心突然死亡、有被遗弃感和对各种躯体症状的反应。在CCU 病人突然处于一个陌生环 境，并被当做一样“物体”固定在床上接受治疗， 一系列监护仪器连续记录他身上的各种数据并以此 评价病人的医学状态，这一切都无法被自己所控制，若周围有病人死亡或接受抢救，情绪反应可能更 加严重。而在心肌梗死急性期采用“否认”机制则有利病人对疾病的适应。

**3.** **心肌梗死病人康复期心理反应** 病人康复期最常见的主诉是疲乏、抑郁、睡眠障碍、对性生活 的担心、不敢恢复工作等。因此，对大多数病例，主张在恢复早期就指导其进行渐进性活动锻炼。

**(三)冠心病的心理社会干预**

**1.** **病人教育** 在不同的临床阶段，针对病人的不同症状和心理反应，作好针对性的病人教育指 导工作，这些措施对病人认识疾病、减少焦虑有良好效果。

126



第七章 心 身 疾 病

2. 危险行为的矫正 矫正A 型行为中愤怒和敌意为主的“AIAI ”反应， 一般采用综合方法：松弛 训练、改变自己的期望、进行时间管理指导和人际交往训练等。

3. 改变不良生活方式 吸烟、酗酒、过食和肥胖、缺少运动等不良生活方式的改变是一个循序渐 进的过程，分阶段的计划可帮助病人逐渐克服改变不良生活方式的恐惧和不习惯。

4. 焦虑抑郁的治疗 如果病人出现明确的焦虑、抑郁，则需要针对性的药物和支持性心理治疗、 认知矫正等多种方法，抗抑郁药首选SSRIs,舍曲林治疗冠心病的临床研究(SADHEART) 为临床提供 了很好的循证医学证据。

**三、** **雷诺病**

雷诺现象(Raynaud phenomenon)是指病人受寒冷或紧张的刺激后，手指(脚趾)皮肤突然出现苍 白，随后变紫、变红，伴局部发冷、感觉异常和疼痛等短暂的临床现象，常反复发作。由Raynaud M 于 1862年观察到。病因分为原发性和继发性，原发性常双侧肢体受累，无原发疾病，称雷诺病(Raynaud disease);继发性雷诺现象是由其他疾病引起，尤其常伴发于结缔组织疾病。病人大多数是16～40岁 女性，尤其是在冬季和比较寒冷的地区较为常见。

(一)发病因素与机制

雷诺现象的发病机制尚不完全清楚。研究提示遗传因素、黏附分子、血管内皮和血流因素等参与 了雷诺现象的发病过程。

1. 遗传因素 雷诺现象受遗传因素的影响。荷兰一大家族的调查发现，在289名家族成员中， 有50名成员发生雷诺现象，占17.3%。而Smyth 等的研究发现，在有雷诺现象发作家族史的人群中， 其发病率达45.3%,提示雷诺现象有潜在的遗传倾向。

2. 黏附分子 黏附分子水平的增高可能与继发性雷诺现象有关。对13例原发性雷诺现象病人 和19例继发性雷诺现象病人以及16例正常人作的对照研究显示，血浆细胞间黏附分子-I、血管细 胞黏附分子- I、E选择素等黏附分子在继发性雷诺现象病人组中明显高于其他两组，而在原发性雷 诺现象病人和对照组中没有差别。

3. 内皮细胞 内皮依赖性血管损伤在雷诺现象发病中有一定的作用。 Generini等给继发性雷诺 现象病人补充雌激素和神经肽后，发现雌激素和神经肽能够纠正血管内皮细胞的功能异常，从而引起 潜在的血管扩张。 Smith等利用冷刺激引起血管收缩，通过体外血管试验来比较乙酰胆碱和硝普钠 (分别为内皮依赖性和非依赖性扩张剂)对雷诺现象病人的血管扩张反应，结果显示应用乙酰胆碱后 病人组的血管无明显扩张，而用硝普钠组的作用不受影响，表明内皮损伤后内皮依赖性血管扩张剂作 用明显减弱。

4. 血流因素 Ziegler等认为血流因素在雷诺现象中起重要的作用，对38例病人和137例对照进 行了研究，发现在肢端皮肤受到冷刺激再暴露于热温度后，患病组手指的温度较对照组低，并且在不 同切率下的全血血流黏滞度最高。因此，冷刺激引起的血管痉挛与血流因素有一定的关系。

**5.** **心理社会因素** 精神创伤、心理冲突、情绪应激、 一般的突发生活事件可以直接诱发本病，原 有偏头痛、变异性心绞痛和周围血管狭窄性疾病病人更容易出现交感神经功能增强而发作此病。有 些病人性格特征属于神经质类型，情绪易于激动，对疾病常有忧虑或恐惧心理；而精神紧张又是诱发 此病发作的内在因素。

**(二)临床表现**

疾病开始偶尔在冬季出现轻度、短时间的发作。若干年后，病情严重性和持续时间均有增加。病 人遇寒冷发作，致使惧怕过冬，每到寒冷季节焦虑紧张，常呈焦虑状态，甚至抑郁悲观。

典型发作可分：缺血期，指(趾)远端皮肤出现发作性苍白、僵冷，伴出汗、麻木或疼痛；缺氧期，受 累部位继续缺血，毛细血管扩张淤血，皮肤发绀而呈紫色，皮温低、疼痛；充血期， 一般在保暖以后，也 可自动发生，血管痉挛解除，动脉充血，皮肤潮红，皮温回升，可有刺痛。 一般发作过程持续10多分 钟，约1/3病例持续1小时以上，有时须将患肢浸于温水中方可缓解。发作往往从某一手指开始，逐



第七章 心 身 疾 病 **127**

渐在其余手指出现类似症状。多数病例只有手指发病，苍白到掌指关节水平明显消失。手指和足趾 同时累及也不少见。耳廓、面颊、额及鼻尖的Raynaud现象较少见。在系统性硬化病常伴有多系统的 雷诺现象，累及肺、肾、心脏的终末动脉。

非典型发作可仅出现苍白、发绀，无明显充血期；有些病人出现苍白后转潮红，或苍白、青紫、潮红 并存。有的病人可能只有一、两个手指非对称性受累，或只是手指的某些部分累及。发作间期没有症 状，体格检查可能完全正常。有的病人可主诉长期手脚发冷，可见手指发凉和苍白。发作期除肤色改 变外，脉搏搏动正常、间或发现手、足发凉多汗。

多次反复发作者受累部位可发生营养障碍，表现为皮肤干燥、指端皮下组织萎缩、指腹逐渐消失， 指甲生长缓慢、开裂、变形，有的因慢性缺血而出现手背组织纤维化。

**(三)诊断**

原发性雷诺现象一般采用以下诊断标准：由寒冷或情感刺激引起的血管痉挛性发作；累及双侧肢 体的对称性发作；缺乏组织坏死或坏疽的证据；病史和体格检查无继发性疾病；指甲毛细血管正常；红 细胞沉降率正常；血清学检查阴性，尤其是抗核抗体阴性。

继发性雷诺现象的诊断：第一次发作年龄大于30岁，发作时疼痛明显，常表现为非对称性肢体发 作，伴有皮肤缺血性损伤，并且自身抗体阳性，常为结缔组织疾病所引起的继发性雷诺现象。

常继发性雷诺现象的疾病有：结缔组织病，系统性硬化病、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、 皮肌炎、多发性肌炎等；阻塞性动脉疾病，四肢动脉粥样硬化、血栓性脉管炎、急性动脉阻塞等； 原发性肺动脉高压；神经系统疾病，脊髓空洞症、椎间盘疾病、脊髓肿瘤、脊髓灰质炎、脑卒中、腕 管综合征等；血液异常，血中冷凝素增加、冷球蛋白血症、冷纤维蛋白原血症、骨髓增生性疾病、 巨球蛋白血症等；损伤，震荡伤、锤击手综合征、电休克、冻伤等；药物，麦角衍化物，β受体阻滞 药、铅、铊、砷中毒，避孕药等。上述不同疾病雷诺现象的发生率差别很大。如系统性硬化病发 生率达80%～90%,有时以此症为首发症状，甚至为多年内的唯一症状。系统性红斑狼疮发生 率约20%。动脉粥样硬化病人较少并发此症，但50岁以上男性有雷诺现象病人中，动脉粥样硬 化则为主要原因。

( 四 ) 治 疗

1. 一般治疗很少或仅有轻度发作者只需常规避免冷刺激和情感刺激， 一般无须药物治疗。反 复发作或症状较重者，药物治疗仍然是主要的治疗手段。

常用药物：①钙通道阻滞剂，硝苯地平可以缓解雷诺现象的发作；②血管紧张素转换酶抑制剂及 血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂，依拉普利是一种血管紧张素转换酶抑制剂，它能减少雷诺现象的发作频 率，尤其是原发性雷诺现象的发作频率；③磷酸二酯酶抑制剂，西地那非是一种选择性的磷酸二酯酶 抑制剂，它通过cGMP 途径引起血管的扩张，每天两次50mg 的西地那非治疗不仅可以减少雷诺现象 的发作频率，而且可以增加毛细血管的血流速度；④抗氧化剂，每日500mg 的普罗布考能有效的控制 雷诺现象的发作。

2. 精神药物治疗 选择性5-HT 再摄取抑制剂氟西汀是一种有效的治疗药物。

3. 心理治疗 ①生物反馈，生物反馈治疗对雷诺病的疗效显著，尤以皮温反馈的效果为佳。皮 温生物反馈指尖温度与肢体血液循环有密切关系，可反映血流动力学改变。②自律训练法，系一种自 我催眠法，由德国医师舒欠茨1932年首创，通过自我主观诱导的方法进入催眠状态取得全身肌肉放 松、心神安宁效果，以利于病人主动调整和恢复心理平衡。

**四、糖尿病**

**(一)心理社会因素**

1. 应激性生活事件 流行病学和回顾性研究均发现糖尿病的发生与应激性生活事件有一定关 系。 一些应激性生活事件如夫妻关系不和、家庭成员患病等可降低胰岛素分泌、升高血糖、诱发或加 重糖尿病。 Stein等(1985)对38名青少年糖尿病病人与38名患其他慢性疾病的病人进行对照研究，

128



第七章 心 身 疾 病

结果发现糖尿病组双亲去世和严重的家庭破裂等生活事件者远较对照组多，且77%发生在糖尿病发 病前。 Goetsch等(1990)在自然生活环境中对6例2型糖尿病病人给予人为的应激事件(心算),结果 显示在心算期间，病人的血糖水平显著增高，而且应激强度越大，血糖升高越明显，说明应激事件能引 起糖尿病病人的血糖变化。大量的临床研究资料表明，生活事件与糖尿病病人的代谢也密切相关， 一 些糖尿病病人在饮食和治疗药物不变的情况下，由于生活事件的突然袭击，病情在一夜之间迅速加 剧，甚至出现严重的并发症。

2. 负性情绪和精神障碍 抑郁可能增加血糖控制的困难和糖尿病并发症。 一些研究发现抑郁 与糖化血红蛋白存在相关，而抑郁的严重程度与HPT 轴的调节差相关。抑郁障碍时病人对血糖控制 的依从性下降，包括不及时、按量用药，饮食控制困难、运动减少、社会功能受损、医患沟通不良等。而 在抑郁控制良好的基础上，糖尿病的控制常常变得相对容易。

精神分裂症病人2型糖尿病患病率高于一般人群，这可能与抗精神病药导致的肥胖、不健康的饮 食习惯和较差的卫生保健相关。非典型抗精神病药的广泛使用增加了这种倾向，因此在治疗精神分 裂症病人过程中监测血糖、体重、血脂等已经成为必需。

3. 个性特征 历史上，糖尿病曾被Dunbar(1936)看作是一种经典的心身疾病，她认为大多数糖 尿病病人性格不成熟、具有被动依赖性、做事优柔寡断、缺乏自信，常有不安全感，有受虐狂的某些特 征。这些人格特点被称作“糖尿病病人人格”。但目前缺乏前瞻性研究来证实糖尿病病人是否有特 征性的人格。

**(二)糖尿病病人的心理反应**

1型糖尿病病人多为青少年，他们往往难以适应糖尿病所带来的变化，其病情更易波动。对饮食 和药物治疗的严格要求对于正在成长中的孩子来说是个沉重的负担。糖尿病影响了他们与同龄人之 间的交往，妨碍了他们完成这一年龄阶段的心理发展过程。因此，在青少年期发病的病人中常可见到 激动、愤怒、抑郁与失望的情绪反应，也可见到孤僻和不成熟的性格特点。 Lioyd等对80例16～25岁 1型糖尿病病人的对照研究表明，糖尿病病人明显孤独、少有亲密的社会关系，并且很少对其社会关 系发表意见，表现出对亲密关系的恐惧。因此，如何帮助青少年适应糖尿病所带来的变化、顺利完成 心理发展过程是需要关注的问题。

成年期发病的病人多为2型糖尿病，其患病后心理反应的性质、强度和持久性取决于许多因素， 包括病情的严重程度、既往的健康状况、生活经历、社会支持、对疾病的认识和对预后的评估以及应对 能力和性格等。需要特别指出的是，糖尿病病人的病情易于波动，病人的应对努力和预防病情波动的 措施不一定总是导致病情稳定或好转，病人就会感到烦躁、做事无耐心、情绪不稳、失望、无所适从、悲 哀、忧愁、苦闷，对生活和未来失去信心，对付外界挑战和适应生活的能力下降，甚至导致自杀行为，自 杀意念的发生与抑郁严重程度和治疗依从性差相关。不良的情绪对糖尿病的代谢控制和病情转归又 会产生消极的影响。

糖尿病对中枢神经系统的影响近年受到关注，由于高血糖对血管内皮的损伤，导致血-脑脊液屏 障功能下降和中枢神经系统的缺血缺氧，全面影响人心理活动，包括认知功能、情绪、性格、运动能力 等，并影响病人的社会功能，这些功能的受损又会影响病人的血糖控制，如糖尿病病人抑郁发生率> 25%,并发现抑郁和高血糖显著相关。

糖尿病还可引起性功能障碍，主要表现在性欲下降、性兴奋降低、勃起能力下降及性交次数减少， 性满意度下降，进而影响人际关系。这与血糖控制不良、躯体并发症、神经系统受损和抑郁情绪有关。

总之，糖尿病是一慢性复杂疾病，帮助青少年糖尿病病人适应糖尿病所带来的变化，顺利完成心 理发展过程非常重要。对所有糖尿病病人在帮助改变生活方式时要更多关注他们患病后的情绪反应 和生活质量。

**(三)糖尿病病人的心理社会干预**

心理干预的主要目的是改善病人的情绪反应和提高他们对糖尿病医疗计划的依从性。

**1.** **糖尿病病人及其家庭的健康教育** 要让病人和家属了解糖尿病的基本知识、学会注射胰岛素



第七章 心 身 疾 病

129

和尿糖测定技术，帮助病人科学地安排生活、饮食和体力活动，避免肥胖和感染的发生。

2. 改变生活方式饮食控制是糖尿病的基础治疗措施。为了提高病人对复杂的治疗计划的遵 从程度，可以采用一些行为治疗方法。例如，与病人订立一个“行为协议”。在行为协议中，为医师和 病人规定一系列责任和相互期待的行为；医师和病人相互配合，共同为控制疾病负责。医师的责任是 根据病人的病情为病人安排治疗(包括食谱),而病人的责任是执行医师的嘱咐，严格按食谱进食、按 处方用药。这种协议可以采取口头和书面两种形式，都可提高病人的遵从性。协议要根据病人情况 不断地修正和检查，协议中也可规定必要的奖罚措施。此外，让病人每天记治疗日记、对行为作自我 检测，也可提高病人的遵医行为。日记中应包括每天的饮食、活动、用药和尿糖等详细情况。医务人 员不定期地检查和复核。

3. 心理治疗和精神药物治疗 一些随机对照研究证实认知行为治疗、松弛训练和应对技能训练 对糖尿病病人的血糖控制有效，但结果并不一致。主要采用支持性和解释性心理治疗，让病人正确认 识糖尿病，调整对“挫折”的看法，消除抑郁情绪，并进行自我情绪控制训练，学会应对生活事件。

此外，适当的抗抑郁药物治疗对糖尿病病人伴发抑郁是有效的，并可能促进血糖的控制。

五、哮喘

(一)心理社会因素

1. 亲子关系 支气管哮喘(bronchial asthma)是一种变态反应性疾病，通常起病于幼儿或儿童早 期，进入青少年后逐渐缓解；成年后的哮喘常常合并慢性阻塞性肺病。心理因素可以诱发和加重哮喘 发作。以往认为哮喘是一种典型的心身疾病，1940年，Alexander F将哮喘病人的哮鸣音和气道分泌 物解释为“对母亲压抑的哭声”,认为特定的人格特征和特殊的潜意识冲突是导致哮喘的主要原因。 虽然部分支气管哮喘病人表现出依赖、强烈需求别人照顾和关心的特点，但一直未发现有特异性人格 类型特征。精神分析学家发现约1/3哮喘病人具有强烈地乞求母亲或替代者保护的潜意识愿望，这 种愿望使病人对母子分离特别敏感，病人的母亲常表现出过分牵挂的、审美的、统治的、助人的人格特 征，因此认为病人的乞求保护的愿望是由母亲人格特点所引起， 一旦病人的需求得不到及时满足时， 就有可能出现哮喘发作。但这一观点未被研究证实。

长期反复发作的哮喘会引起病人的焦虑、抑郁、沮丧，加之过分注意自己疾病的行为模式，家长如 果过分关注，给患儿过多的照顾，不知不觉地运用了操作性条件反射的方法，促使哮喘症状延续下去， 发作更加频繁。

2. 应激性生活事件 目前认为哮喘的发生与免疫、感染、内分泌、自主神经、生物化学和心理因 素有关，单独的心理因素虽不能引起发病，但是重要的促发因素，约5%～20%的哮喘发作由心理因 素促发，常见的有母子关系冲突、亲人死亡、弟妹出生、家庭不和、意外事件、心爱的玩具被破坏、进入 幼儿园导致突然的环境改变引起不愉快的情绪等；美国纽约遭遇“9 · 11”恐怖袭击后，哮喘病人的症 状严重程度增加27%。

3. 负性情绪 合并焦虑或惊恐障碍可能恶化哮喘，有30%哮喘病人符合惊恐障碍和广场恐惧的 诊断标准，高于普通人群，但常被内科医师认为是严重的哮喘发作而忽视，对呼吸困难的恐惧可能直 接诱发哮喘，并导致住院率和哮喘相关的死亡率增加；哮喘病人若伴有强烈恐惧、情感不稳定、对拒绝 过分反应、对待困境缺乏耐心等人格特征时可能过度使用糖皮质激素和支气管扩张剂，或过长时间的 住院，而糖皮质激素、β₂受体激动药、氨茶碱等可能加重焦虑。

慢性哮喘病人常伴有羞耻、低自尊和抑郁，这些是病程加重的危险因素，抑郁伴随的睡眠障碍可 能降低病人识别气道阻力增加的能力，而副交感神经的优势可能增加病人的气道反应性和阻力。

**(二)哮喘病人的行为特征**

哮喘病人对呼吸困难本身和对死亡的恐惧，表现出过分紧张、忧虑、敏感，常有濒死感，并出现心 悸、多汗、震颤等交感神经兴奋的表现。而反复发作的哮喘，病人受到病痛的折磨，逐渐对疾病丧失信 心，产生抑郁悲观情绪，社会功能下降，甚至出现自杀观念。有些病人长期患病，容易产生对激素、对

130



第七章心身疾病

他人的依赖心理，使哮喘更不容易控制。

**(三)心理干预**

对哮喘儿童应给予有条件的积极关注，创造一个和谐的家庭关系，避免对儿童的过度保护，鼓励 患儿参加外部活动，帮助患儿成长。促进病人行为方式的改变，如加强锻炼非常重要。应注意长期使 用氨茶碱或糖皮质激素等对病人带来的不良反应，包括体重增加、情绪不稳定等，这些需在多学科合 作下解决。对有焦虑的病人，使用苯二氮草类药物治疗有效可鉴别焦虑还是哮喘加重；伴有抑郁和焦 虑的病人可使用SSRIs治疗，治疗过程中要避免药物的不良事件。

**六、消化性溃疡和功能性胃肠病**

**(一)消化性溃疡**

BeaumontW 最早观察到情绪影响到人胃的外观和功能，PavlovI用狗建立的条件刺激和条件反应 使人们理解了胃肠道和脑的联系，Engel G通过一个胃瘘女病人发现成长因素、人际关系和情绪状态 均影响胃肠功能。消化性溃疡和溃疡性结肠炎是最早被归为心身疾病的，早期的理论认为消化性溃 疡的病因是胃酸分泌过多，重大生活事件、长期慢性应激、不良的情绪和人格与消化性溃疡有关。现 代研究证实95%～99%的十二指肠溃疡和70%～90%的胃溃疡与幽门螺杆菌感染有关；但大量研究 也证实经历灾难、职业和家庭问题增加消化性溃疡的发病率；目前认为应激可能导致免疫力降低，增 加了个体对幽门螺杆菌的易感性。

焦虑、抑郁等情绪障碍是否是消化性溃疡的病因仍然缺乏直接证据，情绪障碍可能通过危害健康 的不良行为如吸烟、酗酒、缺乏饮食规律等影响消化性溃疡的形成和病程。尽管如此，抗菌治疗和生 活行为改变已经治愈了大部分消化性溃疡。

**(二)功能性胃肠病**

目前与消化系统相关的心身疾病研究聚焦于神经内分泌、神经递质是如何在脑与胃肠道间交互 作用的，更加关注功能性胃肠病。功能性胃肠病是一组胃肠道功能紊乱综合征，具有腹痛、腹胀、腹泻 等消化系统症状，常常伴有头痛、头昏、失眠、焦虑、抑郁等神经精神症状，常常反复发作并慢性化，临 床上无法找到可解释症状的阳性发现，涉及的部位包括咽、食管、胃、胆道、0ddi 括约肌、小肠、大肠和 肛门等。2006年Gastroenterology发表了新的功能性胃肠病罗马Ⅲ型诊断标准，对28个成人功能性胃 肠病分6大类：食管(A 类);胃十二指肠(B 类);肠道(C 类);功能性腹痛综合征(D 类);胆道(E 类 ) 和肛门直肠(F 类),将诊断标准减少至诊断前症状出现至少6个月，近3个月症状符合诊断标准，淡 化了疾病功能性和器质性的界限，更阐明胃肠功能动力与内脏感知、中枢神经系统与脑-肠轴关系皆 受大脑皮层调控。

报告有功能性胃肠病症状的比例较高，Drossman在美国社区中调查发现69%的人群有20个功能 性胃肠功能病相关症状中的某些症状，其中功能性胃灼热感、功能性腹胀气和吞气症超过了20%。 女性更多倾向报告“癔症球”、功能性吞咽困难、激惹结肠综合征、功能性便秘、功能性腹痛、排便困难 等，男性则较多报告吞气症和功能性腹胀。

功能性胃肠病与精神障碍有较高的共病率，大量研究证实了应激、焦虑可影响胃肠功能。如急性 应激导致食管上段静息态肌张力增加和下段肌收缩的幅度，而产生“癔症球”或食管痉挛综合征；还 可降低胃窦的活动，导致功能性的恶心和呕吐；也可导致小肠运动减弱而大肠运动增加，这与结肠激 惹综合征的形成有关。焦虑症病人出现“癔症球”、吞咽困难、胸痛、胃管反流等症状均与食管平滑肌 收缩异常有关，提示焦虑导致了食管的生理改变而出现症状，而功能性食管动力障碍中84%的病人 至少符合一种精神病学的诊断，包括抑郁症、焦虑障碍、躯体化障碍和恐惧症。

肠激惹综合征常与精神疾病共病。流行病学研究发现社区中有腹痛、腹泻、胃肠胀气、便秘、恶心 和呕吐等消化道症状的病人共病抑郁障碍、惊恐障碍、广场恐惧的比例高出正常人群，而且消化道症 状的数量多，则上述精神障碍的比例高；研究发现腹泻型肠激惹综合征病人存在肾上腺素能异常，而 便秘型则存在胆碱能功能的异常。



第七章 心 身 疾 病 **131**

大多数功能性胃肠功能病病程持续数年，但大多数预后良好；对病人的积极关注和发展建设性的 人际关系有助于改善预后。

使用精神药物治疗功能性胃肠病应注意药物对胃肠功能的双重影响，如TCA (三环类抗抑郁药) 可以减少胃肠蠕动，减轻腹泻，但可能导致便秘。因此，基础治疗是改善饮食的种类和结构，辅以对症 治疗，精神药物常常适用于病情较重的病人，可选择TCA 或SSRI等抗抑郁药进行治疗，但剂量常常小 于抗抑郁治疗。

**七、经前期情绪障碍**

经前期情绪障碍(premenstrual mood disorder,PMDD)较常见，发病率为5%～10%,其特征是在妇 女月经周期的黄体期后期，至少有一种心境障碍症状的严重发作，且在卵泡期早期开始缓解，月经后 一周消失。其主要症状有显著的抑郁、无望和自责，显著的焦虑、紧张，显著的情绪不稳定，显著的烦 恼、易激惹和人际冲突增加等，次要症状为兴趣下降、注意力集中困难、精力缺乏、食欲和睡眠改变、躯 体不适等，这些症状明显影响到病人的生活、工作和人际关系。有80%的女性在月经期报告有轻度 经前期症状，20%～50%报告有轻中度经前期症状，这些可被称为经前期综合征，有5%的女性符合 DSM-IV-TR 的诊断标准。在上述5%～8%病人中，其社会功能受到影响。这样，在每一个月经周期， 有1/4的育龄期妇女受到上述综合征的影响，常常影响婚姻关系和社会角色，降低了工作效率，导致 直接和间接的高疾病负担。

( 一 )病因

病因尚不十分明确， 一般认为与以下因素有关

1. 精神因素 常见于平日情绪紧张、急躁、感觉过敏、容易兴奋的妇女，且在工作与生活遇到困 扰，精神不愉快时加重。研究显示，妇女经前期发生各种严重的行为或事件(如犯罪行为、自杀企图及 精神病发作等)较多，提示经前期情绪的变化与不适可加剧心理障碍。有人从意识与潜意识冲突作解 释，企图证实人格因素的作用，未获成功。在社会因素方面，他人教育(母亲、姐姐)可以影响对症状 的知觉与对月经的态度。在心理方面，缺乏月经生理卫生知识，认为月经是脏东西、行经“倒霉”、有 一系列痛苦麻烦，而产生紧张恐惧等不良情绪体验，以及女性少年时的不幸、负性生活事件的刺激等 可使雌激素分泌异常而发病。近年来还发现经前期综合征发病的心理学还与α-MSH (促黑激素)及 β-内啡肽的异常释放或对其过敏有关。

2. 催乳素的作用 近年发现催乳素在本症发病因素上起着重要的作用。丘脑下部神经元分泌 的多巴胺可直接通过垂体门脉血管的循环，抑制垂体分泌催乳素。也可间接地促进丘脑下部另一些 神经元分泌催乳素抑制因素，有抑制垂体前叶分泌催乳素的作用。当精神受到刺激或紧张时丘脑下 部产生的多巴胺下降，减少对垂体分泌催乳素的抑制，而催乳素增多则引起妇女乳房胀痛的症状。催 乳素升高可影响促性腺激素合成与分泌，如有黄体分泌减少，则会引起经前期综合征。因此血中催乳 素过多是产生经前期综合征的原因之一。

3. 雌孕激素比例失调 临床上常发现经前期综合征的病人常伴有月经期缩短、无排卵月经以及 黄体功能障碍等月经失调现象，由于孕激素不足，使得雌孕激素比值升高，体内雌激素相对过高的情 况下，肾素分泌增加可促使血管紧张素增加，从而导致肾上腺皮质分泌较多的醛固酮，使水钠潴留而 水肿、头痛等，由于雌激素是在肝脏中代谢，因此临床上常见到肝病病人常有经前期综合征。

(二)诊断

生育年龄妇女在月经前，相当于黄体期时出现周期性的以上各症状，即可诊断为本症。但需注意 与躯体性疾病鉴别，例如乳房胀感者、应注意检查除外乳房肿瘤，有水肿现象者，应除外心肾疾病，而 食欲差或疲劳无力等，应检查肝功、除外肝脏疾患。

1. 诊断标准美国妇产科学会推荐使用下述两个机构提供的诊断标准：①美国精神卫生协会标 准：下一月经期的前6天与月经周期的5~10天相比较，症状严重程度增加30%,这些表现通过月经 前期症状日记测定并已连续出现两个周期。②加利福尼亚大学圣地亚哥分校标准：在月经来潮前5

132



第七章 心 身 疾 病

天，下述情感或身体上的症状至少出现1项，且连续出现3个周期。情感症状：意志消沉，突然愤怒、 烦躁，精神焦虑，思维混乱，厌恶社交活动；身体症状：乳房触痛，腹痛，头痛，手脚肿胀。在月经周期第 4～13天，上述症状减退或好转。

在诊断PMDD 时，常常需要前瞻性记录2个月经期的症状；对症状的回顾常常导致时间和症状严 重程度的不准确。由于PMDD 的主要症状是焦虑和抑郁，因此病人的诊断达到焦虑和抑郁的诊断标 准时不诊断PMDD, 但病人的症状在经前期会加重。

2. 鉴别诊断 要考虑子宫内膜异位症、多囊卵巢综合征、甲状腺和肾上腺功能障碍、高泌乳素血 症、垂体功能减退等。另外， 一些疾病如偏头痛、哮喘、癫痫、肠激惹综合征、糖尿病、变态免疫性疾病 等症状可能在月经期加重。

(三)治疗

1. 一般治疗 对于经前水肿症状比较明显者，可给些利尿剂，如螺内酯片20mg,一 日四次，兼有 利尿和抗醛固酮作用。亦可用氢氯噻嗪25mg,每日1～3次，服此药必须注意掌握，如服药超过三天 或服药后尿量过多，则需注意及时减量或停药，并加服氯化钾，以免尿钾排出过多而引起低钾血症。

2. 内分泌治疗 应以孕激素为主，可于经前14天每日口服炔诺酮2.5mg 或甲地孕酮(妇宁片) 5mg 连续10天。或于月经周期第21天开始，每日肌注黄体酮10mg,连续6天。用长效促性腺激素释 放激素激动剂治疗有效；近来抑制排卵药物(口服避孕药)YAZ (炔雌醇20 μg 和屈螺酮3mg 合剂)获 得FDA 批准治疗PMDD, 这可能增加一线治疗的选择，其相关的临床试验在中国进行中。

3. 精神药物治疗 ①经前焦虑性情感异常，必要时可于黄体期服丁螺环酮，也可服用苯二氮草 类药物，如阿普唑仑抗焦虑。②经前加剧的抑郁情绪，可在整个周期服用SSRIs 抗抑郁剂，必要时剂 量可加倍。失眠突出者可用唑吡坦、阿普唑仑。③躁狂与抑郁情绪交替出现者，可给予服用心境稳定 剂如碳酸锂或丙戊酸盐，于月经前6～14天服用。症状持续时间较长者，可从月经前14天起服，直至 行经第二天止。

4. 心理治疗 ①生物反馈疗法：生物反馈支持的放松训练治疗经前期综合征的作用机制是使病 人学会放松反应技术，能很好地应对应激源，从而有效减少或控制情绪症状；②认知疗法：通过认知疗 法改变病人对“月经”的各种错误认识(如：认为月经造成“神经衰弱”),增强社会适应能力；③转移控 制法是一种经验治疗，要求病人发挥自己解决问题的能力，根据自己周期性情绪变化的特点，在情绪 不好之前，积极活动，尽量找一些自己有兴趣爱好的事来做，从而减轻症状；④支持性心理治疗，作为 亲属与同事，应给予心理上的支持，对病人了解与同情，减少不必要的负性刺激。

**八** **、神经性皮炎**

神经性皮炎(neurodermitis)又称慢性单纯性苔藓，是以阵发性皮肤瘙痒和皮肤苔藓化为特征的慢 性皮肤病。系比较典型的皮肤科心身疾病，也是Alexander、French 等(1968)最早提出的心身疾病之 一。本病多发生于20～40岁的青壮年，老年及儿童少见。皮肤是人体最大的器官组织，神经末梢丰 富、构造复杂；又是机体内与外界沟通的组织和防御外界各种刺激的屏障这使得皮肤在个体适应外界 环境特别是在各种应激状态下常处于复杂又微妙的状态，导致了皮肤病的好发、多发和易复发而难以 治愈。该病是多种不良刺激的综合结果，其中精神刺激、情绪因素是重要的原因。

**(** **一** **)发病因素**

神经性皮炎的病因还未完全明了，可能与神经系统功能障碍、大脑皮质兴奋和抑制平衡失调有关。

1. 精神躯体因素 主要诱因(包括性情急躁、思虑过多、精神紧张、情绪忧郁、疲劳过度、睡眠不 佳、生活环境突然变化等),饮食、胃肠道功能障碍、内分泌失调以及其他感染性病灶的致敏，局部刺激 也可成为致病诱因，而搔抓是诱发本病导致苔癣样变的重要条件，造成越抓越痒，越痒越抓，越抓越厚 的恶性循环。

**2.** **人格因素** 该类病人在人格特征上常存在期望值过高或谨小慎微的特点。研究观察发现，大 多数病人在发病前有情感的障碍。常因情绪极度压抑而在下意识中暴发愤怒，或过度紧张，以搔破皮



第七章心身疾病

**133**

肤代替肌肉运动以便释放自己的恶劣情绪。在性格上常急躁易怒、焦虑敏感、抑郁多疑、刻板固执、过 分关注自身健康和他人对自己的评价，对周围环境以及自己状况的变化反应敏感，甚至过度反应，此 时易发生神经性皮炎。

**(二)临床表现**

1. 局限性神经性皮炎也称为慢性单纯苔癣。初感局部阵发搔痒，由于搔抓或摩擦，皮肤出现 成群粟粒至米粒大小、淡褐色或淡红圆形或多角形扁平丘疹。皮疹质多坚实而带光泽，表面覆盖秕糠 状菲薄鳞屑。以后丘疹逐渐融合、扩大，呈暗褐色，皮嵴增高，皮纹加深，相互交错成菱形或多角形，干 燥、粗糙、肥厚，形成苔癣样变，直径可达2~6cm 或更大。皮疹中央的损害较大且明显，边缘较小，境 界清楚。皮疹多发于颈部、四肢伸侧、腰骶部、胭窝、外阴。

**2.** **扩散性神经性皮炎** 皮损与局限性神经性皮炎相同，但分布广泛而弥散，既有疏散性肤色、褐 色或淡红色扁平丘疹，亦有大小不一的苔癣样斑片，好发于头部、四肢、肩、背、腰部等处。有的皮损可 沿抓痕呈条状排列。阵发性瘙痒，夜间尤甚，病人常因此失眠而情绪烦躁。

**(三)诊断**

根据以上皮炎的临床表现，相对较易诊断。常从以下几个方面考虑：①本病中青年多见，先有剧 烈瘙痒，后有皮损；②皮疹为扁平多角形丘疹，苔藓样变，无渗出；③皮疹多发于颈部、四肢伸侧、腰骶 部、胭窝、外阴；④病程慢性，常反复发作。

**(四)治疗**

本病的治疗，需心身兼顾。要稳定病人的情绪，同时，避免疾患处衣物摩擦等外界刺激，尽量避免 搔抓。

1. 药物治疗 内用药主要为抗组胺制剂或溴化剂等，于晚饭后和睡前各服一次。外用药夏季一 般使用液剂(如2%薄荷酯度方铝涂剂、地塞米松、丙二醇等),冬季使用霜剂(如2%樟脑霜、各种皮质 激素霜剂等)。部分增厚明显、经其他治疗无效者，可采用曲安西龙(去炎松)皮损内注射疗法。有继 发感染时，应先用抗菌药物控制感染，待感染症状控制后再用上述处理。

2. 心理治疗 心理因素在神经性皮炎致病和病情变化及预后中有重要作用，所以必要时采用心 理治疗。

3. 抗精神病药治疗 焦虑症状突出者可服丁螺环酮或阿普唑仑抗焦虑，抑郁情绪为主者可服用 SSRIs抗抑郁剂。

九、肿瘤及其心理问题

(一)病因及发病机制

迄今为止，绝大部分肿瘤的发病原因及机制尚不清楚。

1. 综合因素 综合因素包括个体的生物、心理、社会等因素共同作用的因素。迄今为止，各种肿 瘤的发病原因尚不明确，长期以来，人们对人格、抑郁、应激和应激性生活事件与不同的恶性肿瘤的发 生进行了研究，如常见的癌症型人格，由Temoshok(1977)首先提出，“C”取癌(cancer)的第一个字母， 所以 C 型行为模式即癌症行为模式。但目前缺乏明确的证据证明这些因素与肿瘤的发生有直接关 系，或是研究方法受到质疑，如样本量、心理的测量方法、随访时间、数据的标化等。 一项对2018名中 年男性追踪20年的研究表明人格与肿瘤的发生没有联系； 一项哥本哈根的研究发现感知应激水平高 的妇女，与雌激素相关的癌症如乳腺癌、子宫内膜癌、卵巢癌的患病率有下降的趋势。某些人格特质 与一些行为和生活方式相关，这些不健康的行为可能增加了患肿瘤的危险性，但由心理学变量改变免 疫和内分泌的假说还未得到证实。

2. 作用机制 慢性应激可通过影响神经内分泌如HPA 轴和交感肾上腺髓质而影响人类复杂性 疾病包括恶性肿瘤的患病率，Bartron发现遭受抛弃而情绪极度压抑的人的血液中T 淋巴细胞(肿瘤 免疫的主要细胞之一)明显减少。动物实验也表明小鼠在紧张环境下糖皮质激素水平增高，T 淋巴细 胞减少，胸腺退化，脾脏萎缩，皮下接种肿瘤的成功率及肿瘤生长的速度增加，后来的诸多研究验证了

134



第七章心身疾病

这些结果，证实了心理社会因素应激与免疫功能之间的相互关系。免疫组化等方法证明细胞上存在 各种受体，这些受体是神经内分泌调节的物质基础，焦虑、抑郁和愤怒的情绪可使交感神经兴奋，促使 肾上腺髓质释放肾上腺素和去甲肾上腺素。激素作用于免疫细胞上的受体，使淋巴细胞、免疫杀伤细 胞、吞噬细胞数量减少，功能减低，产生的抗原、抗体减少。

(二)心理方面的临床表现

肿瘤病人临床表现可以分为躯体方面及心理方面的表现，关于躯体方面的表现详见内科学相关 章节，此处简要介绍肿瘤病人心理方面的表现。诊断为肿瘤，尤其是恶性肿瘤如各种癌症，对病人而 言是强大的心理应激事件，会对个体的心理、生理和行为产生巨大的影响，从而引发机体功能的进一 步紊乱。可出现以下心理表现：

1. 认知反应 指强烈的心理应激破坏了个体的认知功能，导致感知觉过敏或歪曲、思维或语言 迟钝或混乱、自知力下降、自我评价降低等现象。

2. 不良情绪反应 表现为焦虑、恐惧、愤怒和抑郁等多种不良情绪。其中，最常见的情绪反应是 焦虑。在获得诊断的初期阶段，病人会极度焦虑，过度的焦虑又可破坏认知能力，使人难以做出符合 理性的判断和决定。

3. 行为反应 个体的行为主要表现为“战”或“逃”两种类型。“战”则表现为接近应激源，分析 现实，研究问题，寻找解决问题的途径。“逃”则是远离应激源的防御行为。此外，还有一种既不“战” 也不“逃”的行为，称为退缩性反应，表现为顺从、依附和讨好。

4. 自我防御反应 表现为病人运用各种自我防御机制以减轻应激所引起的紧张和内心痛苦，但 多数自我防御只能暂时减轻焦虑和痛苦。

(三)治疗

1. 针对病人的治疗 患恶性肿瘤后，病人可能会出现以下问题需要精神科医师、心理学家或职 业治疗师的共同治疗。①诊断恶性肿瘤后病人的应激反应；②抑郁、焦虑和精神病性症状；③人际关 系矛盾；④酒和药物滥用；⑤躯体症状如疼痛、乏力、日常功能障碍、淋巴水肿导致的痛苦；⑥特殊治疗 导致的痛苦。

2. 对病人家属的心理治疗 恶性肿瘤对于病人及其家属来说是一系列的应激性事件，他们要经 历生命的再生和生命的维持，应对治疗及相关的不良反应，处理情感的打击，调节生活来适应长久丧 失和改变。这些挑战的复杂和严峻性取决于恶性肿瘤的复杂性和严重程度、治疗、病人的社会支持系 统和其既往与肿瘤抗争的经历，并常常严重影响病人病情发展及其生存时间和质量。心理应激和肿 瘤导致的伤残常常需要心理治疗。

3. 心理肿瘤学模式 鉴于肿瘤对于病人及其家属来说是一系列的应激性事件，建立一种心理肿瘤 学照料模式是十分必要的。在这个模式中，肿瘤治疗医师和精神科医师、心理学家、职业治疗师等组成 治疗小组对病人进行协同治疗。治疗的原则包括：①所有肿瘤病人均有权得到综合的治疗，治疗目标包 括疾病、心理、社会支持、功能康复；②在治疗过程中应该切实贯彻病人、家属、照料者为中心的理念；③在 肿瘤治疗全过程中要贯彻病人心理社会的安宁获得优先考量；④在整个治疗过程中，病人的隐私需要得 到有效保护；⑤所有参加治疗的医师都应遵循心理肿瘤学模式的照料，并且为之作出努力，同时影响其 他的照料者；⑥病人在此阶段常常经历多种治疗，医师需要对这些治疗进行有效的整合；⑦鼓励在这个 领域工作的医师发展行之有效的与病人交流的技巧，并评价病人的心理社会状态；⑧在此领域工作的医 师需要进行如何进行心理社会支持的训练；⑨在心理社会照料中要将有循证证据的方法和策略提供给 病人及其家属；⑩肿瘤病人要有机会参与到提高肿瘤治疗和照料的服务中并为提高服务作出努力；①与 文化相关的治疗方法在肿瘤病人心理社会照料中应该纳入，但应包括临床监管、干预有效性的临床评 估，建立服务目标和服务操作标准； ⑫在精神科医师会诊的支持下，积极对病人相关的精神症状进行药

物治疗。

(杨世昌)



**第** **八** **章** **异** **常** **心** **理**

在新的医学模式倡导下，医学越来越关注人的心理是否正常或异常。随着医学科学的发展，人类 生理正常与异常之间的辨别，已逐渐清晰明确，比较容易做出判断，但心理的正常与异常却仍然难以 明辨。本章将主要介绍异常心理的概念、判别和常见心理障碍的表现等内容。

**第一节** **异常心理概述**

**一** **、异常心理的概念**

人类正常的心理活动具有三大功能：①能保障人作为生物体顺利地适应环境，健康地生存发展； ② 能保障人作为社会实体正常地进行人际交往，在家庭、社会团体、机构中正常地肩负责任，使社会组 织正常运行；③能使人正常地、正确地反映、认识客观世界的本质及其规律性，创造性地改造世界，创 造更适合人类生存的环境条件。

但是，人类的体内外环境存在着各种影响人心理状态的因素，在有害因素的影响下，人的心理活 动会出现不同程度的损伤，导致心理活动的完整性、心理与外界环境的统一性遭到破坏，出现心理活 动的偏离，进而丧失正常心理活动的三大功能，出现异常的心理活动。

那么，什么是异常心理?时至今日，给异常心理下一个明确的定义仍非常困难，由于研究的角度 不同，各家对异常心理的看法和定义也存在差异。

目前，对异常心理的一般性解释是：异常心理(abnormal psychology)是指个体的心理过程和心理 特征发生异常改变，大脑的结构或功能失调；或是指人对客观现实反映的紊乱和歪曲。其既反映为个 人自我概念和某些能力的异常，也反映为社会人际关系和个人生活上的适应障碍。

以上是对正常心理活动和异常心理活动这两个概念内涵的阐述。在临床实践或在实际生活中， 需要对人类心理活动的正常与异常作出区分和判断，以便进行相应的干预和治疗。

**二、正常心理与异常心理的区分和判别**

人类心理与行为的正常与异常是相对的，绝对的健康和正常很难找到，即便是有心理障碍的人， 他们的心理活动也并不全是异常的。而且，心理的异常与正常之间的差别也是相对的，两者之间在某 些情况下可能有本质的差别，但在更多的情况下又可能只是程度的不同。所以判断一个人心理是否 异常、以及心理异常的程度如何等问题，目前还没有完全统一和简洁的标准。

但在进行区分时， 一般的方式都是：把某人的心理状态和行为表现放到当时的客观环境、社会文 化背景中加以考虑，通过与社会认可的行为常模进行比较，以及与其本人一贯的心理状态和人格特征 加以比较，从而判断此人有无心理异常，以及心理异常的程度如何。

如果一个人能够按社会认为适宜的方式行动，其心理状态和行为模式能为常人所理解，即使他有 时出现轻度情绪焦虑或抑郁现象，也不能认为其心理已超出正常范围。也就是说，心理正常是一个常 态范围，在这个范围内允许有不同程度的差异存在。如常说的“烦恼”或“心理问题”,就是人们在生 活中经常遇到的、与个人发展有关的心理方面的困惑，如求职择业、社会适应、感情婚恋、人际纠纷、家 庭关系等问题，虽然个体会为这些问题苦恼，且对自己的生活、学习和工作造成一定的影响，但因其持 续的时间短、程度较轻、较易解决，并多数人未伴随躯体症状，无需药物治疗，故这种暂时的心境不佳

136

笔记

第八章 异 常 心 理

不属于疾病的范畴，不称之为心理异常。

由于不同的学者，从不同角度，按照不同的经验，在不同学科领域中，按照不同的标准去看待心理 的正常和异常，所以，各有自己不同的区分方式。这里介绍几种近年来我国较常用的对心理异常进行 区分的方法和判断标准：

1. 常识性的区分即非专业人员对正常与异常心理的区分，主要依据日常生活经验。尽管这种做 法不太科学，但也不失为一种方法。假如出现以下几种情况，可考虑为心理异常：①出现离奇怪异的言谈、 思想和行为时；②呈现过度的情绪体验和表现时；③自身社会功能不完整时；④影响他人的社会生活时。

2. 心理学的区分我国心理学家郭念锋教授根据心理学对心理活动的定义，提出了确定心理正 常与异常的三条原则：

(1)主观世界与客观世界的统一性原则：因为心理是客观现实的反映，所以任何正常心理活动或 行为，其形式和内容必须与客观环境保持一致。否则就是异常，如一个人说他看到或听到了什么，但 当时的客观世界中并不存在引起他这种知觉的刺激物，那么就可认为，这个人的精神活动不正常，产 生了幻觉。另，如果一个人的思维内容若脱离客观现实，或思维逻辑背离客观事物的规律性，则可认 为他出现了思维障碍。

(2)心理活动的内在协调性原则：人类的心理活动被心理学家们人为的分为认知、情绪情感、意 志行为等部分，但它自身是一个完整的统一体，各种心理过程之间具有协调一致的关系，这种协调一 致性，保证人在反映客观世界过程中的高度准确和有效。如一个人遇到一件令人愉快的事，就产生愉 快的情绪，手舞足蹈、欢快地向别人述说自己的内心体验。这是正常的心理与行为；如果这个人用低 沉的语调，向别人述说令人愉快的事；或者对痛苦的事，做出快乐的反应，则可说他的心理过程失去了 协调一致性，称为异常状态。

(3)人格的相对稳定性原则：每个人在长期的生活道路上形成的自己独特的人格心理特征，有相 对的稳定性，在没有重大外界变革的情况下， 一般不易改变。如果在没有明显外部原因的情况下， 一 个人的个性相对稳定性出现问题，也需怀疑这个人的心理活动出现了异常。如， 一个用钱很仔细的 人，突然挥金如土，或一个待人接物很热情的人，突然变得很冷淡，而在他的生活环境中，找不到足以 促使他发生改变的原因，那么可以说，他的精神活动可能偏离正常轨道。

3. 心理异常的判断标准 正常和异常心理是一个渐变的连续体，其区别往往是相对的，但是，他 们两者之间存在着相对的界限，通常按以下几条标准进行判断：

(1)内省经验标准：包括两方面， 一是指病人的主观体验，即病人自己觉得有焦虑、抑郁或没有明 显原因的不舒适感，或自己不能适当地控制自己的情绪或行为时，主动寻求他人的支持和帮助，或在 心理医师的帮助下能明了自己确实存在问题，其特点是有主观的“自知之明”。但是，在某些情况下 若没有这种不舒适感反而可能表示有心理异常，如亲人丧亡时，如果一点不悲伤或忧郁，也需考虑其 有心理异常。二是从观察者而言，即观察者根据自己的经验作出心理正常还是异常的主观判断，其标 准因人而异即不同的观察者有各自评定行为的常模。但由于接受过专业教育以及通过临床实践的经 验积累，观察者们多形成了大致相近的评判标准，故对大多数异常心理仍可取得一致的看法，但对少 数病人则可能有分歧，甚至截然相反。

(2)统计学标准：在普通人群中，对人们的心理特征进行测量的结果常常显示正态分布，居中的 大多数人属于心理正常，而远离中间的两端被视为异常。因此判断一个人的心理正常或异常，就以其 心理特征偏离平均值的程度来决定。心理异常是相对的，它是一个连续的变量，偏离平均值的程度越 大，则越不正常。当然正常与异常的界限是人为划定的，以心理测验结果的统计数据为基础。

但这种标准也存在缺陷，如智力超常或有非凡创造力的人在人群中是极少数，但很少被人认为是 病态。再者，有些心理特征和行为也不一定成常态分布，而且心理测量的内容同样受社会文化的制 约。所以，统计学标准也不是普遍适用的。

(3)生物学的标准：也称为症状、体征与实验室检查阳性的标准。主要是对大脑的生理功能和结

第八章 异 常 心 理 137

构进行检查，如发现了某一方面的阳性证据，同时发现有相应的心理异常表现，就用大脑生理和组织 的检查指标作为标准来判定心理异常的存在。适合于对躯体器质性疾病伴发的心理障碍的判断。

(4)社会适应标准： 一般情况下，心理正常的人能够调整自身的需要、动机、情感和愿望，以适应 社会准则、伦理道德、风俗习惯等社会要求，达到人与社会生活环境的协调一致。如果一个人由于器 质的或功能的缺陷或两者兼而有之使得个体能力受损，不能按照社会认可的方式行事，致使其行为后 果对本人或社会是不适应的时候，则认为此人有心理异常。这里的正常或异常主要是与社会常规模 式比较而言的。

可见，上述每一种标准都有其根据，对于判断心理正常或异常都有一定的使用价值，但不能单独用 来解决全部问题。因此，应互相补充，并通过大量的临床实践，对各种心理现象进行科学分析，还应考虑 其他的因素如年龄、地域、时代、社会习俗及文化的影响等，才能比较准确地判断是否有心理异常。

**三、异常心理的分类**

心理异常的表现多种多样，可以是严重的也可以是轻微的。根据世界卫生组织的估计，在同一时 期，有20%～30%的人有不同程度的心理行为异常表现。为了更好地认识人类的异常心理，也为了科 学研究的总结和临床经验的交流，都必须有用共同的语言把心理行为异常进行详细的归类，但其归类 工作非常复杂，至今，仍有许多不同的分类方法。目前，在医学临床诊断上使用的精神疾病分类方法 有三种：①世界卫生组织颁布的《国际疾病分类》中的精神与行为分类现已修订到第11版即ICD-11 但还有待正式颁布，这里介绍第10版即ICD-10;② 美国精神医学学会编写的《精神疾病诊断及统计手 册》,现已颁布第5版即DSM-5;③ 中华精神科学会制定的《中华精神疾病分类方案和统计手册》,其第 3版为CCMD-3。 表8-1为以上三个分类系统的病类简述。这几个分类方法，在精神病学的学科中有 详细的介绍。

**表8-1** **CCMD-3、ICD-10与DSM-V的精神疾病分类方法**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CCMD-3** | **ICD-10** | **DSM-5** |

0脑器质性精神障碍

1 精神活性物质或非成瘾性物质 所致精神障碍

2精神分裂症(分裂症)和其他精 神病性障碍

3 心境障碍(情感性精神障碍) 4癔症、应激相关障碍、神经症 5心理因素相关生理障碍

6人格障碍、习惯与冲动控制障

碍、性心理障碍

7精神发育迟滞与童年和少年期

心理发育障碍

8童年和少年期的多动障碍、品

行障碍、情绪障碍

9其他精神障碍和心理卫生情况

F00器质性，包括症状性精神障 神经发育障碍

碍 精神分裂症谱系和其他精神病性障 F10使用精神活性物质所致的精碍

神和行为障碍 双相及相关障碍

F20精神分裂症、分裂型障碍及 抑郁障碍

妄想性障碍 焦虑障碍

F30心境(情感)障碍 强迫及相关障碍

F40神经症性、应激相关的及躯 创伤及应激相关障碍

体形式障碍 分离障碍

F50伴有生理功能紊乱及躯体因 躯体症状及相关障碍

素的行为综合征 喂食及进食障碍

F60成人的人格与行为障碍 排泄障碍

F70精神发育迟滞 睡眠-觉醒障碍

F80心理发育障碍 性功能失调

F90通常发生于童年与少年期的 性别烦躁

行为与情绪障碍 破坏性、冲动控制及品行障碍

物质相关及成瘾障碍

神经认知障碍

人格障碍

性欲倒错障碍

其他精神障碍

药物所致运动障碍及其他不良反应 可能成为临床关注焦点的其他状况





138

笔记

第八章 异常心理

这里仅介绍国内医学心理学界多年来使用的分类方法。

国内医学心理学领域主要根据心理偏移常态的程度不同，将异常心理由轻到重大致分为以下几 大类。

1. 轻度心理障碍 是一类与心理社会因素密切相关的、程度较轻的心理障碍，如强迫症、焦虑障 碍等各种神经症，以及创伤后应激障碍等。说这类疾病“较轻”,是因为这些病人虽然有着程度不同 的心身不适感，但生活能力和社会功能基本完好，可以照常生活、工作，从表面上看似乎与正常人区别 不大。这部分病人往往需要采用心理和药物的联合治疗。

2. 严重心理障碍 是因各种因素，使人的精神活动功能严重受损而导致的一类精神疾病。如精 神分裂症、反应性精神病、情感性精神病等。这类疾病既可表现为自身精神活动诸方面的不协调，也 可表现为人与外部现实环境之间不能正常地接触和反应，因而无法进行正常的社会生活。这类病人 需要采用药物为主的联合治疗。

3. 心理生理障碍 是由于心理社会因素的作用而导致的躯体功能性障碍和躯体器质性病变的 一类疾病，这类疾病在疾病的发生、发展以及转归过程中都与心理社会因素的刺激有关。如各种心身 疾病。这里疾病的治疗原则是心身同治。

4. 躯体器质性疾病伴发的心理障碍 即由大脑损害和一些躯体疾病伴有的精神障碍，这类障碍 以治疗其躯体疾病为主，同时辅以心理治疗。

5. 人格障碍 指人格特征明显偏离正常。这种异常行为模式明显影响其社会功能与职业功能， 造成对社会环境的适应不良，病人为此感到痛苦，并已具有临床意义。

6. 行为问题和不良的行为习惯 即影响健康的行为习惯。对身体、心理、社会各方面带来危害 的常见的不良行为有：烟瘾、酒瘾、药瘾、厌食和贪食、网络成瘾等等。

7. 特殊条件下产生的心理障碍 包括在药物、催眠、航空等等特殊条件下产生的心理障碍。如 海洛因、烟草和酒精等状态下的精神障碍。

**第二节** **常见的异常心理**

**一、焦虑障碍**

焦虑(anxiety)是一种源于内心的紧张、压力感，常表现为内心不安、心烦意乱，有莫名其妙的恐惧 感和对未来的不良预期感，常常伴有憋气、心悸、出汗、手抖、尿频等自主神经功能紊乱症状。当人们 面对潜在或真实的危险或威胁时，都会产生焦虑，那些有一定原因引起、可以理解、适度的焦虑，属于 正常焦虑反应。病理性焦虑是指没有明确的致焦虑因素，或者是刺激和反应不对称，反应严重或持续 的焦虑反应，也称之为焦虑障碍(anxiety disorder)。病理性焦虑也是恐惧症、强迫症、创伤后应激障碍 和围绝经期精神障碍等的常见临床表现。在此，仅介绍焦虑障碍。

焦虑障碍是一种以焦虑、紧张、恐惧情绪为主，伴有自主神经系统症状和运动不安等为特征的神 经症。病人的焦虑情绪并非由实际威胁或危险引起，或其紧张不安与恐慌程度与现实处境很不相称。 这是世界公认的一组高发疾病。我国调查显示，焦虑障碍在一般居民中的患病率为2%,女性多于男 性，在文化程度低、收入低或家庭气氛不和睦更多见。

1. 发病原因 主要有：①人格基础，以多愁善感、敏感、情绪化，容易忧虑、古板、保守、孤僻等情 绪不稳定或性格内向的人多见；②社会心理因素，常为一诱发因素，非特异性，如要做出重要的决定 时，人们需要为此做出调整，当这种调整超出正常的适应能力，或超出可承受限度，就可导致焦虑； ③遗传因素，研究发现单卵双生子惊恐障碍的同病率高于双卵双生子。

不同学派对此有不同解释。精神分析学派相信焦虑障碍是由于过度的内心冲突对自我威胁的结 果。行为主义则认为焦虑是一种习得性行为，条件刺激泛化则形成焦虑障碍。

**2.** **临床表现** 其分为广泛性焦虑障碍和惊恐发作，两种类型表现不同：①惊恐发作即急性焦虑，



第八章 异 常 心 理 139

病人在日常生活、工作、学习中，突然出现强烈的窒息感、濒死感和精神失控感同时伴有严重的自主神 经功能失调，如胸痛、胸闷、心动过速、心跳不规则；或呼吸困难、喉头堵塞等。有的表现过度换气、头 晕、多汗、步态不稳、颤抖、手足麻木、胃肠道不适等症状。发作历时很短， 一般5～10分钟，很少超过1 个小时，即可自行缓解。发作过后病人仍心有余悸，由于担心再次发病时得不到及时的帮助，因而主 动回避一些活动，如不愿单独出门。②广泛性焦虑又称慢性焦虑，是焦虑障碍最常见的表现形式。以 经常的或持续的，无明确对象或固定内容的紧张不安，或对现实生活中某些问题过分担心，这种担心 与现实很不相称。整日处于大祸临头的模糊恐惧和高度警觉状态，惶惶不可终日。自主神经功能失 调的症状经常存在，表现为心悸、出汗、胸闷、呼吸急促、口干、便秘、腹泻、尿急、尿频，周身肌肉酸麻胀 痛、头与呼吸有紧压感等全；甚至出现阳痿、早泄、月经失调。运动性不安主要表现为搓手顿足、来回 走动、坐立不安、手指震颤、全身肉跳等。由于紧张不安，以及警觉性高，对外界刺激易出现惊跳反应， 注意力难于集中，有时感到脑子一片空白。

**二、抑郁障碍**

抑郁(depression)是各种原因引起的以心境低落为主要表现的一组症状，其情绪低落的程度不 等，可以从闷闷不乐一直到悲痛欲绝，常有兴趣丧失、思维迟缓，自罪感、注意困难、食欲丧失和自杀观 念，常伴有失眠、食欲减退或缺失、闭经等，并有其他的认知、行为和社会功能的异常，严重时甚至悲观 厌世、自伤和自杀。

作为一种情绪在正常人和医疗门诊中比较常见。但目前，从正常的抑郁情绪到病理性的抑郁存 在不同的观点。有些学者认为从正常抑郁过渡到病理性抑郁是一个连续谱，是一个量变到质变的过 程；精神病学认为，正常的抑郁与病理性抑郁是两种不同的情绪状态，具有不同的原因，二者不是一个 连续谱。但是，不管争论如何，对病理性抑郁的判定却非常重要。判断病理性抑郁常使用的标准是症 状标准、严重程度标准和病程标准。病理性抑郁往往具有情绪低落、兴趣和愉快感丧失、精力减退3 个核心症状中的2个，同时个人的社会功能受到影响或给本人造成痛苦或不良后果，且持续时间达2 周以上。病理性抑郁多见于抑郁障碍(depression disorder)病人。抑郁障碍属于心境障碍，又称抑郁 发作(depressive episode)。

1. 发病原因 一般认为，遗传因素或早年生活经历如童年丧亲的经历在抑郁障碍发生中可能导 致一种易感素质，具有易感素质的人在一定环境因素的促发下发病。①生物学因素：研究发现本病有 家族史者高达30%~41.8%,血缘关系越近患病率越高；某些抑郁病人脑内的多巴胺功能降低，乙酰 胆碱能神经元过度活跃，其中自杀者的脑脊液中5-羟色胺代谢产物5-HIAA 含量降低等。②生活事件 与环境应激事件：如意外灾害、亲友亡故、经济损失等严重负性生活事件往往构成抑郁障碍的致病因 素。③心理学理论：精神分析理论强调早年经历对成年期障碍的影响，将抑郁障碍看作对亲密者所表 达的攻击，以及未能摆脱的童年压抑体验，另一些精神分析家认为抑郁障碍是自我与超我之间的矛 盾。学习理论则采用“获得性无助”来解释抑郁障碍的发生。认知理论认为，抑郁障碍病人存在一些 认知上的误区，如悲观无助、对生活经历的消极的扭曲体验、过低的自我评价等。

2. 临床表现既往将抑郁障碍的表现概括为“三低症状”,即情绪低落、思维迟缓、意志减退，但 不一定见于所有抑郁障碍病人身上。目前将抑郁障碍的表现归纳为核心症状、心理症状群、躯体症状 群三个方面。①核心症状：包括情绪低落、兴趣缺失，精力减退。情绪低落可以从闷闷不乐到悲痛欲 绝，悲观、对前途失望甚至绝望，丧失自信或自尊，无价值感和无助感，十分消极；兴趣缺失为对以前喜 爱的活动都失去兴趣，丧失享乐能力；精力不足表现为过度疲乏，打不起精神、行动费劲、语调低沉、行 动迟缓，严重者可卧床不起。②心理症状群主要有：焦虑、自罪自责、精神病性症状如幻觉和妄想，认 知症状如认知扭曲、注意力和记忆力下降等；精神运动性迟缓，面部表情贫乏或缺乏表情，或激越，无 目的的失控行为增多；自知力受损；自杀方面，有自杀观念和行为的占50%以上，约10%～15%的病 人最终死于自杀。③躯体症状群有：睡眠紊乱，如不易入睡、睡眠浅、早醒，早醒是特征性症状；食欲紊

**140**

艺记

第八章 异 常 心 理

乱和胃肠功能紊乱，如食欲下降、胃痛胃胀；慢性疼痛，为不明原因的头疼和全身疼痛；性功能减退、性欲 下降；其他非特异性症状如头昏脑胀、周身不适、肢体沉重、心慌气短等。抑郁症状常表现晨重暮轻。

**三** **、躯体形式障碍**

**(** **一** **)概念**

躯体形式障碍(somatoform disorder)是一类以持久的担心或相信各种躯体症状的优势观念为特征 的神经症。病人因这些症状反复就医，各种医学检查阴性和医师的解释均不能打消其疑虑。即使有 时病人确实存在某种躯体障碍，但不能解释症状的性质、程度或病人的痛苦与先占观念。这些躯体症 状被认为是心理冲突和个性倾向所致，但对病人来说，即使症状与应激性生活事件或心理冲突密切相 关，他们也拒绝探讨心理病因的可能。病人常伴有焦虑或抑郁情绪。

(二)分类及临床表现

关于躯体形式障碍的种类包括：

1. 躯体化障碍 是一种以多种多样、经常变化的躯体症状为主的神经症。症状可涉及身体的任 何系统或器官，最常见的是胃肠道不适(如疼痛、打嗝、反酸、呕吐、恶心等),异常的皮肤感觉(如瘙 痒、烧灼感、刺痛、麻木感、酸痛等),皮肤斑点，性及月经方面的主诉也很常见，常存在明显的抑郁和焦 虑。常为慢性波动性病程，并在社会、人际及家庭行为方面长期存在严重障碍。女性远多于男性，多 在成年早期发病。病程至少2年以上。

2. 未分化躯体形式障碍 其常诉述一种或多种躯体症状，症状具有多变性，其临床表现类似躯 体化障碍，但构成躯体化障碍的典型性不够，其症状涉及的部位不如躯体化障碍广泛，也不那么丰富。 病程在半年以上，但不足2年。

3. 疑病症 是一种以担心或相信患严重躯体疾病的持久性优势观念为主的神经症，病人因为这 种症状反复就医，各种医学检查阴性和医师的解释，均不能打消其疑虑。即使病人有时存在某种躯体 障碍，也不能解释所诉症状的性质、程度，或病人的痛苦与优势观念，常伴有焦虑或抑郁。对身体畸形 (虽然根据不足)的疑虑或优势观念也属本症。本障碍男女均有，无明显家庭特点(与躯体化障碍不 同),常为慢性波动性病程。

4. 躯体形式自主神经紊乱 是一种主要受自主神经支配的器官系统(如心血管、胃肠道、呼吸系 统)发生躯体障碍所致的神经症样综合征。病人在自主神经兴奋症状(如心悸、出汗、脸红、震颤)基 础上，又发生了非特异的，但更有个体特征和主观性的症状，如部位不定的疼痛、烧灼感、沉重感、紧束 感、肿胀感，经检查这些症状都不能证明有关器官和系统发生了躯体障碍。因此本障碍的特征在于明 显的自主神经受累，非特异性的症状附加了主观的主诉，以及坚持将症状归咎于某一特定的器官或 系统。

5. 躯体形式疼痛障碍 是一种不能用生理过程或躯体障碍予以合理解释的持续、严重的疼痛。 情绪冲突或心理社会问题直接导致了疼痛的发生，经过检查未发现相应主诉的躯体病变。病程迁延 常持续6个月以上，并使社会功能受损。诊断需排除抑郁障碍或精神分裂症病程中被假定为心因性 疼痛的疼痛、躯体化障碍，以及检查证实的相关躯体疾病与疼痛。

**四、人格障碍**

**(** **一** **)概念**

人格障碍(personality disorder)的定义是：指人格特征明显偏离正常，使病人形成了一贯的反映个 人生活风格和人际关系的异常行为模式。这种模式显著偏离特定的文化背景和一般认知方式(尤其 在待人接物方面),明显影响其社会功能与职业功能，造成对社会环境的适应不良，病人为此感到痛 苦，并已具有临床意义。

病人无智能障碍， 一般能处理自己的日常生活、工作，但在社会生活中常与周围人发生冲突，从而



第八章 异 常 心 理 **141**

使自己感到痛苦或使社会其他人受到损害，对个体或社会有不良影响，其却很难从错误中吸取应有的 教训加以纠正。该病开始于童年或青少年期并长期持续发展至成年或终生，仅少数在成年后程度上 可有改善。其形成的原因尚不清楚，通常认为，其是由生物、心理和社会文化诸因素共同作用的结果。

(二)分类及临床表现

人格障碍的表现比较复杂，目前的分类尚未统一，主要分为以下几个类型：

1. 偏执性人格障碍其以猜疑和偏执为特点，男性多于女性。表现至少有下列3项：①对挫折 和遭遇过度敏感；②对侮辱和伤害不能宽容，长期耿耿于怀；③多疑，容易将别人的中性或友好行为误 解为敌意或轻视；④明显超过实际情况所需的好斗，对个人权利执意追求；⑤易有病理性嫉妒，过分怀 疑恋人有新欢或伴侣不忠，但不是妄想；⑥过分自负和自我中心的倾向，总感觉受压制、被迫害，甚至 上告、上访，不达目的不肯罢休；⑦具有将其周围或外界事件解释为“阴谋”等的非现实性优势观念， 因此过分警惕和抱有敌意。

2. 分裂样人格障碍 其以观念、行为和外貌装饰奇特、情感冷漠，及人际关系明显缺陷为特点。 男性略多于女性。表现至少有下列3项：①性格明显内向(孤独、被动、退缩),与家庭和社会疏远，除 生活或工作中必须接触的人外，基本不与他人主动交往，缺少知心朋友，过分沉湎于幻想和内省；②表 情呆板，情感冷淡，甚至不通人情，不能表达对他人的关心、体贴及愤怒等；③对赞扬和批评反应差或 无动于衷；④缺乏愉快感；⑤缺乏亲密、信任的人际关系；⑥在遵循社会规范方面存在困难，导致行为 怪异；⑦对与他人之间的性活动不感兴趣(考虑年龄)。

3. 反社会性人格障碍 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，男性多于 女性。表现至少有下列3项：①严重和长期不负责任，无视社会常规、准则、义务等，如不能维持长久 的工作或学习，经常旷工/旷课、多次无计划地变换工作；有违反社会规范的行为，且这些行为已构成 拘捕的理由(不管拘捕与否);②行动无计划或有冲动性，如进行事先未计划的旅行；③不尊重事实， 如经常撒谎、欺骗他人，以获得个人利益；④对他人漠不关心，如经常不承担经济义务、拖欠债务、不抚 养子女或赡养父母；⑤不能维持与他人长久的关系，如不能维持长久(1年以上)的夫妻关系；⑥很容 易责怪他人，或对其与社会相冲突的行为进行无理辩解；⑦对挫折的耐受性低，微小刺激便可引起冲 动，甚至暴力行为；⑧易激惹，并有暴力行为，如反复斗殴或攻击别人，包括无故殴打配偶或子女；⑨危 害别人时缺少内疚感，不能从经验，特别是在受到惩罚的经验中获益。

其在18岁前有品行障碍的证据，至少有下列3项：①反复违反家规或校规；②反复说谎(不是为 了躲避体罚);③习惯性吸烟，喝酒；④虐待动物或弱小同伴；⑤反复偷窃；⑥经常逃学；⑦至少有2次 未向家人说明的外出过夜；⑧过早发生性活动；⑨多次参与破坏公共财物活动；⑩反复挑起或参与斗 殴；另还有被学校开除过，或因行为不轨而至少停学一次；或被拘留或被公安机关管教过。

4. 冲动性人格障碍(攻击性人格障碍) 以情感爆发，伴明显行为冲动为特征，男性明显多于 女性。至少有下列3项表现：①易与他人发生争吵和冲突，特别在冲动行为受阻或受到批评时；②有 突发的愤怒和暴力倾向，对导致的冲动行为不能自控；③对事物的计划和预见能力明显受损；④不能 坚持任何没有即刻奖励的行为；⑤不稳定的和反复无常的心境；⑥自我形象、目的，及内在偏好(包括 性欲望)的紊乱和不确定；⑦容易产生人际关系的紧张或不稳定，时常导致情感危机；⑧经常出现自 杀、自伤行为。

5. 表演性(癔症性)人格障碍 以过分的感情用事或夸张言行吸引他人的注意为特点，并至少 有下列3项表现：①富于自我表演性、戏剧性、夸张性地表达情感；②肤浅和易变的情感；③自我中心， 自我放纵和不为他人着想；④追求刺激和以自己为注意中心的活动；⑤不断渴望受到赞赏，情感易受 伤害；⑥过分关心躯体的性感，以满足自己的需要；⑦暗示性高，易受他人影响。

6. 强迫性人格障碍其以过分的谨小慎微、严格要求与完美主义、及内心的不安全感为特征。 男性多于女性2倍，至少有下列3项表现：①因个人内心深处的不安全感导致优柔寡断、怀疑，及过分 谨慎；②需在很早以前就对所有的活动作出计划并不厌其烦；③凡事需反复核对，因对细节的过分注

142

艺记



第八章 异常心理

意，以致忽视全局；④经常被讨厌的思想或冲动所困扰，但尚未达到强迫症的程度；⑤过分谨慎多虑、 过分专注于工作成效而不顾个人消遣，及人际关系；⑥刻板和固执，要求别人按其规矩办事；⑦因循守 旧、缺乏表达温情的能力。

7. 焦虑性人格障碍 以一贯感到紧张、提心吊胆、不安全，及自卑为特征，总是需要被人喜欢和 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。 并至少有下列3项表现：①一贯的自我敏感、不安全感，及自卑感；②对遭排斥和批评过分敏感；③不 断追求被人接受和受到欢迎；④除非得到保证被他人所接受和不会受到批评，否则拒绝与他人建立人 际关系；⑤惯于夸大生活中潜在的危险因素，达到回避某种活动的程度，但无恐惧性回避；⑥因“稳 定”和“安全”的需要，生活方式受到限制。

8. 依赖性人格障碍 以过分依赖为特征，并至少有下列3项中的表现：①要求或让他人为自己 生活的重要方面承担责任；②将自己的需要附属于所依赖的人，过分地服从他人的意志；③不愿意对 所依赖的人提出即使是合理的要求；④感到自己无助、无能，或缺乏精力；⑤沉湎于被遗忘的恐惧之 中，不断要求别人对此提出保证，独处时感到很难受；⑥当与他人的亲密关系结束时，有被毁灭和无助 的体验；⑦经常把责任推给别人，以应对逆境。

**9.** **其他或待分类的人格障碍** 包括被动攻击性人格障碍、抑郁性人格障碍和自恋性人格障 碍等。

**五、** **睡眠障碍**

**(** **一** **)概念**

睡眠具有恢复精力、体力的功能，可以帮助个体完成清醒时尚未结束的心理活动。正常人每隔 24小时有一次觉醒与睡眠的节律性交替。睡眠量常依年龄不同而异，新生儿需睡18～20小时，儿童 12～14小时，成人7～9小时，老年人一般只需5～7小时。

梦是睡眠中在某一阶段的意识状态下所产生的一种自发性的心理活动。在此心理活动中个体身 心变化的整个历程，称为做梦(dreaming)。

睡眠障碍(sleep disorder)是睡眠量不正常以及睡眠中出现异常行为的表现，也是睡眠和觉醒正常 节律性交替紊乱的表现。美国的DSM-IV对睡眠障碍的定义包括两个要点：①连续睡眠障碍时间长达 一个月以上；②睡眠障碍的程度足以造成主观的疲累、焦虑或客观的工作效率下降、角色功能损伤。

睡眠障碍有多种分类，1979年美国睡眠障碍协会制定的分类方法将睡眠障碍分为四大类：①入 睡和维持睡眠障碍(主要指失眠);②白天过多瞌睡；③睡眠中的异常行为；④睡眠节律紊乱。

**(二)失眠**

1. 定义 通常指病人对睡眠时间和(或)量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验。按病 程分：①一过性或急性失眠，病程<4周；②短期或亚急性失眠，病程在4周至3个月、6个月之间；③长 期或慢性失眠，病程>6个月。

**2.** **失眠的表现** 入睡困难；不能熟睡；早醒、醒后无法再入睡；频频从噩梦中惊醒，自感整夜在做 噩梦；睡过之后精力没有恢复；容易被惊醒，有的对声音敏感，有的对灯光敏感。还会引起疲劳感、不 安、全身不适、无精打采、反应迟缓、头痛、记忆力不集中等。很多失眠者喜欢胡思乱想。

**3.** **失眠的原因** 有生理上、心理上的原因，以及这两者之间的混合状况。从医学和心理学的角 度大致会有：①精神障碍：如抑郁障碍、焦虑障碍、恐惧症、精神分裂症等；②心理社会因素：如家庭婚 姻、升学就业、晋升、子女教育等问题；重大事件的心理创伤；对失眠的恐惧；某些个性特点等；③反生 理时钟引起：如通宵上网、时差、倒班等；④某些药物、食物(茶、咖啡、酒等)和环境变化；⑤其他疾病： 如一些躯体疾病和脑部疾患。

**(三)其他睡眠障碍**

**1.** **白天过多瞌睡** 主要表现：白天出现无法克制的睡意，可有无意识动作、认知功能降低等表

第八章 异 常 心 理 **143**

现，将影响工作与学习，如果发生在驾驶或特种工作时，可造成交通事故或意外。

**2.** **睡眠中的异常行为** 主要指与睡眠有关的发作性躯体异常或行为异常，其特点与睡眠阶段或 睡眠-觉醒的转变有关。如梦游症、梦呓(说梦话)、夜惊(在睡眠中突然骚动、惊叫、心跳加快、呼 吸急促等)、梦魇(做噩梦)、磨牙、不自主笑、肌肉或肢体不自主跳动等。这些发作性异常行为不 是出现在整夜睡眠中，而多是发生在一定的睡眠时期。

**3.** **睡眠节律紊乱** 病人的睡眠模式与常规的作息时间不同，从而出现失眠，主要指睡眠时相迁 移/延迟综合征。前者常见老年人，夜间入睡和晨间觉醒时间均提前；而后者常见青年人，表现为入睡 和觉醒时间后移。

**六、进食障碍**

进食障碍(eating disorder)是指由社会心理因素引起的，故意拒食、节食或呕吐，导致体重减轻和 营养不良，或出现发作性不可克制的贪食等异常的进食行为。绝大多数时候，厌食和贪食是一对刻薄 的孪生姐妹，临床心理学家把这两种症状都叫做进食障碍，称为神经性厌食症和贪食症。

**(一)神经性厌食症**

是一种多见于青少年女性的进食行为异常，特征为故意限制饮食，使体重降至明显低于正常的标 准，为此采取过度运动、引吐、导泻等方法以减轻体重。常过分担心发胖，甚至已明显消瘦仍自认为太 胖，即使医师进行解释也无效。部分病人可以用胃胀不适，食欲下降等理由，来解释其限制饮食。本 症并非躯体疾病所致的体重减轻，病人节食也不是其他精神障碍的继发症状。其发病原因主要是心 理因素，人格的易感性有一定作用，社会文化、生物学因素与该病的发生也有关系。

其主要临床表现为主动拒食或过分节食，导致体重逐渐减轻，形体消瘦，体象障碍及神经内分泌 的改变。该病一般起病缓慢，部分病人起病前稍胖，并对体重非常敏感，喜欢苗条身段，整日专注于自 身的体重、体形，严格控制每日的进食量。之后，进食量逐渐减少，虽然已骨瘦如柴，但仍认为肥胖，有 的病人由于过度节食，可出现间歇贪食，但饱餐之后立即自行引吐、导泻，以致营养不良，皮肤干燥，血 压和体温下降，脉搏迟缓，严重者出现水电解质紊乱，且易并发其他感染。并可出现精神症状，如焦虑 不安、抑郁悲观、失眠、注意力不集中、易激惹等。由于节食引起内分泌功能紊乱，女性可出现月经稀 少或闭经，男性可出现性欲减退。如果于青春期之前发病，则表现为第二性征发育延迟。

**(二)神经性贪食症**

也是一种进食障碍，特征为反复发作和不可抗拒的摄食欲望，及暴食行为，病人有担心发胖的恐 惧心理，常采取引吐、导泻、禁食等方法以消除暴食引起发胖的极端措施。可与神经性厌食交替出现， 两者具有相似的病理心理机制，及性别、年龄分布。多数病人是神经性厌食的延续者，发病年龄较神 经性厌食晚。该病的发病机制尚未清楚， 一般认为可能与心理因素、家庭环境因素、社会文化因素、遗 传因素、生化代谢因素有关。

其主要临床表现为发作性不可抗拒的摄食欲望和行为， 一般在短时间摄入大量食物、进食时常避 开人，在公共场合则尽量克制。过后因担心发胖的恐惧心理或为了减轻体重，反复采用自我引吐、服 用泻药或利尿剂、节食及大量运动，随着病情的进展，病人可根据自己的意愿吐出食物。反复呕吐会 导致机体电解质紊乱和躯体并发症(手足抽搐、癫痫发作、心律失常、肌无力、月经紊乱、皮肤及口腔溃 疡等),及随后体重的严重下降。

(唐峥华)





**第九章** **健** **康** **行** **为**

全球疾病死亡谱和患病率排行在第二次世界大战前后有很大变化，原来排在前列的结核、肺炎、 肠胃炎等传染性疾病，让位于心脑血管疾患和癌症等疾病，该变化与不良生活方式和行为习惯有很大 关系。本章先介绍健康行为与行为转变，然后依次介绍一些危险行为及其预防。

**第一节** **健康行为与行为转变**

健康行为(health behavior)是指有助于个体在生理、心理和社会上保持良好状态、预防疾病的行 为。它与健康信念密切相关，是个体为维持、实现、重建健康和预防疾病的活动。

健康危险行为(risk behavior)是指与疾病发生、发展和康复关联的行为，涵盖疾病行为、疾病角色 行为、损害健康的习惯、不良生活方式等。

研究行为与健康关系属于健康心理学领域。健康心理学主张采用心理学方法来改变或矫正有碍 身体健康的生活方式和行为习惯，涉及应激、药物滥用、疼痛的心理方面、疾病心理等。

**一、健康行为和危险行为**

关于健康行为与健康的关系，美国加利福尼亚人类人口研究室的Belloc NB 和 Breslow L经过花 费了15年，总结出七种健康行为，分别是：从不吸烟、有规律地体力活动、晚上睡7～8小时、保持正常 体重、适度饮酒或不喝酒、吃早餐、两餐之间很少吃零食。健康行为每项1分，拥有更高分值人的健康 水平比低于3分者的健康水平更高(图9-1)。

5年半死亡率(%)

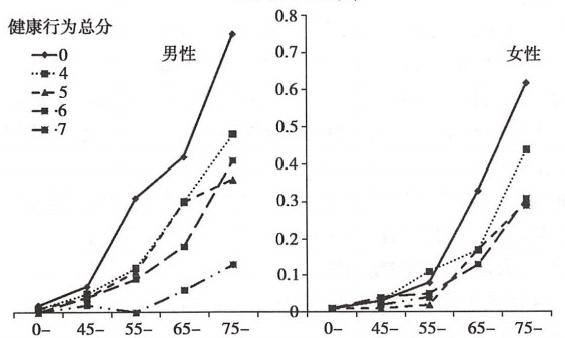


图9-1 健康行为总分与5年半死亡率的关系

在预防心脏病方面，国际心脏健康会议于1992年在加拿大的《心脏健康的维多利亚宣言》中提出 了健康的膳食习惯、戒烟、经常运动和支持性心理社会环境四项健康保护行为。

常见的危险行为归纳为下列四类：

(1)不良生活方式与习惯：饮食过度；高脂、高糖、高钠(食盐)和低纤维素饮食；挑食；嗜好致癌性

食物。



第九章 健 康 行 为

**145**

(2)不良病感行为：它是指个体从感知到自身有病到疾病康复全过程所表现出来的一系列不良 行为，包括疑病行为、恐惧、讳疾忌医、不及时就诊、不遵从医嘱、迷信、放弃治疗而自暴自弃等。

(3)日常损害健康行为：包括吸烟、过度饮酒、吸食毒品、不安全性行为。

(4)致病性行为模式：它是导致特异性疾病发生的行为模式，例如，A 型行为和C 型行为。

**二、健康信念及其影响因素**

健康信念(health belief)是个体对自己采取的健康措施及其对健康影响的看法，属于生活信念。 健康或疾病信念受文化、社会地位、经济条件等因素影响，它造成不同个体对疾病直接原因、估计疾病 严重程度、疾病适宜治疗、疾病意义上的认识差异。

**1.** **民间医学的影响** 为了应对危险环境，人类的祖先用不同的植物反复试验，通过观察动物对 疾病和创伤的反应，不断从错误中汲取经验和教训，形成民间医学，体液学说、印度草医学和中医等是 其中的代表。

虽然民间医学的影响范围往往局限于某一特定地域、人群或时间范围内，但民间医学影响人们的 健康和疾病观念。在印度草医学中，胸痛就被认为是情绪烦乱的症状，而不是机体功能受到器质性损 害的迹象。在东南亚，“精液丢失”一般被认为是症状，而这在西方则无伤大雅。明朝顾起元的“恼一 恼，老一老；笑一笑，少一少”,解释了情绪与健康的关系。

我国民间有“饭后百步走，活到九十九”、“行如风，坐如钟，站如松，睡如弓”的行为规范。

2. 文化环境和文化适应 文化环境是社会环境的重要方面，由存在于社会生活各个领域及人们 意识中的各种形态的文化因素构成，包含着一整套由一个国家、社区或特定人群持有的信念、道德价 值观、传统、语言和法律(或行为准则)。

人类学家和流行病学家识别出许多文化、习惯与健康之间的联系。由于宗教原因而戒茶、咖啡、 酒精或香烟的人，患消化道和呼吸道肿瘤的风险小于相同社会经济背景和居住情况的人。犹太男性 有割礼习惯，他们的生殖器癌症患病率和死亡率比非犹太人低。

邦德将我国儿童社会化的培养方式归纳为依赖性、顺从性、谦虚品德、自我克制、自我满足感、接 受羞耻与处罚、以父母为中心、以长者为父和中庸之道的培养九个方面。在社会取向方面，我国传统 的心理特点为集体取向、他人取向、关系取向、权威取向、服从、自我抑制与女性化。

传统东方病人担心自己生病会给家庭带来负担，因此不愿说出症状的性质和历史，以及有问题的 健康行为，因为害怕招致羞耻。另一方面，受家庭意识和合群观念影响，亲朋好友视抛弃成员为耻辱， 因此，他们会向病人提供更多的支持。

3. 教育、职业、收入、社会地位和城乡差异 教育、职业和收入影响人对世界的认识、接受新 观念和改变观念的程度。受到良好教育的白领职员更能有意识地接受锻炼有益的信念，更多地亲身 参加运动，而不是坐在电视前观看比赛，当然，他们往往拥有足够的收入，能购买昂贵的运动装备。

社会地位能显著影响疾病的传播。在非洲，经济需要的考虑造成个体选择威胁健康的行为方式， 由于受教育有限，外出打工者与妻子和家庭长期分居，切断了传统家庭的纽带，男人寻找其他人做性 伙伴。而在家生活的妇女，由于社会和家庭地位低下，她们无权要求丈夫使用避孕套。即便她们明知 道无保护性交的危险，出于对经济和社会生存的需要，也不得已而顺从。

4. 落后习俗文化因素也会改变女性身体，造成畸形。在我国古代，妇女缠足在相当长的时期 内被认为是正常行为，而大脚女人才属异常。十九世纪西方女性采用硬质材料制作的胸衣束胸、现代 女性穿高跟鞋和瘦鞋，危害健康。

**5.** **工业化和媒体宣传** 现代工业社会出现一种新的年轻人文化，它鼓励年轻人对成人权威的反 叛和蔑视，造成一些人吸烟、吸食毒品。有些宣传误导公众，传播使用改变情绪的毒品和性乱交。

时装业和媒体喜欢“骨感”模特，引起大量女性模仿不当节食，以降低体重，提高了神经性厌食症 的患病率。男性在20世纪后叶，为追求强健体形，不惜服用类固醇激素以增强肌肉，或移植肌肉来增



**146** 第九章 健康行为

粗胸部和小腿肌肉。

**6.** **医疗政策与社会健康计划** 很多国家和地区为促进国民健康，采取包括制定法律或法规在内 的种种措施，不断推出健康促进项目，诸如：设立艾滋病日、制订《烟草控制框架公约》、设立各类“促 进锻炼”项目，目的是鼓励人们维持健康行为，改变损害健康行为，及时就医。

**三、** **行为转变的理论**

如何促进健康行为的形成呢?健康信念模型和理性行动/计划行为理论探讨了行为转变的影响 因素，从不同角度解释了行为转变的机制并得到广泛应用。“言知之易，行之难。”(《伪孔传》),行为 转变不可一蹴而就，自我效能发挥着重要作用。

**(一)自我效能理论**

自我效能(self efficacy)是个体对自己成功执行某行为并导致预期结果的信念，属于自信范畴。 它是美国心理学家班杜拉的社会认知理论中的核心概念，常用自我效能感(perceived self-efficiency) 表述。自我效能在制定健康生活目标的意向阶段、具体行为改变阶段、防止复发过程中都具有重要的 调节作用。各种外部因素及自身的经历等内部因素都能通过自我效能对行为起作用。

自我效能来源于下列四方面：

(1)成功的经验：成功经验是获得自我效能的最重要、最基本的途径。反复失败会削弱自我效能。

(2)替代性经验：指通过观察其他人的行为而产生的自我效能。榜样越具有相似性，个体的自我 效能感越强烈，例如，单位有人成功戒烟，会形成示范效应，会使同单位的人增强自我信念，认为自己 也能戒烟。若榜样是通过特殊手段而戒烟，别人会觉得“可望而不可及”,这就不能形成激励。

(3)言语劝导：切合实际的劝导能改善人的自我效能，鼓励他们努力达到成功，而消极、不切实际 的赞扬降低自我效能。因此，恰如其分的赞扬能够转化为学生的自我奖励和自我效能，从而能持久地 激励其学习。

(4)生理状态：焦虑、紧张、疲劳和情绪状态能降低自我效能。在面临压力事件时，人们往往根据 自己的心率、血压、呼吸等生理唤醒水平来判断自我效能。平静的反应使人镇定、自信，而焦虑不安的 反应则使人对自己的能力产生怀疑。不同的身体反应状态会影响到活动的成就水平，从而又以行为 的反应指标确认或实现活动前的自信或怀疑，由此决定个体的自我效能。

**(二)健康信念模型**

健康信念模型(health belief model,HBM)建立在需要和动机理论、认知理论和价值期望理论基础 上，关注人对健康的态度和信念，重视影响信念的内外因素。 HBM 是第一个解释和预测健康行为的 理论，由社会心理学家Hochbaum GM、Rosenstock IM、Kegeles SS和 Leventhal H在1952年提出。

HBM 认为个体感知、积极采取适宜行动、相信自己能采取推荐的行动是行为转变的重要因素。 它被用于探索各种长期和短期健康行为问题，HBM 能分析影响个体行为转变的特点，可以用于个体 行为转变(案例与分析),也能用于包括危险性行为与HIV/AIDS 的传播，以及碘盐预防碘缺乏病的健 康教育(专栏9-1)。

**专栏9-1** **HBM** **理论与碘盐预防碘缺乏症**

碘缺乏病是由于自然环境碘缺乏造成机体碘营养不良所表现的一组疾病的总称，包括 地方性甲状腺肿、克汀病和亚克汀病、单纯性聋哑、胎儿流产、早产、死产和先天畸形等。碘 缺乏病由于分布广泛，受害人群众多，严重阻碍病区儿童智力发展，影响人口素质，是全球 性的严重公共卫生问题。目前，全球120多个国家和地区数十亿人通过食用碘盐防治碘缺 乏病。

我国卫生主管部门在宣传中，利用各种方式不断提醒人们环境缺碘的持续性(知觉易 感性);缺碘造成甲状腺肿、以智力残疾为特点的克汀病(呆小病)和亚克汀病，反复强调缺



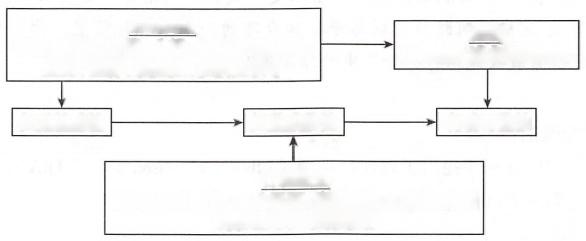
第九章 健 康 行 为 **147**

碘造成病区儿童普遍的智力发展迟缓(知觉威胁性);碘盐是安全、便宜、简单和日常化的防 治手段(行动);通过科学补碘，保护儿童免除缺碘性智力低下，并带来病区人口素质的普遍 提高(益处)。对政府来说，补碘的投入-效益达到1:30(公共卫生益处)。国家卫生主管部 门通过病情监测，公布人群碘营养结果，提醒个体自觉补碘(改善自我效能),并调整政府的 防治策略(减少障碍)。

我国政府颁布《食盐加碘消除碘缺乏危害管理条例》,通过食盐专营，保障缺碘地区的 碘盐供应(减少障碍),国家还规定每年的5月15 日为防治碘缺乏病宣传日，由政府卫生主 管部门强化健康教育(行动线索)。

随着持续防治的成功，人们已经很难看到碘缺乏病人了(易感性和威胁感下降),如果 人们忘记环境缺碘的持久性，放松防治，碘缺乏病仍会死灰复燃。

HBM 理论要点：(图9-2)



评估

知觉益处减去知觉障碍

行动可能性

行动线索

宣传、他人劝告、医生提醒、家庭或朋友患病、报纸

或杂志文章、健康教育

影响因素

年龄、性别、种族、人格、同辈影响、社会

压力、经济、接触史、疾病知识等

知觉易感性

知觉威胁性

图9-2 健康信念模型的结构

1. 知觉易感性 它是个体对行为会危害自己健康或患病可能性的敏感程度。“与陌生人性交 时，不使用避孕套会得艾滋病吗?”,“母亲和姐姐得了糖尿病，我会不会也得上?”。

2. 知觉威胁性 它是对危险行为导致严重后果的预期。“医师说我再吸烟，心脏支架也不能救 命。”,“艾滋病太可怕了!我的朋友才患上一年就死了!”。

3. 知觉益处 采取行动能带来好处的认识。“锻炼能帮助降低血糖”,“只要不吸烟，女朋友就同 意结婚”。

4. 知觉阻碍 采取行动所付代价和遇到的困难的认识。“糖尿病的饮食控制太严了，我喜欢吃 的食物都不能吃，也吃不饱。”,“做生意就要交往，烟能帮助交往，我要考虑戒烟后还能否做生意!”。 通过识别阻碍因素、做出保证、给予激励和支持，能帮助个体减少阻碍。

5. 行动线索实现行为改变的行动策略。易感性和后果严重性的认识能促使个体产生威胁感， 但还需要知道如何行动。行动线索可以源自媒体和他人，医生常常是最佳的线索提供者。

6. 自我效能高自我效能者采纳建议、实施有益于健康的行为转变的可能性高。通过提供训练 和指导会提高个体的自我效能。

**案例与分析**

36岁的伊丽莎白是医院的护士，身高180cm。2 年前她的体重达到181kg, 当时她感觉到 过胖体重带来的生活不便，晚上睡觉打呼噜，工作效率降低，专业知识和临床见到的肥胖病例 让她担心健康会受到影响。于是，她找到一 家很有声望的减肥中心，要求治疗师帮助她将体重 降到90公斤。治疗师根据伊丽莎白的体质，建议分四个阶段来减轻体重，目标分别设置为150 公斤、116公斤、105公斤和90公斤，并安排了运动训练和饮食计划。伊丽莎白根据治疗师的方 案进行减重训练和饮食控制，并顺利实现了前两个阶段的目标，她有种重新享受生活的感觉， 并打算打两份工。在第三阶段，在消防队训练基地，伊丽莎白与消防员一起进行消防训练，通过



**148** 第九章 健 康 行 为

了大多数训练课目，并在50度高温下的烟筒内，负重爬到了50米高处。因为她丈夫曾患有中 风，在家休息多年，刚刚重新工作，家中还有两个未上学的孩子需要照顾，伊丽莎白的家务和经 济负重很重。除在医院工作外，她还要额外打工，每天早出晚归，回家后只想多睡觉，没有时间 和精力完成预定的训练，因此，第三阶段的目标没有实现。治疗师了解到这些情况，找到伊丽 莎白谈话，共同回顾了训练的全过程和取得的成绩，治疗师以伊丽莎白能完成消防员的训练课 程的为例，鼓励她继续进行减肥，实现最终目标。伊丽莎白受到鼓励，并得到丈夫的支持，重新 进行训练，并最终实现了减肥目标。

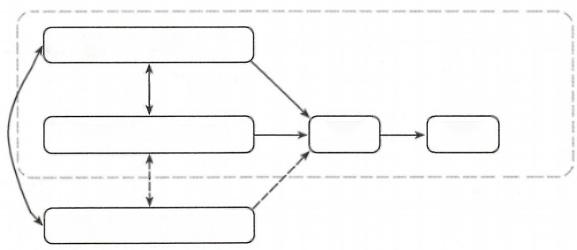
健康心理学家根据健康信念模型分析了减肥案例：

主观感受、专业与职业经历获得的知识、过高的体重使伊丽莎白觉察到易患疾病和严重 性，从而产生了肥胖的威胁感；同时，也使她认识到控制体重的益处；家务、工作、丈夫的健康状 况、经济负担和时间冲突构成她的障碍，并一度造成治疗挫折；行动线索主要来自于专业知识、 知名的减肥中心和治疗师；自我效能的不断增强是她成功控制体重的重要因素，前两个阶段的 成功后的主观感受、完成过消防员的训练课程和合理的阶段性目标设置。你如何评价治疗师 的作用?如何评价自我效能在行为转变中的作用呢?

**(三)计划行为理论**

1967年Fishbein M、AjzenI提出了理性行动理论(theory of reason action,TRA),该理论经过Ajzen 修正，形成了计划行为理论(theory of planned behavior,TPB)。

理论要点(图9-3):



行为信念→行为态度

规范信念→主观规范 意向 行为

控制信念→知觉行为控制

TRA

TPB

图9-3 理性行动/计划行为理论结构示意图

1. 行为意向 它是理论结构的核心元素，决定了是否采取行动，受行为信念、行为态度、主观规 范、他人规范信念和顺从动机的综合影响。

2. 行为态度和行为信念行为态度是对行为结果好坏程度的评估。行为信念由行为结果发生 的可能性和对行为结果的评价构成，影响行为态度。如果个体感知到行为改变的结果是有利的，会对 采取行动产生积极态度。

3. 主观规范和规范信念 主观规范信念是因他人行为规范带来的压力的感知，反映了其他人对 个体决策的影响，受规范信念和遵从动机影响。规范信念指个体知觉重要他人(包括配偶、家人、最要 好同伴等)对其行为改变的认可和倾向程度。遵从动机则表明个体对重要他人期望的遵从程度。例 如，丈夫认为需要控制饮食以减轻体重，妻子会产生改变行为的压力，影响到妻子的主观规范。

**4.** **知觉行为控制** 它是个体对行为难易程度的感知，类似于自我效能，受控制信念影响。控制 信念是个体知觉促进或阻碍行为执行的因素。

TRA/TPB 可以用于预测健康或不健康行为以及行为结果，探索与行为有关的健康中的健康教育 意义，实施和开展健康预防项目。还用于预测和理解意图、行为和与行为有关的健康结果。 TRA/TPB

成功地预测佩带汽车安全带、锻炼、吸烟、饮酒、使用安全套、定期体检、使用牙线和自我检查乳腺、宫

笔记



第九章 健 康 行 为 **149**

颈刮片筛查(专栏9-2)等健康行为的发生。

**专栏9-2** **TPB** **在提高宫颈刮片筛查中的应用**

宫颈刮片是早期发现宫颈癌的重要方法，尽管方法简单，但不受高龄、文化层次低的妇 女欢迎。疾病预防控制部门准备开展一项宣传活动，以吸收这部分人群参加刮片筛查。健 康心理学家按TPB 理论设计了一份调查问卷。

● 什么时候接受过刮片筛查(行为);

● 妇女参加刮片筛查的可能性有多大?(行为意向);

● 对刮片筛查的态度(态度);

● 调查对象的亲朋好友是否也将参加?(主观规范);

● 做刮片筛查疼吗?能忍受吗?(知觉行为控制)。

根据调查结果，主办方了解到了人们是否接受过检查、也了解到人们对检查的信念、态 度、意向，提高了宣传的针对性和有效性。

**第二节** **吸烟、酗酒和网络成瘾**

**一、吸烟**

烟草(tobacco)最早产于中南美洲的安提斯群岛(多巴安岛),由当地印第安人最先种植并吸食。 哥伦布把烟草籽带回了西班牙，烟草开始在欧洲漫延。我国是在明朝(1573年到1619年间)开始引 进并种植烟草。爱因斯坦也曾错误地认为吸烟“可使人能够以平静和客观的方式判断一切与人相关 的事务”,而没有考虑到吸烟对健康的危害。

吸烟可导致肺癌、口腔癌或食道癌，膀胱癌；也可导致心脏病、慢性支气管炎和肺气肿、高血压。 孕妇吸烟导致胎儿发育障碍，易娩出低体重儿，导致胎儿慢性缺氧。

被动吸烟孕妇、早产、新生儿窒息发生率显著高于无被动吸烟孕妇。被动吸烟导致出生婴儿平均 体重比正常婴儿体重低107g,而且还有一定数量的新生儿畸形。儿童因被动吸烟而患哮喘病的风险 增高2倍，患白血病和淋巴瘤的人数是不吸烟者子女的2倍，患脑瘤的比例一般高出40%,损害儿童 智力，导致行为问题。不吸烟妇女因被动吸烟而患肺癌的死亡率比丈夫不吸烟的妇女高，并因丈夫吸 烟量增加而明显提高。被动吸烟者也易出现血管硬化及患上心脏病。

**(** **一** **)成瘾的心理学机制**

吸烟成瘾的主要原因是香烟中的尼古丁发挥的作用。尼古丁随血液流入中枢神经系统，和乙酰胆 碱受体结合，代偿性地产生更多的结合尼古丁的乙酰胆碱受体。 一旦体内尼古丁含量降低，使脑内的乙 酰胆碱受体无法与尼古丁结合，就会产生一系列的生理和心理反应，并产生强烈的吸烟渴求，即烟瘾发作。

**(二)预防和控烟**

1. 预防青少年吸烟 对具有药物滥用危险因素的青少年，进行拒烟技巧、认知行为训练、社会技 能训练，从而帮助吸烟者建立自信，拒绝广告诱惑，控制焦虑，增进与其他人的交流。

2. 建立无烟环境2003年在世界卫生大会上通过的《烟草控制框架公约》(专栏9-3),是全球第 一部限制吸烟的全球性公约(专栏9-5)。我国也是《公约》签约国之一，并颁布《烟草专卖法》,在《未 成年人保护法》、《预防青少年犯罪法》和《广告法》中都列有控烟条款。全国已有84个城市出台了 《公共场所禁止吸烟的规定》,40个城市成为无烟草广告城市。

**专栏9-3** **《烟草控制框架公约》**

《公约》提倡各国至少应该以法律形式禁止误导性烟草广告，禁止或限制烟草商赞助国 际活动和促销活动，禁止烟草走私，禁止向未成年人出售香烟，在香烟盒上用30%至50%的

**150** 第九章 健康行为

面积标明“吸烟危害健康”的警示，以及禁止使用“低焦油”、“清淡型”之类欺骗性词语。 《公约》要求各国的烟草税收和价格政策应该以减少烟草消费为目标，禁止或限制销售免税 香烟；室内工作场所、公共场所和公共交通中应该采取措施，以免人们吸二手烟。《公约》还 要求：提高烟草的价格和税收，禁止烟草广告，禁止和限制烟草商进行赞助活动，打击烟草 走私，禁止向未成年人出售香烟，在香烟盒上标明“吸烟危害健康”的警示，并采取措施减少 公共场所被动吸烟等。

提高烟草税和售价能减少烟民数量。烟价每上升10%,烟民就减少4%。鼓励受害者索赔，烟草 公司施压。例如，2001年洛杉矶高等法院作出了一项创纪录的判决，责令菲利浦公司向某一罹患肺 癌和脑癌的56岁烟民赔偿30多亿美元。

**(三)戒烟**

目前，排在有效治疗烟草依赖方法首位的是团体行为治疗，其后依次为抗抑郁药安非他酮、医师 强烈建议、尼古丁替代治疗、个别心理咨询、电话咨询、护士干预、自助。室内戒烟法提高戒烟率 12%～38%。加税、提高烟价也能提高人群戒烟率。因此，就个体来说，治疗烟草依赖的最佳方案是 心理干预结合药物治疗。

心理治疗与心理咨询可以提高治疗的依从性，增强戒烟动力，帮助吸烟者改善处理日常生活和工 作压力的技巧，提高戒烟成功率。此外，还可以根据不同吸烟者的特点，制订个体化咨询方案，使一些 吸烟者从药物治疗中获益，而另一些人则从行为治疗中受益。自我管理技术、正强化法、刺激控制法 都可用于消除成瘾症状。

尼古丁替代治疗是WHO 推荐的最主要的药物治疗方式。治疗方法是在停止吸烟的同时使用尼 古丁制剂，以减轻戒断症状，提高戒烟的成功率，降低复吸率。对于成瘾性极强的尼古丁依赖者，给予 较长时间的尼古丁维持治疗，减少对自身和他人的影响，直至成功戒烟。

医务工作者的劝告能有效帮助吸烟病人戒烟，也能有效劝告父母戒烟，以免危害孩子的健康，尤 其应向准备生孩子的父母或其他人提供尼古丁替代治疗。美国公共卫生部门编写手册，指导医师采 用“5As ”帮助病人戒烟。

(1)ask: 详细询问吸烟状况；

(2)advise:强烈建议并劝告戒烟；

(3)assess:评估烟民有否戒烟意愿；

(4)assist:提高戒烟意愿、提供心理咨询支持、用药指导，防止复吸；

(5)arrange follow-up:安排后续接触。

**二、酗酒**

适量饮酒有消除疲劳、兴奋、增进食欲、舒筋活血、防病延年等作用。饮酒多少才算适量呢? WHO 提出：男性每日饮酒中乙醇总量大于等于20g为过量，低于20g 为少量或适量；女性以每日饮用 酒中乙醇总量10g 为标准。饮酒量越大，血液中酒精含量越高，对人体的危害就越大。 一次过量饮用 酒精会发生酒精中毒，表现为中枢神经系统先兴奋后抑制和共济失调，轻者可自愈，重者可因呼吸循 环衰竭而死亡。

酗酒(alcohol abuse)也称为酒精滥用或问题饮酒，它是造成躯体或精神损害或不良社会后果的过 度饮酒。其特点是对饮酒不能自控，思想关注于酒，饮酒不顾后果；思维障碍；每一症状可以是持续或 周期性的。

酗酒者分为慢性酗酒者和狂饮者。慢性酗酒者每天大量饮酒并持续多年；狂饮者则呈现明显的 周期性，他可以戒除数天甚至数月，尔后可以数天或更长时间地持续饮酒。

长期酗酒引发营养问题，造成各种消化系统和代谢系统疾病，导致酒精性肝硬化和癌症，影响脂

肪代谢，出现“啤酒肚”体态。酗酒会损害大脑神经组织，慢性酗酒者的高级认知功能呈渐进性衰退，





第 九 章 健 康 行 为 **151**

学习和利用新知识及解决问题的能力下降。酗酒还造成严重的社会问题和家庭冲突。

女性体内脂肪所占比例高，她们饮酒后体内残余的酒精比男性多，更容易受到酒精损害。女性饮 酒导致胎儿流产，低体重儿出生率高，特别是胎儿酒精综合征。患儿表现为低智商，警觉性低，多动， 精细动作和大运动障碍，不可康复。美国疾病控制中心调查发现胎儿酒精综合征的患病率从1979年 的0 . 1%上升到1992年的3 . 7%。

酗酒造成的交通事故和自杀等问题构成死亡的重要原因。为控制酒后驾车酿成的悲剧，我国 2011年制定的新法规中提高了处罚力度，超过标准(血液中酒精含量20mg/100ml) 为饮酒后驾车，处 以暂扣驾驶证、罚款，直到追究刑事责任。

**(一)酗酒的心理社会原因**

压力、获得性学习、期待效应和人格因素是重要的心理因素。心理依赖学说认为，个体在饮酒后 可体验到欣快感、缓解焦虑、轻松感等诸多阳性强化因素，奖励个体不断地饮酒， 一旦个体中止饮酒行 为，血液中酒精含量下降，导致个体产生一系列不快的生理和心理体验，出现戒断症状，这种负性强化 促使个体继续饮酒。

社会学说认为酗酒与家庭环境因素、同辈影响和榜样示范作用等因素有关。2006年爱荷华州大 学医学院儿童心理学研究中心库伯曼认为儿童时期的心理阴影、学业上的不成功、业余生活的单调以 及对于生活满意度的下降等是酗酒的危险因素。

**(二)酗酒的预防和治疗**

早期干预是针对潜在的酗酒易感人群进行有关饮酒方面的健康教育，包括适量饮酒的概念及安 全饮酒量。制订严格的饮酒法律，控制青少年饮酒。美国《青少年饮酒法》规定，未成年人没有权力 饮酒，向未成年人出售含酒精饮料者要负法律责任。《中华人民共和国预防青少年犯罪法》中的第十 五条规定应当教育未成年人不得酗酒，任何经营场所不得向未成年人出售酒精饮料。

心理治疗是预防和治疗酗酒的有效方法，详见本书第十二章和第十三章。

**三、** **网络成瘾**

网络成瘾障碍(internet addiction disorder,IAD)是指慢性或周期性的对网络的着迷状态，不可抗拒 的再度使用的渴望与冲动，上网后欣快，下网后出现戒断反应，出现生理或心理的依赖现象，最早由美 国纽约市心理学家GoldbergI(1985)提出。美国心理学会调查了近二万名网络使用者，发现其中6% 的被调查者有成瘾现象，主要是青少年和从事专业技术的人群。国内10.6%大学生和17%的青少年 存在成瘾问题。

根据网络成瘾的内容，分为网络色情成瘾、网络交友成瘾、网络交易成瘾、网络信息收集成瘾、计 算机/网络游戏成瘾。网络游戏障碍(internet game disorder)是不由自主地排斥其他兴趣玩游戏，持续 和重复在线操作，导致临床严重损伤或痛苦，由于将大量的时间用于游戏从而影响学业和工作，而远 离游戏则会有戒断体验。网络游戏障碍常见于12～20岁的青少年中，国外普遍运用法律法规预防和 控制网络游戏。

美国医学会建议美国精神病学会将 IAD 纳入即将颁布的《精神疾病诊断与分类手册—V》。 但 是也有不少学者质疑是IAD 还是过度使用网络，IAD 不是真正的成瘾，可能是其他病症的表现。

**(** **一)成瘾的心理机制**

**1.** **成瘾的精神运动刺激理论** Wise 和 Bozarth 提出成瘾行为均有精神激动剂的作用，能激活一 种共同的奖赏机制，这种内部的奖赏机制比任何环境刺激更有力地影响和控制着成瘾。

**2.** **成瘾的强化理论** 强化理论是基于条件反射的基本原理而提出的，认为成瘾行为的强化机制 包括正强化和负强化。前者把网络成瘾作为一种正强化物，能给成瘾者奖励并产生愉悦，成瘾行为的 主要动机即是寻求成瘾行为满足所致的欣快感觉，后者是指网络成瘾可减轻或暂时免除个体的痛苦 和不快，使其产生重复的成瘾行为。



152 第九章 健 康 行 为

**3.** **成瘾人格** 成瘾人格的探索大约有40多年的历史。研究者发现网络成瘾者像其他的药物滥 用者一样会形成一种生活风格，而这种风格会微妙地影响个体的人格。成瘾者常常逃避社会交往，而 与其他沉溺于相似成瘾行为的人群发生联系。很多网络成瘾者以前是或同时是酗酒者和其他物质的 成瘾者。

**(二)诊断标准**

美国心理学年会确定的网络成瘾的诊断标准包括：①耐受性增强；②成癔症状；③上网频率或时 间总是比事先计划的要高或长；④企图缩短上网时间的努力，总是以失败告终；⑤花费大量时间在和 互联网有关的活动上；⑥上网使病人的社交、职业和家庭生活受到严重影响；⑦虽然能够意识到上网 带来的严重问题，仍然继续花大量时间上网。标准规定，如果网络用户在12个月中的任何时期有多 于所列的三种症状出现，即为网络成瘾。

**(三)对心理与社会的不良影响**

1. 心身障碍 成瘾者睡眠节律紊乱，自主神经功能失调，机体免疫功能降低，诱发心血管疾病， 胃肠神经官能症、紧张性头痛、焦虑症、抑郁症等。也可导致视力下降等眼疾，腰背肌肉劳损，脊柱疼 痛变形。

2. 人格障碍 在虚拟的网络世界中人人平等，成瘾者在匿名的保护下可以畅所欲言，不需要直 接面对他人，不用担心会受到他人的批评和惩罚，而且观点越奇特，可能得到的反响越大，这样成瘾者 容易自我表现，自我主导权增加，满足了其心理需要。然而，成瘾者在虚拟的网络世界遨游，与现实生 活的距离就越来越远，甚至分不清现实与虚拟世界的界限，心理适应能力也会越来越差，反过来更趋 向网络逃避，最后形成一种恶性循环，最终导致人格偏差或人格障碍。

3. 社会功能损害 一部分成瘾者最初上网是为了逃避某些社会问题，如：寂寞、婚姻问题、工作 压力、无聊沮丧的心情等，或者由于生活压力大，拒绝承担责任和义务。既往研究发现，网络成瘾者在 当前的实际社会生活中正经历着较大的困难，而网络似乎是他们一个发泄的出口。网络成瘾反过来 导致成瘾者社会功能的进一步缺损。成瘾者现实生活中多有社会功能失调和个人生活的破坏，包括 人际障碍、生活适应不良、学习适应不良、家庭适应不良等，严重时会出现违法乱纪等反社会行为。

**(四)预防和治疗**

网络成瘾治疗的根本宗旨是预防为主。心理治疗采用警示卡、团体治疗和家庭治疗。采用药物+ 心理治疗+行为规范+家庭治疗的综合疗法帮助病人戒除网瘾。

**第三节** **饮食、锻炼与肥胖**

**一、饮食**

人类通过饮食行为(dieting)获取营养，维持机体正常功能。合理的饮食习惯能治病防病，延年益 寿；而不合理的饮食习惯会导致疾病。饮食习惯受文化影响，我国传统饮食文化中，注意膳食平衡、饮 茶有利于健康，但有些习惯不利于预防疾病(专栏9-4)。

合理饮食要坚持如下原则：

**1.** **饮食成分均衡** 合理饮食包括食物多样、谷类为主；多吃蔬菜、水果和薯类；常吃奶类、豆类或 其制品；常吃适量鱼、禽、蛋、瘦肉，(《中国居民膳食指南》)。保持低脂、低糖、低盐、高膳食纤维的饮 食习惯。

**2.** **合理的加工方法** 不同烹饪方式，对食物中成分的影响不同。焖煮会令绿叶菜中所含硝酸盐 还原成亚硝酸盐，而后者是致癌物质。油炸产生大量的致癌物质，因此油炸食品被世界卫生组织评为 十大垃圾食品之首。勾芡、多加醋少加碱，会增加食物的保护层，避免维生素破坏。

**3.** **搭配得当** 牛奶和橘子若同食，或者是刚刚喝完牛奶就吃橘子，牛奶中的蛋白质与橘子中的 维生素C 相结合而凝固成块，影响消化吸收、造成腹胀和腹痛。食品适当搭配可以促进营养吸收。鱼

**笔记**



第九章 健 康 行 为 **153**

加豆腐不仅味鲜，而且可补钙，预防骨质疏松等多种缺钙造成的疾病。

**专栏9-4** **国人饮食文化中的弊端**

国人饮食文化享誉海内外，菜肴精美、多样，具有食疗作用，也是密切人际关系的媒介。 不过，有些烹制方式和饮食习惯会威胁健康。

1. 多盐：WHO 推荐健康人每日氯化钠不宜超过6g,而国人每日食盐量为12～14g。高 盐是糖尿病、高血压的危险因素。

2. 多油和油烟过重：“油多不坏菜”,而多油饮食是妇女患肺癌的重要危险因素，油烟过 重是肺癌的危险因素。

3.没有分餐制习惯：容易互相传染疾病。

4. “吃啥补啥”的食疗信念：贪食野味会带来病菌感染等健康问题。

5. 长时间、精细加工食品：追求美味也容易造成营养成分的损失，导致营养失衡。

6. 过于强调饮食的社交功能：造成浪费，也容易出现暴饮暴食和过量饮酒。

**4.** **良好的进食方式** 三餐搭配合理，早吃好，午吃饱，晚餐要吃得少。少食多餐能降低胆固醇总

量和低密度脂蛋白水平。饮食宜缓宜节制，细嚼慢咽有利于消化，反之则会增加胃的负担。同时，要 避免不良进食习惯，例如不吃早餐、暴饮暴食、挑食、进食过快、进食时从事其他活动和烫食。

**5.** **量出为入** 根据体力消耗状况，合理安排饭量。以坐姿为主的工作属于极轻体力劳动，热量 消耗很低，在均衡膳食的前提下，要减少碳水化合物的摄入。保持低脂、低热饮食能降低体重，1年能 降体重4%,是糖尿病治疗的重要环节。

**二、锻炼**

锻炼(physical exercise)是一种通过有效的身体运动方式达到促进健康目的的活动。与一般的活 动不同，锻炼具有循序渐进性、稳定性和长期性的特点，它是当代重要的一种生活方式。

(一)对心身的影响

1. 生理意义 能延缓器官老化、增强心血管系统的功能、增强呼吸功能、增强消化和吸收功能， 保持适度的体重，以及预防疾病。

2.心理学意义 能缓解抑郁、降低焦虑与应激反应、维护自尊心与自我形象、增加积极情绪与自 我良好感、改善工作能力。如果长期锻炼能改善身体素质的话，那么参与者就会体验到工作能力的增 加，在日常工作中精力充沛，耐疲劳，提高了工作效率。

3.过度运动会损害健康 尽管锻炼对健康有着积极影响，但有些情况下，锻炼会有副作用。肌 肉骨骼损伤是锻炼的常见副作用，它在经常跑步者中占到25%～65%。长时间在炎热或潮湿环境中 锻炼可能会导致体温过高、电解质失衡和脱水，极端耐力训练有时导致女性排卵异常与闭经。有些长 跑运动员可能因红细胞破裂而发生血红蛋白尿。游泳增加了中耳炎发生。专业运动员可能面临免疫 抑制或感染的风险，劳累可能引起哮喘发作。有些人因剧烈活动引发心绞痛或急性心肌梗死。

(二)影响因素

锻炼是一个过程而不仅仅是一个单独的行为。锻炼生活方式的确立受到多重因素影响。

1. 个人因素 个人因素是影响锻炼行为的最直接因素，分为不可控制和可控制因素。不可控制 因素包括年龄、教育背景、经济条件、自我动机和性别。年轻、受过良好教育、经济条件好的个体(特别 是男性)会更倾向于选择锻炼作为生活方式，可控制因素中，儿童期尽早参加锻炼，追求积极的自我形 象和掌握更多的锻炼知识能促进个人锻炼。

2. 态度与信念坚持锻炼的人对疾病的易感性降低。在知识和归因等方面，锻炼者与不锻炼者 也存在很大的差异，锻炼者有更多的知识，更强的健康动机和控制感。锻炼的持久性与锻炼障碍少、 锻炼知识和锻炼效果的感受相联系。

**154**

0笔记

第九章 健 康 行 为

从20世纪60年代末开始，许多国家政府倡导“促进锻炼”并采取措施吸引更多的人参加锻炼包 括：①中央政府或地方政府资助大众体育运动；②提供更多体育设施，特别是室内运动器材，消除不平 均现象；③与以前向竟技体育投资不同，现在将大量资金直接用于全民体育锻炼。

**(三)疾病预防和康复作用**

锻炼对健康很重要。2012年发布的《健康中国2020战略研究报告》显示有83.8%的18岁以上 成年人不能进行有规律的锻炼，只有11.9%的人每周能锻炼三次以上，而我国在15年期间的患病人 次增加20%。

1. 高血压 高血压病人散步、慢跑、太极拳、气功等是合适的运动形式。

**2.** **预防冠心病** 适宜锻炼能减少冠状动脉疾病和心肌缺血的危险。只要能消耗热量，任何锻炼 形式都可以，例如爬楼梯、各类运动。步行、慢跑、游泳、骑自行车等有氧运动也对心脏有益。

运动时间和强度。每周保持最少150分钟的中等强度的锻炼；或者75分钟的高强度锻炼；或者 每周5天，每次30分钟的锻炼，如果每次活动分2或3个小节，每个小节锻炼10～15分钟。

**3.** **糖尿病** 运动能改善糖耐受性受损和降低2型糖尿病病人的血糖水平。糖尿病康复锻炼在 饭后1小时是最佳锻炼时间，每次不少于20～30分钟，1～3次/天，运动强度控制在该年龄所达到的 最大心率的60%～80%(最大心率=220-年龄)。

**4.** **肿瘤** 美国癌症协会在其《在营养及运动方面的癌症预防行动指南》中指出控制体重、积极运 动、保持以植物为主的健康饮食以及限制酒精摄入量等是预防癌症的关键因素。

**5.** **骨质疏松症** 规律的身体活动能够刺激骨骼的生长，保护骨的质量和增加骨的矿物质密度。 青少年早期进行身体活动有助于增加骨峰值。

**三、肥胖**

肥胖(obesity)是指体内过量脂肪堆积而使体重超过某一范围，当肥胖影响健康或正常生活及工 作时才称为肥胖症。

肥胖的主要原因是从食物中摄取的能量过多、缺乏锻炼和基因易感性综合所致。肥胖会增加 了高血压、冠心病、脂肪肝、血尿酸高、痛风、乳腺癌、卵巢癌、大肠及前列腺癌等的发生率，女性会 出现闭经不育。肥胖会减少预期寿命6至7年，与艾滋病、吸毒、嗜酒并列为世界性四大医学社会 问题。

在心理方面，Gortmarker等学者指出：肥胖者易受歧视和偏见，产生自卑感和压力，出现交往困难 和心理障碍。肥胖女性的结婚率、收入和文化程度等均比正常女性低，贫困程度则比较高；肥胖男性 在经济、职业上受影响较少，但与正常体型男性相比，也存在结婚率低的问题。

**(** **一)肥胖测量**

测量肥胖的方法以体型指数(body mass index,BMI)较常用。它源于比利时数学家Quetelet提出 的公式，BMI= 体重(千克)/身高(米)的平方。我国BMI 的判断标准是：BMI<18.5 是体重过低，BMI 在18.5～23.9之间是正常，BMI≥24.0 是超重，BMI≥28 是肥胖。

**(二)影响肥胖的心理社会因素**

1. 家庭、同伴的影响 Bruch曾发现厌食症病人父母具有过于要求女儿顺从和有成就、控制欲 强的特点。这类家庭中成长的女孩，只能顺从和满足父母或他人的要求与愿望，克制食欲，实现体型 的“完美”,达到所谓的“成功”,进而导致进食障碍。

同伴对青春期女孩外貌的议论和对减肥的鼓励，都会影响女孩产生饮食失调。个体的身体不满 意和饮食失调也深受同伴本身的饮食失调行为影响。

**2.** **心理应激** 当遇到升学、搬迁、参加工作、父母离异、亲人亡故、青少年到异地求学等，个体自 觉无法应对，需要他人赞许以提高自尊时，容易发生进食障碍。当个体出现消极情绪后，可能会通过 暴饮暴食来消除这种情绪，而在暴饮暴食后又可能采取清除行为(如催吐)来补偿。



第九章健康行为 **155**

3. 人格特点有研究发现进食障碍是由于病人对日益丰满的身材难以接受，拒绝成熟，希望保 留儿童时期的身体和心态，是儿童期的退化机制或对青少年期情绪问题的逃避。病人性格具有拘谨、 刻板、强迫的特点。

4. 社会文化因素在我国传统文化里认为胖是孩子健康的象征，因而过度喂养儿童，造成儿童 健康问题。我国唐代文化中以胖为美，而太平洋西南部的汤加国也一度以胖为美，越胖越美，加上汤 加人饮食热量极高，人们不爱活动，造成肥胖者很多。

(三)控制体重

无论是限制饮食、健康教育、集体训练、授课、身体锻炼和行为治疗等都是有效措施。

但在坚持锻炼、忍受饥饿、控制食欲和拒绝美食诱惑过程中，节食者起初成功减重，但好景不长， 体重重新回到最初状况，节食者又开始控制体重，再失败，循环往复，犹如溜溜球一样的上上下下， Brownell KD称其为溜溜式减肥(yo-yo dieting)。因此，进食控制和加强锻炼是控制体重的基本原则， 限制饮食能在短期内达到降低体重的目标，但长期维持需要加强锻炼和改变生活方式。行为矫正法 的目的在于纠正肥胖者不良的饮食和生活习惯，常用于轻、中度肥胖治疗。自我效能感在减肥成功中 扮演重要角色。对于中生度的肥胖者，还需要依靠营养师、运动专家、医师、心理咨询医的专业指导。

**第四节** **性行为与艾滋病预防**

**一、性行为和安全性行为**

**(一)性行为**

人类性行为(sexual behavior)是指所有与性有关的行为(接吻、抚摸、性交等)。波曼特和戴维森 从生物学角度认为性行为是“任何增加生殖细胞结合(精子和卵子结合)可能性的行为”。海德和德 拉马特将性行为定义为“产生性唤醒并且增加性高潮机会的行为”。

人类性本能和性活动方式部分与高等动物相似，具有性器官、性欲和进行性活动，能够表达性的 要求，具有传宗接代的生物本能。然而，人类性行为与动物存在很大的不同，人类性行为因为直立而 能够进行面面交媾，双手也能参与性活动，雌性动物特有的发情周期在女性身上消失。人类性行为具 有心理学意义，包括追求快乐、表达爱情、满足心理需要。另外，人类性行为也受家庭、宗教、人际关系 和文化道德等社会因素的影响和制约。

(二)安全性行为

1. 使用安全套 在艾滋病毒(HIV) 严重流行的美国，随着HIV 的预防教育活动的开展，改变了 人们使用安全套的态度，使用率提高，性伴侣减少，令新感染人群的数量开始明显下降。

使用安全套是预防HIV 传播的主要手段，同时，也预防了其他性传播疾病。但是性行为是持续进 行的过程，包含着性唤醒、激情甚至超越理智，如何在此情景下，与性伴侣商量讨论使用安全套呢?因 此，在推广安全套使用的健康教育中，除了告知民众HIV 知识外，还要教育人们说服性伴侣使用安全 套的技巧。

2. 减少性伴数 对有些人来说，保持彼此忠贞的单一性关系可能很困难，因此可以通过减少性 伴的数量来减少感染HIV 的机会。特别是对那些每天都更换性伴的人，减少性行为次数。

3. 减少与危险性伴发生性行为 性伴的安全性，决定着性行为者感染HIV 或性病的危险性大 小。我国吸毒者感染HIV 比较高，同吸毒者发生性行为也是非常危险的。

4. 同性恋人群的预防同性恋是性病、艾滋病的高危人群，活动高度隐秘，易把HIV 传播给普通 人群。男性同性恋艾滋病感染率在我国艾滋病高危人群中居第二位，仅次于吸毒。男性同性恋者多 性伴侣、安全套使用率低等现象，使HIV 感染率可能进一步上升，并加速向一般人群扩散。因此，应正 视同性恋人群的客观存在，加大向这一人群普及艾滋病预防知识的力度，推广安全套的使用。

**156**

笔记



第九章 健康行为

**二、艾滋病预防**

艾滋病又称为获得性免疫缺陷综合征(acquired immune deficiency syndrome,AIDS),是 由HIV 感

染引起。 HIV 进入人体后要经过数年，甚至长达10年或更长的潜伏期以后才发病，病毒严重破坏人 体免疫功能，使机体丧失了抵抗疾病的能力，抵抗能力的极度下降，使病人容易重复感染。晚期常常 发生恶性肿瘤。最终因长期消耗，全身衰竭而死亡(专栏9-5)。同时，艾滋病感染者将承担巨大心理 压力，其家庭和社会负担增加，艾滋病儿童将面临虐待、被忽视及丧失各种权利的风险。

2016年，全球约3670万人感染 HIV, 死亡1百万。我国截止2017年初，现存活HIV 感染者及 AIDS 病人约69万例，死亡约25万例。

(一)行为因素与艾滋病

行为因素在艾滋病感染的发生中起着决定性作用。个人改变自己的危险行为，则能够防止感染；

群体改变危险行为，则可以预防和控制艾滋病感染在人群中的传播流行。社会因素则是艾滋病流行 的温床，家庭和社会支持间接影响 HIV/AIDS 的发展速度。

1. 心理因素的影响 情绪、人格、社会支持和应对策略也影响着HIV/AIDS 发展变化。 HIV 恶化 的比率与他们是否隐瞒他们的同性恋倾向之间存在联系。在对感染HIV 但无症状的男性同性恋研究 中发现，AIDS 更快的进展与累积的应激生活事件、累积的抑郁症状和较少的社会支持联系在一起。 多数学者认为良好的社会支持有利于预防HIV 感染和发展为AIDS。

2. 个人生活方式 共用注射器静脉吸毒行为是我国目前HIV 的主要传播途径。卖淫嫖娼、无金

钱交易的非婚性行为，夫妻中一方已感染HIV 或性病情况下发生的无保护性夫妻性行为等不安全性 行为则是目前全球HIV 感染的主要传播途径。

**3.** **社会因素** 性别歧视和偏见、贫困、家属态度、社会公众和媒体、医护人员态度。 **(** **二** **)** **HIV/AIDS** **的预防**

1. 采用安全性行为 性传播疾病是公众健康的敌人，控制性伴侣的数量、避免肛交和性交时采

取保护措施，能有效切断传播途径。对HIV/AIDS 病人进行有效的心理社会支持干预和治疗，提高病 人的生活质量，提升其责任感和义务感，杜绝危险行为的发生，从而将HIV 传播和危害减小到最低 程度。

**专栏9-5** **艾滋病的发现和传播途径**

1981年，美国洛杉矶的一名医师报告说，在几名同性恋男子身上发现了一种神秘而可 怕的新病种。1981年6月5日，美国疾病控制中心在《发病率与死亡率周刊》上登载了5例

艾滋病人的病例报告，这是世界上第一次有关艾滋病的正式记载。1982年正式将此病命名 为“艾滋病”,即获得性免疫缺陷综合征。三年后，法国人Montagnier宣布发现了致病病毒

HIV。

HIV 的主要传播途径是性传播、血液传播、污染针头传播和母婴传播。美国有51%的 感染者是男性同性性行为造成的。而我国目前还处于静注毒品传播(61%)为主的阶段，但

经吸毒传播和非法采血传播所占的比例开始下降，性传播所占的比例上升，今后可能会成 为我国艾滋病流行主要形式。因此，人群感染艾滋病的可能性基本上取决于个体性行为。

**2.** **避免口吸毒品或用口服美沙酮替代疗法，减少HIV** **传播** 通过健康教育，告诫吸毒者， 一定 要使用新的注射器或消毒注射器，不要与他人共用注射器。有些地方采取政府出资，让吸毒者免费用 旧注射器换新注射器，也取得成效。用口服美沙酮替代疗法也能有效地控制HIV 经注射毒品传播 流行。

**3.** **控制母婴传播** 母婴传播是15岁以下儿童艾滋病病毒感染的最主要途径。阻断传播要保护育

龄期妇女，免受艾滋病病毒感染。在法律许可的地区采取措施终止妊娠，以确保妇女避免非意愿的生育。

第九章健康行为

157

4. 加强社会干预设立艾滋病日，让红丝带成为全球对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人给予爱 心的“世界语”。红丝带象征着人们对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的关心和支持、对生命的热爱 和对平等的渴望，鼓励人们要用“心”来参与预防艾滋病的工作。红丝带是对艾滋病病毒感染者和艾 滋病病人的关爱，也是对艾滋病的卫生教育、治疗研究的支持，让全世界联合起来制服艾滋病。

预防AIDS健康教育方案要点：①了解人群对预防AIDS健康教育的需要：威胁大吗?感受到威胁 吗?需要什么方法抵御威胁?②评估受众的特点，以便进行有针对性的健康教育：内容包括了解社区 的价值观、居民的社会经济文化状况。

**(** **三** **)** **向AIDS** **病人提供心理治疗**

在治疗方案中，要重视心理支持和治疗、爱心引导和避免传播他人的方法，以及为病人家属提供 信息，帮助病人面对问题，帮助病人作出合适的决策，激发病人的社会责任感，提高治疗的依从性，尽 量减少HIV 感染对个人、家庭、社会的不良影响。治疗也使病人能够重返工作，并尝试找回正常人的 感受。人际关系治疗、支持性心理治疗、应对效能训练与增强自我效能、认知行为应激管理、团体(小 组)治疗等都适合对艾滋病病人的心理治疗。

( 钱 明)





**第十章病人心理**

个体患病后，其生理功能和心理状态都会发生相应的变化，病人的心理状态受疾病本身的影响， 反过来又影响疾病的发生和发展。古希腊名医希波克拉底说过：“了解什么样的人得了病，比了解一 个人得了什么病更重要”。因此，熟悉各类病人的心理特征，并进行有效的心理干预，能够促进病人康 复，提高病人的生活质量，是临床医疗工作重要的环节。

**第一节** **病人心理概述**

**一、病人概念与病人角色**

**(** **一** **)病人**

患病包括机体组织器官的器质性病变和生理功能的损害、个体主观体验的病感以及心理和社会 功能异常几个方面。传统的生物医学模式认为只有生物学病变并有求医行为或处在医疗中的人才称 为病人。随着社会的发展，健康和疾病的概念也发生了转变，当代的生物-心理-社会医学模式认为健 康不仅是没有躯体疾病，而且是在身体、心理和社会功能三个方面的完善和谐状态。无论是躯体病变 还是心理痛苦都会影响一个人的情绪、认知和社会功能。

病感(illness)是个体患病的主观体验。常常表现为各种躯体或心理不适的临床症状，但在疾病 早期或病情轻微的情况下，也可以没有病感。病感可以源于躯体疾病，也可以由心理与社会功能障碍 引起。病人患病的主观体验与医师对疾病的实际判断在性质和程度上可能会有差异，在临床工作中 应注意这个差异。

患病的个体通常会去寻求医疗帮助，但是并非所有患病的个体都有求医行为；同时，有求医行为 的人不一定都是病人。现实生活中，有些人患有某些躯体疾病，如龋齿、皮肤病，他们可能不认为自己 是病人，而和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“病人”行列。另 外，有些人利用病人身份获取某些利益，例如为了获得经济赔偿或减免社会责任而谎称自己有病等， 临床上也常将这些人误列为“病人”。

健康的实质是机体内环境的相对稳定、心身统一以及人体与自然和社会环境的和谐。对“病人” 概念较全面的理解应该是：患有各种躯体疾病包括生理功能障碍、心理障碍或精神性疾病的个体，不 论其求医与否，均统称为病人。

**(二)病人角色**

**1.** **角色理论** 角色源于戏剧术语，指在舞台上所扮演的人物。角色理论是用角色的概念来研究 人的社会行为的一种理论，主要包括角色期望、角色扮演和角色冲突等多个方面。20世纪20年代，美 国心理学家Mead GH首先将角色这一戏剧术语引入社会心理学，称为社会角色(social role),社会角 色指的是与个体社会地位和身份相一致的行为模式、心理状态及相应的权利和义务。用社会角色来 说明人际关系中预期存在的互动的行为模式。社会角色包含两层含义：首先，社会中的一切行为都与 各自特定的社会角色相联系，根据个体所处的角色预期其可能发生的与角色相适应的行为；其次， 一 定的角色又具有相应的权利和义务，如病人既有配合治疗的义务，又有获取健康教育、治疗和康复的 权利。

社会角色强调角色期望和角色扮演。角色期望是指社会、他人或自我对某一社会角色所应具有



第十章 病 人 心 理 **159**

的心理与行为表现的期望，担当某一角色的人被预期应该符合社会对该角色的要求，否则就会被认为 是不恰当的。例如教师的社会角色被期望是答疑解惑、教书育人和为人师表，其行为应该符合社会对 教师角色的预期；医师的社会角色被预期应该是救死扶伤、治病救人，其行为应该符合社会对医师角 色的预期。角色扮演是指个体根据自我对各种社会角色观念的理解，按照社会的期望呈现的实际行 为。个体在现实的社会活动中可能会扮演多种角色，其行为应随时间和环境的不同而进行调整，这就 是角色转换。例如一个人在单位的角色是一位领导，回到家里的其角色又转换为丈夫和父亲，当到商 店去购物的时候，其角色又转换为顾客。 一个人可以同时扮演多个角色，并能保持各角色间和谐一 致，当不同角色的要求之间发生矛盾时；或者当个人的期望与角色要求冲突时，称为角色冲突；角色冲 突是指个体的角色行为与角色期待产生不协调状态时的内心体验。

2. 病人角色 (patient role) 个体在生活中要承担很多社会角色，每一种社会角色都有一定的 特征性，不同的社会角色必须承担相应的义务或责任。病人角色又称病人身份，是一种特殊的社会角 色，是处于患病状态中、同时有求医的要求和医疗行为的社会角色。具有了病人身份，在心理和行为 上也就产生了变化。病人角色被期望采取实际行动来减轻自身的病状，如按医嘱服药、卧床休息，接 受医学治疗等，努力使自己恢复健康。

患病时的个体被疾病的痛苦折磨，有治疗和康复的需要和相应的行为，个体需要从其他社会角色 转换到病人角色。 Parsons从社会学的角度，观察病人与周围人的互动，提出了病人角色的四个要素： ①病人可从常规的社会角色中解脱出来，减轻或免除原有的责任和义务。患病后，由于精力和活动的 限制，病人可以减免平日社会角色所承担的责任。②病人对陷入疾病状态没有责任。患病是超出个 体控制能力的一种状态，不是病人所愿意的，病人本身就是疾病的受害者，无需对患病负责。③对恢 复自己健康负责任。患病是一种不符合社会需要的状态，也不符合病人的意愿，因此病人必须有使自 己尽快康复的动机和行动。④负有寻求医疗帮助的责任。患病的人不会因为自己有恢复身体健康的 意愿，就能达到健康状态，必须依赖周围人的协助，才能使其愿望得以实现，在一定程度上须信赖他人 的帮助，包括家庭、社会等；同时，病人必须寻求使康复的医学帮助，必须同医务人员合作，尽快恢复 健康。

3. 病人角色的权利和义务 作为一种社会角色，病人角色享有其特殊的权利，并承担相应的义 务。我国学者将病人的权利和义务概括如下：

病人角色的权利：①享受医疗服务的权利；②享有被尊重、被了解的权利；③享有对疾病诊治的知 情同意权；④享有保守个人秘密的权利；⑤享有监督自己医疗权利实现的权利；⑥享有免除病前社会 责任的权利。

病人角色的义务：①及时就医，争取早日康复；②寻求有效的医疗帮助，遵守医嘱；③遵守医疗服 务部门的各项规章制度，支付医疗费用；④病人要和医护人员合作，配合诊治护理工作。

4. 病人角色的转换和适应人的一生中都有进入病人角色的可能，甚至与病人角色终身相伴。 病人原来的社会角色与病人角色特征越接近，如个性比较依赖和顺从、愿意接受别人的帮助、能相信 别人的人，更容易接受和进入病人角色；反之，病人原来的社会角色与病人角色差别越大，越容易产生 角色适应的困难。当个体从其他社会角色转化为病人角色，以及在承受病人角色的过程中，有角色适 应和适应不良两种类型。

角色适应(role adaptation)是指病人与其病人角色的期望基本符合，如承认自己患病，积极接受治 疗，主动采取各种措施促进恢复健康，疾病痊愈后能及时地从病人角色再转换到原来正常的社会 角色。

病人角色适应不良(role maladjustment)是指病人不能顺利地完成角色转换的过程。由于种种因 素病人在角色转换过程中会出现一些不适应反应，从而影响了恢复健康。角色适应不良时会引起一 系列的负性心理反应，包括恐惧、焦虑、易激惹、自责、抑郁等，甚至绝望等心理行为表现。常见的角色 适应不良有以下几种情况：

160

笔记

第十章 病 人 心 理

(1)角色行为缺如(role scarcity):病人未能进入病人角色，没有配合医疗活动恢复健康的想法与 行为。虽然医师已做出疾病诊断，但病人尚未意识到自己已患病或不愿承认自己是病人。由于患病 意味着社会功能下降，与求学、就业及婚姻等涉及个人利益的问题有关，致使病人不愿接受病人角色； 另外，部分病人可能使用“否认”的心理防卫机制，以减轻对患病的过度焦虑，这类病人不易与医护人 员合作。

(2)角色行为冲突(role conflict):当多种社会地位和多种角色集于一人时，在其自身内部产生的 冲突。个体在适应病人角色过程中，与其病前的各种角色发生心理冲突而引起行为的不协调。从健 康人变为病人时，如果病人不能从平日的社会角色行为进入到病人角色，其行为表现不符合社会预期 时，就会引起心理冲突，病人常表现为焦虑不安、愤怒、烦恼、茫然和悲伤。如病前的社会角色是一个 工作节奏快、人际交往广泛的部门主管，生病后需要休息和静养，但病人还是按照自己以往的习惯行 事，将工作带到病室，不能适应病人角色的要求包括遵医嘱服药、休息、接受治疗等，从而引起角色行 为冲突。冲突的程度随患病种类及病情轻重而有不同；正常角色的重要性、紧迫性及个性特征等也会 影响角色转变的进程。

(3)角色行为减退(role reduction):个体进入病人角色后，由于某种原因又重新承担起本应免除 的社会角色的责任，放弃了病人角色去承担其他角色的活动。如出于某种强烈的动机或对某种需要 的迫切追求，超过求医治病的动机，病人可能会走出病人角色去承担其正常时角色的责任和义务，这 常常会使病人的病情出现反复。如一位生病住院的母亲不顾自己的身体尚未康复而毅然出院，去照 料患病的女儿。

(4)角色行为强化(role intensification):随着躯体的康复，病人角色行为也应转化为正常的社会 角色行为。如果这种转化发生阻碍，个体安于病人角色的现状，角色的行为与其疾病症状程度不吻 合，对自我过度表示怀疑和忧虑，行为上表现出较强的退缩和依赖性，这就是病人角色行为强化。导 致角色行为强化是由于某些病人惧怕很快回到充满矛盾和挫折的现实社会角色中，以退化机制来应 对现实环境；另外，病人角色满足了病人的某些心理需要，如需要他人关注等，这些都可以使病人角色 强化。

(5)角色行为异常(role disorder):这是病人角色适应中的一种特殊类型。病人无法承受患病或 不治之症的挫折和压力，对病人角色感到厌倦、悲观、绝望，由此而导致行为异常。表现出绝望，冷漠， 拒绝治疗，直至以自杀手段来解脱病痛之苦；对医护人员产生攻击性行为。多见于慢性病长期迁延不 愈或治疗困难的病人。

5. 影响病人角色适应的因素 许多因素影响病人角色的适应，包括病人的年龄、文化背景、自身 经历和社会环境等都会影响到病人的角色适应。疾病的性质和严重程度是影响病人角色适应的最常 见因素，如果症状明显可见常促使病人能及时就医，反之病人常漠视疾病，不易进入病人角色。另外，

医院的各项规章制度对病人也是一种约束，会对病人的角色适应带来一定影响。

病人角色适应过程因每个病人的情况而异， 一般情况下，在病情演变和治疗过程中，病人会慢慢 地适应这一角色。许多病人开始时不安心扮演病人的角色，往往急于求成，对医疗的要求不切实际， 认为很快就能根除疾病，这需要在病情的演变和治疗过程中，病人才能慢慢适应，从而规范自己的角 色行为，如关注自己的疾病，遵行医嘱，采取必要措施减轻自身疾病或症状等。

医护人员应帮助病人完成从正常人角色向病人角色的转换，建立良好的医患关系，帮助病人熟悉 环境，适应病人角色；当病人康复后，要帮助病人从病人角色向正常人角色的转换，具体指导病人逐渐 增加活动，从身体上和心理上逐步脱离病人角色。

**二、病人的求医与遵医行为**

**(** **一** **)求医行为**

**1.** **求医行为的类型** 当个体感觉不适时，其可能的反应包括：忽视或否认、自我治疗和求医。求



第十章 病 人 心 理 161

医行为是指在人们感到某种躯体不适或产生病感时寻求医疗帮助的行为，是人类防病、治病和保持身 体健康的一种重要行为，可分为主动求医行为、被动求医行为和强制性求医行为。主动求医行为是指 人们为治疗疾病、维护健康而主动寻求医疗帮助的行为，多数人会采取主动求医行为。被动求医行为 是指病人缺乏能力和条件作出求医决定及实施求医行为，而由第三者帮助代为求医的行为，如婴幼儿 病人，处于休克、昏迷中的病人，垂危病人等，必须在家长、亲友或者其他护理人员的帮助下才能去求 医。强制求医行为指得是公共卫生机构或病人的监护人为了维护人群或病人的健康和安全而给予强 制性治疗的行为，主要是针对有严重危害的传染性疾病和精神病病人。

2. 求医行为的原因病人察觉到有病时是否有求医行为，与个体的生理、心理和社会等方面的

原因有关。

(1)生理性原因：因身体某些部位发生病变，病人主观感受到身体不适或疼痛难忍而求医。实际 上不论病人所患的疾病性质或严重程度如何，病人的主观感受常常是促使病人产生求医行为的重要 因素。

(2)心理性原因：因某些生活事件，使个体精神遭受刺激而导致心理紧张、焦虑、恐惧，为缓解负 性心理反应和精神痛苦而求医。

(3)社会性原因：因某些疾病对社会产生现实的或潜在的危害而求医，如传染性疾病、性病等。

3. 求医行为的影响因素求医行为是一种复杂的社会行为，受到诸多因素影响，如对疾病性质 和严重程度的认识水平、对症状或不适的心理体验和耐受程度、及社会地位和经济状况等，都影响病 人是否寻求医疗帮助。概括起来，求医行为的影响因素主要有以下方面。

(1)年龄： 一般婴幼儿和儿童在人群中处于被保护的社会角色地位，这个年龄段人群的求医行为 相对较多。青壮年是一生中疾病抵抗力最强、患病率最低的时期，这一阶段人们的求医行为相对减 少；老年人由于机体抗病能力的下降以及孤独、寂寞及害怕死亡等心理因素，导致患病机会增加，其求 医行为也相应增加。

(2)对疾病的认识水平：主要是指病人对疾病性质和严重程度等方面的认识。例如伤风感冒是 人们最常见的疾病，由于危险性小，人们对其后果有可靠的判断，往往不求医。但被蛇、狗等动物咬伤 以后，由于这种状况对生命威胁较大，人们往往采取求医行为。

(3)个性因素：敏感多疑、依赖性较强的个体求医行为相对较多；孤僻、独立性较强的个体求医行 为相对较少。

(4)文化教育程度：在多数情况下，具有较高文化水平的人更能认识到疾病带来的危害，意识到 早防早治的重要性，所以他们的求医行为较文化程度低的人高。知识水平低、缺乏医学常识、对症状 的严重性缺乏足够认识、对于医师及医疗手段的恐惧都可能讳疾忌医。

(5)社会经济状况：经济富裕、社会地位高的人往往更关心自己的身体健康，且就医条件更便利 容易，所以其就医率较高；而社会经济地位较低的贫困人群跟关注生存需求，对疾病和健康相对忽略， 求医行为相对较少。所以，不同国家医疗卫生体制及医疗保险的覆盖程度都会影响求医行为。

**(二)遵医行为**

遵医行为是指病人遵从医务人员开列的医嘱进行检查、治疗和预防疾病复发的行为。病人只有 和医护人员密切合作，严格遵守医嘱，才能使身体尽早康复，否则即使医师的技术高超、医院的设施先 进也达不到预期的治疗效果。所以，是否有良好的遵医行为是影响疾病疗效和疾病转归的重要因素。

影响遵医行为的因素：遵医行为是一个具有生物学意义和社会意义的行为过程，影响病人遵医行 为主要有以下几方面：

(1)与病人对医师的信任和满意程度有关。医师的知名度、服务态度和服务质量，直接影响病人 对医师的信任和尊重程度，也影响着病人对医师发出的信息和劝告等医嘱的遵守程度。

(2)与疾病性质、严重程度及病人的就医方式有关。慢性病病人和轻症病人不遵医嘱的情况较 多；急性病病人、重症病人和住院病人对医嘱改变较少，遵医率较高。

**162**



第十章病人心理

(3)与病人的主观愿望和医师治疗措施的吻合程度有关。例如，病人希望用中药治疗，而医师开 列的是西药；病人希望做理疗，而医师却给他打针吃药等类似的情况，当两者发生矛盾或差异时，不遵 医行为发生几率就高。

(4)与病人对医嘱内容的理解和治疗方式的操作复杂程度有关。医嘱中的一些医学术语可能会 让病人产生理解偏差；或服用的药物多、服用方法复杂、以及治疗方式操作复杂，往往使遵医行为减 少，老年人、文化水平低、智力低下者尤其如此。

**三、病人的心理需要**

人们在健康时往往能够去主动满足自己的各种需要，患病后往往无法按照通常的方式去满足需 要，而且因社会角色的变化还会产生新的需要。所以，医护人员应了解并帮助病人满足其心理需要， 促进疾病的康复。

**1.** **患病期间的生存需要** 人们在身体健康时对饮食、呼吸、排泄、睡眠及躯体舒适等生存需要很 容易被满足，患病后这些基本生存需要的满足常常受到阻碍或威胁。不同种类的疾病及病情严重程 度对生存需要的影响程度不一样，例如吞咽障碍的病人对食物需要的满足受到影响、呼吸困难病人对 吸入氧气和呼出二氧化碳的需要受到影响等，不仅直接影响生理功能，对情绪也有极大影响。病人最 基本的生理需要还包括解除疾病痛苦和恢复身体健康。

2. 患病期间的安全需要 疾病本身就是对安全需要的威胁。患病时日常生活秩序受到干扰，病 人会产生不安全感，丧失安全感常使病人害怕独处，惟恐发生意外，从而体验到深深的孤独，热切期盼 亲人的呵护。

3. 社会交往的需要 病人需要被关心和接纳。患病住院后与亲友分离，接触新异的检查与治 疗，病人特别需要医护人员和亲人的关怀、同情和理解；同时，病人入院后改变了原来的生活规律和习 惯，进入到一个陌生环境，病人需要尽快地熟悉环境，被新的群体接纳，需要与病友沟通，在情感上被 接纳。另外，病人需要社会联系和交往。除了与医护人员和病友交往，病人还需要与家庭成员沟通、 与同事和朋友保持联系和交往。

4. 患病期间尊重的需要 疾病可能干扰病人尊重需要的满足。病人常感到成为别人的负担或 累赘，自信心降低，因而对尊重的需要会比患病钱更强。病人需要得到人格的尊重，需要保密隐私；另 外，向病人提供与疾病有关的诊治信息及病人的知情同意，也体现了对病人的尊重。病人入院后在适 应新环境中需要要得到有关信息，包括了解住院生活制度、自己疾病的诊断和预后、治疗计划、手术效 果以及如何配合治疗，主管的医师和护士的技术水平等。了解这些信息会让病人感受到尊重，增强病 人战胜疾病的信心，与医护人员更为合作，从而有利于治疗和康复。

5. 患病时的自我成就的需要 患病时，最难满足的就是自我成就的需要，主要表现在表达个性 和发展个人的能力方面感到力不从心，成就感下降，特别是有些意外事故致残者，其自我成就需要受 挫更严重。因此鼓励病人战胜病痛，对生活充满信心就显得尤为重要。

病人的心理需要会以各种方式表现出来，若得不到满足便会产生一些抵触行为。所以，医护人员 应认识和了解病人的心理需要，根据具体病人的心身特点加以引导和解决。

**第二节** **病人的一般心理特征与基本干预方法**

在患病状态下，病人会出现一些和健康人不同的心理反应。健康人的心理活动主要是适应社 会生活，而病人的心理活动则更多地指向于疾病和自身感受。不同年龄、性别及不同种类疾病的 病人其心理变化都有不同的特点。研究表明，病人在患病期间会有以下几种普遍存在的心理 特征。



第十章 病 人 心 理 **163**

**一、病人的一般心理特征**

**(一)病人的认知活动特征**

1. 感知觉异常在感知方面，病人的注意力由外部世界转向自身的体验和感受，感知觉的指向 性、选择性及范围都发生了相应的变化。进入病人角色后，由于疾病的反应和角色的变化，病人常常 出现感觉异常、敏感性增强。病人对自然环境的变化，如声、光及温度等特别敏感，稍有声响就紧张不 安；对躯体反应的感受性增高，尤其对自身的呼吸、血压、心跳、胃肠蠕动及体位等感觉都异常敏感，对 症状的敏感性增强；有的病人还会出现味觉异常等现象；个别病人还可能出现错觉和幻觉，如截肢后 的病人出现的“患肢痛”,感到已不复存在的肢体有蚁行感和疼痛感等。病人还会出现时间知觉和空 间知觉的异常，比如住院病人总感到时间过得慢，特别是对于病情迁延、治疗效果不佳的病人，有度日 如年之感。久病卧床者会出现空间知觉的异常，躺在床上会感觉房间或床铺在摇晃或转动等。

2. 记忆和思维能力受损 病人存在不同程度的记忆力异常， 一些躯体疾病伴发明显的记忆减 退，如某些脑器质性病变、慢性肾衰竭等。另外，病人的思维活动也受到一定影响，判断能力下降，猜 疑心理明显，也常常影响病人对客观事物正确的判断。

多数脑血管疾病的病人均伴有不同程度的认知功能损害，血糖的波动而可直接影响糖尿病病人 的注意力、定向力、记忆和思维等；慢性阻塞性肺疾并发呼吸衰竭的病人在病情缓解后，进行神经心理 测试发现：注意测验、语词性及视觉记忆、 一般智力及数学问题解决等认知功能均有损害。

(二)病人的情绪特征

情绪不稳定是患病后普遍存在的反应，病人控制能力下降，易激惹。如甲状腺功能亢进的病人几 乎都伴有情绪变化，表现为紧张、易激动及情绪不稳定。临床上病人常见的情绪问题有焦虑、抑郁及 愤怒。

1. 焦虑 焦虑是个体感受到威胁或预期要发生不良后果时所产生的情绪体验。焦虑时常伴有 明显的生理反应，主要表现为交感神经系统兴奋的症状，如心率增快、血压升高、出汗、呼吸加速、失眠 及头痛等。产生焦虑的原因主要是病人对疾病的担心，包括对疾病的性质、转归和预后不确定性的顾 虑；对有一定创伤和风险的检查和治疗的安全性的担心；对医院陌生环境或监护室的紧张氛围感到担 心和害怕，尤其是目睹危重病人的抢救过程或死亡的情景。

2. 抑郁 抑郁是以情绪低落、兴趣缺乏等情感活动减退为主要特征的一组症状。在抑郁状态 下，个体会感到悲观失望、自卑自责；生理功能方面会有精力疲惫、严重顽固的失眠及食欲和性欲减退 等多种躯体不适；社会功能方面会有活动水平下降、言语减少、兴趣缺乏及社会退缩等。某些对工作 和生活影响较大的疾病，包括严重的器官功能丧失、预后不良的疾病、危重疾病等，更容易使病人产生 抑郁情绪；另外，抑郁情绪的产生还与病人的个性、成长经历及社会经济情况等因素有关。

3. 愤怒 愤怒是个体在达到目标的过程中遇到障碍，或受到挫折时所产生的不满和怨恨情绪。 病人往往认为自己得病是不公平的、倒霉的，再加上疾病的痛苦，使病人感到愤怒；同时，由于各种原 因使病人的治疗受阻或病情恶化，容易发生医患冲突，这些都会使病人产生愤怒情绪。愤怒常伴随攻 击行为，可指向外部，表现为向周围的人如亲友和医护人员发泄不满和怨恨的情绪；还可能指向自身， 表现为病人的自我惩罚和伤害，如拒绝治疗，甚至破坏正在采取的治疗措施和已经取得的疗效。

**(三)病人的意志行为特点**

治疗疾病的过程对病人来说是一个以恢复健康为目的的意志活动。患病后病人主要表现为意志 行为的主动性降低，对他人的依赖性增加。有的病人意志力减退，不能按医师的要求完成治疗，使疗 效受到影响。有的病人表现为行为退化。行为退化指的是病人的行为表现与年龄、社会角色不相称 常常表现为言行幼稚，退回到婴幼儿时期的模式。如躯体不适时发出呻吟、哭泣，以引起周围人的注 意，获得关心与同情。自己能料理的日常生活会依赖他人去做，希望得到家人、朋友、护理人员无微不 至的照顾与关怀。

164



第十章 病 人 心 理

**(四)病人的个性改变**

个性通常是比较稳定的， 一般不会随时间和环境的变化而发生改变，但在患病情况下，部分病人 会出现个性的改变。可表现为依赖性增强，被动和顺从，自卑等，尤其在一些慢性迁延疾病或疾病导 致的体像改变。疾病对病人的生活和工作影响很大，病人常常很难适应新的社会角色，原有的一些思 维模式和行为方式改变，例如一些病人患病后变得自卑、自责等；部分截肢病人可能会变得自卑、冷 漠，回避社交；脑卒中后可致人格衰退，病人可能变得孤僻和退缩。

**二、病人心理问题的基本干预方法**

心理干预主要针对病人的认知活动特点、情绪问题以及行为和个性改变，同时还要考虑不同疾 病、不同年龄和性别病人的心理生理反应特点，采取综合性的干预措施，临床上主要采用以下几种 方法。

**(一)支持疗法**

从病人的角度充分理解病人的痛苦和对疾病的认识，要尊重和关心病人。鼓励病人倾诉，耐心倾 听病人的痛苦与忧伤，帮助病人疏导负性情绪，鼓励病人培养积极乐观的情绪；帮助病人建立社会支 持系统，树立战胜疾病的信心；给病人提供有关的信息，建立良好的医患关系；指导病人养成健康的生 活方式，帮助病人科学地安排生活；给病人提供心理支持，促进机体的抗病能力。

**(二)认知治疗**

病人对疾病的心理反应和强度，取决于病人对疾病和症状的认识与评价。而认知模式又和病人 的个性特征及社会文化背景有关，错误的认知会歪曲客观事实和阻碍疾病康复过程的进行。

首先，帮助病人识别自己的不良情绪和认知系统里的问题，然后，通过各种认知治疗技术，帮助病 人改变观察问题的角度，赋予问题不同的解释，使病人的情绪和行为问题有所改善，努力达到纠正错 误的认知，重建合理的信念和认知模式。临床上常常采用Ellis理性情绪疗法和Beck认知治疗技术， 纠正病人的不良认知，将科学、客观和正确的康复知识介绍给病人，促进不良认知的改变。

**(三)行为治疗技术**

患病后出现各种情绪问题及生理功能失调在临床上非常普遍，及时应用行为治疗技术，可有效地 帮助病人减轻这些症状，促进疾病的康复。行为治疗技术是通过学习和训练矫正情绪障碍和生理功 能失调的一种治疗方法。常用的方法有放松训练、生物反馈疗法和系统脱敏疗法等，通过学习和训 练，提高自我控制能力，消除和减轻症状。例如生物反馈疗法可用于治疗伴发焦虑的各种疾病，放松 训练对于应付过度焦虑、恐惧和稳定情绪等具有特殊疗效。

**(四)健康教育和咨询**

健康教育可增加病人对疾病和自己身体状况的了解，减轻焦虑，增强战胜疾病的信心。健康教育 的内容广泛，包括疾病的基本知识、紧急情况的处理和应对策略、病情的监测及生活管理等；为病人提 供有关疾病和康复的医学知识，还可以帮助病人了解和解决患病后可能出现的婚姻和性生活的问题， 提高生活质量。如冠心病病人及其配偶的常常会有一些心理问题，主要是焦虑和忧郁，配偶有时还会 夸大医师在病人出院时的各项嘱咐，往往过分地对病人加以保护，助长了病人的依赖性和无用感，影 响病人康复。

(方建群)

**第三节** **各类病人的心理特征**

临床上病人患病种类繁多，病因复杂多变，病情轻重不一，病程长短各异。有的疾病起病较急、病 情危重，而有的则隐匿起病，呈慢性经过，其心理反应必然会有差异。医务人员应了解病人心理反应 的特点与规律并及时进行干预。



第十章 病 人 心 理 **165**

**一、不同病期病人的心理特征及干预**

**(一)急性期病人心理特征及干预**

**1.** **急性期病人心理特征** 急性期病人大多发病急、病情重，心理反应较为强烈，主要表现情绪反

应及相应的行为反应。

(1)情绪反应：急性期病人常见的情绪反应主要是焦虑和恐惧。①焦虑：由于起病急骤，病情 迅速发展，病人对突如其来的变故缺乏心理准备，没有时间安排工作和家庭生活，加之疾病本身带 来的痛苦，从而产生严重的情绪焦虑。②恐惧：绝大多数急危重病人需进入抢救室接受治疗，面对 监护仪、呼吸机、除颤器等陌生的医疗设备，目睹紧张的抢救过程甚至死亡情景，没有家人陪伴，病 人会产生极度的恐惧心理。加之疾病本身导致的心理压力，如心肌梗死病人因持续剧痛而产生的 严重濒死感，会进一步加重病人的恐惧心理，从而出现情绪性休克，表现为无主诉、冷漠、呆滞甚至 昏厥。

(2)行为反应：面对突如其来的创伤或疾病，病人会产生严重的应激反应，有的病人可能会使用 一些不成熟的心理防御机制以减轻心理压力；有的病人否认自己病情急迫严重，拒绝被推入抢救室； 有的则表现行为退化，情绪失控，哭闹不安，不配合医务人员诊治。

**2.** **急性期病人心理干预** 医务人员高超的专业技术水平和恰当的心理干预措施能迅速缓解急 性期病人的心理反应。医护人员积极快速、有序高效、沉着镇定的抢救和治疗，可以减轻或消除病人 的恐惧情绪，增强病人的安全感，因此，医务人员应理解病人的情绪和行为反应，向病人提供有关的信 息，帮助病人正确对待疾病，积极配合各种检查和治疗，并及时安排家属探视，给予病人鼓励、安慰等 心理支持。

**(二)慢性期病人心理特征及干预**

慢性病是指病程长达3个月以上，症状相对固定、常常缺乏特效药治疗的疾病。据WHO 调查，各 国慢性病的发病率呈逐年上升的趋势，危害人们的健康，给社会经济发展造成严重影响。

**1.** **慢性期病人的心理特征** 慢性病病因复杂，病程较长，疗效不佳，病人的心理变化极为复杂。

(1)抑郁心境：慢性病由于长期迁延不愈，部分病人甚至丧失劳动能力，以致职业发展、家庭关系 和经济收入均受到严重影响，病人常常感到沮丧、失望、自卑和自责，认为自己因病而成为了他人的累 赘。因此，对生活失去热情，加之疗效欠佳，对治疗缺乏信心。有的病人不良情绪与日俱增，甚至产生 “生不如死”的消极意念。

(2)怀疑心理与不遵医行为：慢性疾病病因复杂、病程长、疗效不理想，病人常因对慢性疾病缺乏 认识，或因疗效不明显而怀疑治疗方案无效或医师的医疗技术水平不高，因此，反复要求其他医师会 诊或改变治疗方案，有的擅自到院外治疗，甚至自行更换药物，影响医患关系和治疗效果。

(3)病人角色强化：慢性病病人因长期患病，早已习惯了别人的关心和照顾，继发性的获益强化 了病人在心理上对疾病的适应，表现出较强的依赖性，强烈需要他人关注，心理变得脆弱，刻意回避复 杂的现实问题，长期依赖他人照料，心安理得地休养。

(4)药物依赖或拒服药心理：很多慢性病病人由于长期服用某种药物，而对此药产生了依赖心 理，若因病情稳定需要停用该药，或因病情需要换用他药时，病人则会表现出明显的紧张和担心，甚至 出现躯体反应；也有部分病人因为担心长期服用某种药物副反应大，从而对药物产生恐惧心理，不遵 从医嘱甚至偷偷将药扔掉，影响疾病的治疗。

**2.** **慢性期病人心理干预** 慢性病病人的综合治疗是一个长期的过程，应设计一个科学合理的心 理干预计划。①支持性心理治疗。慢性病病程长、病情容易反复，所以，应充分理解和尊重病人，给予 心理支持和安慰，帮助病人建立社会支持系统，鼓励病人家属、亲友等共同关心和支持病人，以便缓解 和消除病人的消极情绪，增强战胜疾病的信心。②情绪管理。帮助病人学会识别和觉察情绪变化的 技巧，向病人解释心理状态和疾病之间的关系，不良心境对健康的消极影响，培养积极乐观的情绪，促

**166**



第十章 病人心理

进机体的康复。③认知行为治疗。应对技巧训练在内的病人教育计划可以增加病人对疾病的了解， 减轻焦虑情绪的产生，以更加合理的认知模式来评价自己的疾病、生活和工作，发展有效的应对策略， 学习适应性的行为，增强病人生活中的目标感和价值感，保持良好的心态，提高病人对慢性病综合干 预计划的依从性，

**(三)康复期病人的心理特征及干预**

病残病人的临床康复主要分为功能训练、整体康复和重返社会三个阶段。①功能训练，保存和恢 复病人的运动、感知、语言功能及日常生活能力；②整体康复，不仅使病人的器官功能障碍得到恢复 而且使病人从生理、心理和社会功能等方面得到全面的、整体的康复；③重返社会，使康复后的病人以 健康的心理和改善的躯体功能去适应社会环境，履行社会职责。其中心理行为的康复具有重要的社 会意义。

**1.** **康复期病人的心理特征**

(1)不良情绪：躯体病残的病人往往存在焦虑、抑郁、孤独、愤怒等负性情绪。抑郁是躯体病残者 普遍存在的负性情绪，抑郁的程度并不完全受病残性质和程度的影响，而主要取决于病残者的个性和 病残对个体的特殊意义，如一个手指的伤残对于钢琴演奏家来说可能是严重的打击，而对从事其他职 业的人而言却并非如此。病人的愤怒情绪往往来源于对病残的不良认知，当病人将愤怒情绪指向自 身时，可能发生自伤自杀的行为；但当愤怒情绪指向他人如医务人员或家人时，则可能以敌意或攻击 行为出现。

(2)错误认知：由于疾病和躯体残疾使病人丧失部分功能和特性，如性的功能或女性第二性征 等，或失去生活自理能力，终生需要他人照护，病人常常会认为此生已彻底无望，万念俱灰，变得敏感 多疑，孤僻自卑，暴躁易怒，不愿与他人交往接触，回避甚至拒绝接受康复治疗，严重影响病人对病残 现实的适应以及对康复计划的执行。

**2.** **康复期病人的心理干预**

(1)纠正错误认知：通过采用各种认知治疗技术，如Ellis理性情绪疗法、Beck 认知治疗技术等， 矫正病人的不良认知，引导病人对机体的补偿功能形成正确的认识，坚信通过不断的康复训练，已丧 失的部分机体功能在一定程度上可以得到补偿。医者也应适时为病人树立人生楷模，如无臂人经过 不懈努力，完全能做到生活自理，甚至可以用足穿针引线、绣花作画等，并将科学的康复训练的知识和 技能传授给病人，鼓励病人制定合理的康复训练计划，通过恰当的康复锻炼，提高生活自理能力，或为 回归社会做好充分的准备。

(2)培养积极情绪：通过心理支持等一系列措施，鼓励病人培养积极乐观、顽强自信的心理品质， 树立战胜疾病，实现康复的信心。在家庭和社会的关心和支持下，进行康复训练和职业训练，增强病 人的谋生能力，使他们的人格受到尊重，提高自我价值感和自信心。

**二、** **临终病人的心理特征及干预**

**(一)临终病人的心理特征**

临终病人由于疾病的折磨，以及对生的依恋、对死的恐惧，故其临终心理活动和行为及其复杂。 1964年，美国精神病学家、临终关怀心理学创始人罗斯(Kubler Ross)在她的著作《死亡与垂危》中，提 出临终病人心理经历了否认期、愤怒期、协议期、抑郁期和接受期等5个阶段。

**1.** **否认期** 多数病人在得知自己的疾病已进入晚期时，表现震惊和恐惧，并极力否认突如其来 的“噩耗”,不承认、不接受自己患有无法逆转疾病的事实。怀疑诊断出了差错，遂怀着侥幸心理，四 处求医，希望证实先前的诊断有误。这是否认心理防御机制在起作用，有其合理性，因为暂时的否认 可以起到一定的缓冲作用，以免当事人过分痛苦。病人的这种心理一般持续数小时或数天，个别病人 会持续否认直至死亡。



第 十 章 病 人 心 理 **167**

2. 愤怒期 随着病情日趋严重，否认难以维持。强烈的求生愿望无法实现，极大的病痛折磨，加 之对死亡的极度恐惧，导致病人出现不满、愤怒的心理反应。通常愤怒的对象是家人、亲友和医护人 员，表现对周围一切挑剔不满，充满敌意，不配合或拒绝接受治疗，甚至出现攻击行为。

3. 协议期 当意识到愤怒怨恨于事无补，相反只可能加速疾病进程时，病人开始接受和逐步适 应痛苦的现实。求生的欲望促使病人与疾病抗争，此时，病人积极配合治疗和护理，情绪较为平静，希 望通过医护人员及时有效的救助，疾病能够得到控制和好转，期望医学奇迹的出现。

4. 抑郁期 虽然病人积极地配合治疗，但病情仍日益恶化，病人逐渐意识到现代医疗技术已回 天乏力，死之将至，病人存有的希望彻底破灭，此时，万念俱灰，加之频繁的检查和治疗、经济负担的压 力和病痛的折磨，使病人悲伤、沮丧、绝望，终日沉默寡言，对周围的事情漠不关心。但病人害怕孤独， 希望得到家人和亲友的同情和安抚。

**5.** **接受期** 面对即将来临的死亡，病人无可奈何，不得不接受残酷的现实，此时的病人已不再 焦虑和恐惧，表现安宁、平静和理智，对一切漠然超脱，等待着与亲人的最后分别，等待着生命的 终结。

罗斯提出的临终心理的5阶段理论具有重要的价值，它突破了人们对死亡研究的禁忌，促使人们 科学和理性地看待和研究死亡现象。但这个理论没有明确指出如何区分死亡的不同阶段，因为有的 病人有可能不会经历上述某个特定的阶段，而有的病人则可能会交替体验其中的几个阶段。

**(二)临终关怀**

当生命走到尽头，死亡已不可避免的时候，人们常面临着巨大的痛苦和恐惧。如何帮助个体坦然 地面对死亡，减轻病魔带来的痛苦与恐惧，提高临终生活质量，维护临终者的尊严，使之宁静安详地走 完人生的最后旅程，是现代社会所面临的难题。临终关怀正是适应这一社会需要而迅速兴起的一项 事业。

临终关怀(hospice),是指由社会各方面(包括医师、护士、社会工作者、自愿者及慈善团体人士 等)组成的机构，为临终病人提供生理、心理和社会的全面支持与照护，使临终病人的生命得到尊重， 症状得到控制，心理得到安慰，生命质量得到提高。

临终关怀是全面适应生理-心理-社会医学模式要求的重要手段。①生理方面：了解和帮助病人 解决各种生理需要，消除病人躯体疼痛等症状的困扰，尽可能使病人处于舒适状态；②心理方面：了解 和理解病人的心理需要，并给予心理支持，采取各种有效的方法使病人正视现实，缓解对死亡的恐惧， 勇敢地面对死亡；③社会方面：指导临终病人正确认识生命的价值及其弥留之际生存的社会意义，使 病人至死保持人的尊严。

临终关怀以提高病人临终阶段的生命质量为宗旨，体现对临终病人生命价值的尊重，要求医护人 员用科学的方法、精湛的临床技能，最大限度地缓解病人的痛苦，减轻病人恐惧、焦虑和抑郁的情绪； 理解和同情临终病人的处境，重视他们的要求。因此，医务人员应态度诚恳，语言温馨，操作轻柔，处 处体现对病人的关怀和尊重，用真挚的情感关心体贴病人，陪伴病人度过生命的最后历程。

临终关怀的目的不在于延长病人的生存时间，而在于提高病人临终阶段的生命质量，维护病人的 尊严。然而，由于传统观念和习俗的影响，对临终病人如果完全放弃治疗，人们往往无法接受，因此， 应给予临终病人适度的治疗，即不以延长生命过程而是解除疾病痛苦为主的治疗。临终病人的心理 是极其复杂的，且因经济水平、社会地位、文化程度、宗教信仰、职业年龄等的不同而有差异。 一般来 说，其精神痛苦远大于肉体痛苦。因此，对临终病人应加强心理治疗与护理，因势利导，使其心理获得 宁静，能正确地面对现实和死亡。

**三** **、手术病人心理特征及干预**

手术对于病人而言是一种严重的心理应激，不仅会产生躯体的创伤性体验，还会产生各种复杂的

**168**



第十章 病人心理

心理反应，这些心理活动会影响病人的手术效果及术后的康复，因此，医护人员应了解手术病人的心 理特点，采取恰当的措施进行干预，以消除病人的消极心理，并获得最佳的手术效果。

**(一)手术病人的心理特征**

**1.** **手术前病人的心理特征** 病人最常见的术前心理反应是情绪焦虑，主要表现为对手术的担 心和恐惧，并伴有相应的躯体症状，表现为心慌、手抖、出汗、坐立不安、食欲减退、睡眠障碍等。病 人术前焦虑的产生主要源于对手术这种有创性的医疗手段缺乏了解，害怕术中疼痛，担心发生意 外，甚至死亡，因而焦虑恐惧。为此病人常表现出矛盾心理，既想接受手术又害怕手术的开展，故 有的病人寻找借口拖延手术日期或拒绝手术；有的病人因术前过度紧张，刚进手术室便大汗淋漓、 心跳加快、血压下降，不得不暂缓手术。病人术前焦虑情绪的产生和程度，个体之间差异很大。 一 般认为性格内向、不善言辞、情绪不稳定以及既往有心理创伤的病人容易出现焦虑情绪；文化程度 高的病人因想法及顾虑多易发生术前焦虑；年龄小或女性病人术前焦虑反应往往较重；家庭关系、 治疗费用、预后等因素也会对术前焦虑情绪的发生产生影响。 一些研究表明，术前焦虑程度与 术后恢复效果存在倒U 字型函数关系，即术前焦虑水平高或者低者，术后心身反应严重且恢复 缓慢；术前焦虑水平中等者，术后恢复效果较好；但也有一些研究结果认为术前焦虑与术后疼痛 程度及术后恢复存在线性关系，即术前焦虑水平高的病人，其术后疼痛程度高，机体康复的速 度慢。

2. 手术后病人的心理特征 术后由于手术创伤引起疼痛和不适，加之担心切口裂开或出血，躯 体不能自主活动，病人会感到痛苦难熬、躁动，产生沮丧、失望、失助等悲观情绪；有些因疾病术后部分 生理功能丧失或体貌严重改变的病人，如接受乳腺癌切除术、截肢术、眼球摘除术的病人，或手术效果 未能达到预先期盼的病人，术后往往会产生一系列严重的心理反应，接纳和自我认同障碍，表现悲观 失望、丧失生活兴趣，甚至发生自伤自杀行为。术后病人心理反应及程度主要受以下因素影响：①术 前焦虑水平较高；②对术后恢复过程缺乏了解或对手术结果的期盼不切实际；③对治疗和康复动机不 足；④与医护人员缺乏有效沟通。

**(二)手术病人的心理干预**

1. 手术前病人心理干预 首先，耐心听取病人的意见和要求，并向其阐明手术的必要性和安全 性；其次，及时向病人和家属提供有关手术的信息，如手术的简略过程，手术应注意的事项，术中、术后 可能使用的医疗设施及可能出现的不适感；再次，安排家属、朋友及时探视，增强病人治疗疾病的信 心，减轻术前恐惧；最后，鼓励病人学习减轻术前焦虑的常用行为控制技术，如放松训练、分散注意技 术及示范技术等，最大限度地减轻病人的术前焦虑。

**2.** **手术后病人心理干预** 麻醉清醒后，应立即向病人反馈手术的有利信息，给予鼓励和支持；了 解病人疼痛情况，及时给予镇痛药减轻疼痛；通过心理疏导，帮助病人克服消极情绪。有的病人消极 情绪的产生是因为评价手术疗效的方法有误，因此，医护人员应将正确评价疗效的方法传授给病人， 使病人能正确认知术后康复过程。

**四、癌症病人的心理特征及干预**

癌症的发病率和死亡率正在逐年上升，已成为当前最主要的死因之一。癌症的病因十分复杂，许 多发病机制还不十分清楚。研究发现，心理社会因素不仅与癌症的发生发展密切相关，而且不良心理 反应和应对方式对癌症病人的生存期也存在显著的影响。

**(一)癌症病人的心理特征**

尽管现代医学对癌症的诊断和治疗有了一定的进展，但对大多数癌症治疗仍束手无策，以致人们 谈“癌”色变。因此，当病人得知患癌信息时，往往产生严重的心理反应。癌症病人的心理反应大致 分为四期(表10-1)。



第十章 病 人 心 理 **169**

**分期**

I休克-恐惧期

Ⅱ否认-怀疑期

Ⅲ愤怒-沮丧期

IV接受-适应期

表10- 1 癌症病人心理反应分期

**持续时间**

< 1 周

症状

当病人初次得知自己身患癌症的消息时，反应剧烈，表现为震惊和

恐惧，同时会出现一些躯体反应，如心慌、眩晕及昏厥，甚至木僵

状态

当病人从剧烈的情绪震荡中冷静下来时，常借助于否认机制来应对

1～2周

由癌症诊断所带来的紧张和痛苦。所以，病人开始怀疑医师的诊断

是否正确，病人会到处求医，希望找到能否定癌症诊断的医师，希望

有奇迹发生

当病人的努力并不能改变癌症的诊断时，情绪变得易激惹、愤怒，有 2 周 后 时还会有攻击行为；同时，悲哀和沮丧的情绪油然而生，病人常常感

到绝望，有的病人甚至会产生轻生的念头或自杀行为

患病的事实无法改变，病人最终会接受和适应患癌的现实，但多数 4 周 后

病人很难恢复到患病前的心境，常处在慢性的抑郁和痛苦之中

在癌症治疗中，严重的副反应常常会给病人带来暂时或持久的心理冲击，例如化疗和放疗所引发 的恶心呕吐及脱发，使病人深感苦恼，严重影响病人的自信和伤害病人的自尊，致使部分病人变得退 缩，不愿与人主动交往。癌症根治术是一种较为严重的有创性医疗手段，患癌器官切除或癌性截肢， 会导致功能丧失或体像毁损，如容颜外观的毁损会损害病人的自尊，使病人对自己的身体或外貌难以 认同，从而产生自卑和抑郁的情绪。

**(二)癌症病人的心理干预**

及时给予癌症病人适当的心理干预，可以帮助病人减轻心理痛苦，尽快适应和认同自己的心身变 化，同时配合抗癌的综合治疗，提高生活质量。

**1.** **告诉病人真实的信息** 一旦癌症的诊断明确，就面临是否将诊断结果告知病人的问题，以及 何时告知和如何告之。目前，国内外医者对此看法不一，但多数学者主张在恰当的时机将诊断结果和 治疗信息告诉病人。让病人了解治疗过程中可能出现的各种副作用和并发症，并进行耐心解释和心 理辅导，以便有利于病人积极配合治疗。当然，在告诉病人诊治情况时，应根据病人的人格特征、应对 方式及病情程度，审慎地选择时机和方式。

2. 纠正病人对癌症的错误认知 病人许多消极的心理反应均来自于“癌症等于死亡”的错误观 念。医务人员应帮助病人了解疾病的科学知识，接受癌症诊断的事实，及时进入和适应病人的角色， 积极配合抗癌治疗。

**3.** **处理病人的情绪问题** 大多数癌症病人有情绪问题，而躯体疾病和心理因素的交互影响会导 致恶性循环：得知癌症诊断，出现消极的情绪反应，消极的情绪反应进一步影响生理功能，使症状加 重，引发情绪进一步恶化 ……,阻断这种恶性循环的关键在于解决病人的情绪问题。对于处在否认- 怀疑期的病人，应允许其在一段时间内采用否认、合理化等防御机制，让病人有一段过渡时期去接受 严酷的事实。但是，长时间的“否认”则可能延误治疗，故应加以引导。研究表明，对于癌症病人，真 正意义上的“否认”并不多见，大多数属于情感压抑。支持性的心理治疗，可帮助病人宣泄压抑的情 绪，减轻紧张和痛苦的情绪。

由于对死亡、疼痛和残疾等后果的担心，癌症病人常常会产生焦虑和恐惧情绪，可采用认知疗法 纠正病人的错误认知，如“癌症是不治之症”等歪曲的观念，结合支持性心理治疗、放松技术、音乐疗 法等治疗，减轻病人的焦虑和恐惧情绪。对于严重焦虑、恐惧的病人，可适当使用抗焦虑药物治疗。

抑郁是癌症病人另一常见的消极情绪，严重者可能不配合治疗，甚至产生自杀意念和行为。通过 深入地晤谈和对抑郁程度的评估，采用多种治疗方法如支持治疗、认知治疗等进行心理干预；鼓励和 强化病人增强人际交往，并进行力所能及的活动，以促进情绪改善；对于严重抑郁的病人，抗抑郁剂的 使用很有必要。

170



第十章 病 人 心 理

4. 减轻疼痛应高度重视癌症病人的疼痛问题，因癌症病人的疼痛往往伴有恐惧、绝望和孤独 的心理反应，可能加重疼痛的主观感受。由于疼痛可以加剧病人心身交互影响，故应首先采取措施减 轻和消除疼痛，然后再处理因疼痛而引发的心理问题。晚期癌症病人的疼痛应尽早用药物控制，不必 过多考虑止痛药物的各种禁忌。

5. 重建健康的生活方式宣传健康知识，倡导人们建立健康的生活方式，树立防癌意识，切断不 良生活方式与癌症的通道。

**五、器官移植病人的心理特征及干预**

器官移植是针对重要脏器病损后功能衰竭，除采用健康器官置换外，已别无他法的病人采取的一 种手术治疗方式。自1954年世界上第一例同卵双生子间的肾移植手术在美国波士顿成功开展以来， 器官移植技术已成为治疗器官功能衰竭的有效手段，它是20世纪医学发展最令人瞩目的医学高新技 术之一。伴随着器官移植技术的开展，器官移植病人的心理问题也逐渐引起了人们的关注。

(一)器官移植病人的心理特征

器官移植病人的心理变化分为异体物质期、部分同化期与完全同化期3个阶段。

1. 异体物质期 见于术后初期。部分病人认为自己生命得以延续是以损害他人的健康作为代 价，即使器官来自过世的捐献者，自己的生存机会也是建立在他人死亡基础之上的，病人因而内疚自 责、悲观抑郁；有的病人厌恶自己依赖罪犯(真实的或想象的)的脏器而活着，产生罪恶感。术后初 期，多数病人对移植入体内的外源性器官有强烈的异物感，担心其与自身的功能活动不匹配，或造成 自己体像及完整性的破坏，故恐惧不安，内心排斥。

2. 部分同化期及完全同化期 随着时间的推移，病人对移植器官逐渐接纳认同，不良心理反应 迅速减少。此时病人表现出对供者的异常好奇，到处走访打听，希望详细了解使他获得第二次生命的 供者的全部信息，甚至生活琐事。有报道称，当有的病人获知供者的详情后，其心理活动和人格特征 受到较大影响，如接受男性供者肾脏后的女性病人，心理行为表现出男性特征；相反，接受女性供者肾 脏后的男性病人心理行为则出现女性特征。

有研究表明，器官移植术后病人心理问题发生较多，以肾移植为例，32.2%病人有不良心理反应， 主要表现焦虑和抑郁，其中7例曾有自杀行为。尽管活体器官移植的成功率明显高于尸体器官移植， 但不良心理问题的发生率活体器官移植也相对更高。有报道称，亲属活体器官移植，不良心理问题发 生率达57%,而尸体器官移植发生率则为31%,目前原因尚不清楚。

**(二)器官移植病人的心理干预**

医务人员应针对器官移植病人的心理特点进行有针对性的心理干预。首先，应向病人讲解器官 移植的相关知识，使病人能对器官移植术有切合实际的心理预期；其次，加强对器官移植病人的社会 支持。国外的实践已经证明，社会支持能有效地缓解移植病人的心理压力，提高生活质量，增强术后 治疗的依从性。因此，医务人员应呼吁社会关心爱护移植病人，同时也应鼓励病人多与社会接触，充 分利用各种社会资源的支持，肯定自身的价值，提高生活质量。国外有学者以社会网络图的形式将每 个移植术后的病人置于网络之中，通过该网络图加深术后病人之间的了解，促进病人之间的相互交 流，满足移植病人的特殊需求。国内也有通过“肾友会”和“肾友之家”对病人进行健康教育、回访服 务、“肾友”联谊活动等多种形式，积极促进病人的心理健康，帮助病人顺利进行角色的转化。

**六、** **医疗美容领域受术者的心理特征及干预**

随着生活水平及文化素质的提高，人们对美的追求日益强烈，希望通过美容整形手术美化容貌的 个体愈来愈多。受术前心理特点及心理预期的影响，受术者对美容整形手术效果的主观评价存在较 大差异，即使一些客观上已较为理想的美容整形手术，由于未能达到受术者心理预期的目标，也会引 发受术者产生各种负性心理反应。



第十章 病 人 心 理 171

**(一)医疗美容领域受术者的心理特征**

美容整形是通过修复、再造等方式，以恢复或改善受术者组织器官功能及外貌。受术者求医动机 主要有以下几种：①缺陷障碍。由于先天性缺陷或后天性畸形，长期遭受精神痛苦，有严重的自卑心 理，对手术改善容貌及功能有强烈的要求。②合理崇美。自身条件已较好，为适应工作环境、职业要 求和社会活动的需要，希望通过美容手术使自己更加完美。③偶像崇拜。受术者对美学存在幻想，夸 大自身容貌的不足，对手术期望较高，要求医师以某明星的眼睛、下巴等为模板，“照模施术”以便“改 头换面”。④情感受挫。由于求偶不成、就业失败或家庭破裂而备受打击，受术者期望通过美容整形 术实现“旧貌换新颜”,以此作为重新生活、获取他人认可悦纳的开端。

无论因何种动机接受美容整形手术，受术者的心理问题都贯穿于手术过程的始终，从术前期待到术 后对手术效果的评价，其心理状态会发生一系列变化，主要表现为以下4种：①自卑心理。对自身容貌或 形体不满，不能悦纳继而厌弃自己，有强烈的自卑感，不愿与外界接触，自我封闭。②恐惧心理。在等待 手术的过程中，由于缺乏医学知识，对整形美容术不了解，害怕术中疼痛，担心发生意外，甚至死亡，因而 焦虑不安。③矛盾心理。整形美容受术者一方面渴望手术尽快实施，以实现改善容貌恢复自信的目的； 另一方面又害怕手术的痛苦和危险，怀疑医师能力和经验，担心手术不能达到期望的效果。④满意或失 望心理：美容整形术后，受术者的心理会发生较为明显的变化。部分受术者因手术使体像得到改善，故 对手术效果感到满意并产生愉悦欣快的情绪，获得积极的心理效应；而部分受术者则因术后无法接受容 貌的改变，或者周围人无法接受自己容貌的改变，对手术效果失望，而产生焦虑、烦躁、易怒等情绪。

**(二)医疗美容领域受术者心理干预**

术前带领受术者熟悉病房环境，将手术医师、护士以及病友介绍给受术者，提高其对医院环境的 认同感、归属感，降低对医院环境及手术的排斥，改善因陌生环境而产生的焦虑、恐惧情绪；同时向受 术者讲解手术过程、注意事项及禁忌行为，有利于受术者了解手术，增强遵医行为，提高手术成功率。 医师应通过有效的交流沟通，及时了解受术者的心理状态，明确其心中忧患的原因，有针对性地进行 心理疏导，缓解和消除其负面情绪，将术后恢复期可能出现的疼痛、肿胀及预期结果通过案例、图片等 形式展示给受术者，提高术后恢复所需的承受能力，以良好的、积极的心态准备接受手术治疗。对于 期望值过高的受术者，劝导其正视无法根本改变的基本生理条件如高矮、肥胖、皮肤黑白等，客观看待 手术效果，建立恰如其分的心理预期。医务人员还应向受术者传授正确的心理放松方法，术前进行放 松练习，如多次深呼吸，放松全身肌肉等，避免因心理过度紧张而影响手术效果。治疗室内播放轻音 乐，可有效缓解病人焦虑紧张的情绪。

**七、基因技术应用中病人的心理特征及干预**

基因技术是随着DNA 重组技术的成熟而发展起来的高新医学技术，它在肿瘤、心血管疾病及罕 见病等疾病的临床筛查诊断和治疗中具有重要的应用价值。然而，基因诊断和治疗也会给病人带来 一系列心理问题，需要审慎分析。

**(一)基因技术应用中病人的心理特征**

**1.** **基因诊断技术应用中病人的心理特征** 基因诊断是应用分子学技术，制备特异的DNA或 RNA 探针或者寡核苷酸引物，检测相关个体特定基因是否存在、缺失、插入以及突变，从而诊断是否 患有某种疾病。目前，基因诊断已在产前检测、新生儿筛查、迟发性遗传疾病检测及复杂疾病的预诊 中运用。然而，已有的研究表明基因诊断或检测结果会给病人带来一定的心理困扰，以乳腺癌为例， 研究证实BRCA¹ 和 BRCA2 同为乳腺癌的抑癌基因，与家族性乳腺癌的发生密切相关。携带 BRCA₁/ BRCA2 基因突变者一生中患乳腺癌、卵巢癌的危险显著增加。尽管借助基因检测技术，能尽早发现 BRCA 基因突变携带者，及时对乳腺癌发病风险做出科学评估和理性决定，赢得更多的生存机会，但

知晓检测结果也可能导致当事人出现情绪、认知和行为的改变。 一些研究表明BRCA₁/BRCA2 基因

突变者在得知结果的最初可能会有担心和焦虑，但这种情况通常会在1年左右逐渐消失。另一些研

172

艺记

第十章 病人心理

究表明乳腺癌病人在检测的整个过程中都存在较高水平的忧虑。大多数“能检测、无治疗”的基因检 测结果，可能会给检测者带来极大的心理压力，甚至超过疾病风险本身。故民众对是否接受基因检测 或是否获知检测结果所持态度并不一致。有些人为了不影响生活质量及情绪状态，拒绝获悉基因信 息，更不想过早地知道未来可能罹患某些无法治愈疾病的信息。 DNA 双螺旋结构的发现者沃森 (J.D.Watson) 博士就不愿分析一种叫ApoE 的基因，因为这种基因的某种类型与阿尔茨海默病的发 生有关，他不想预先知道这一结果以免产生负性情绪。被检测出携带某种缺陷基因或突变基因且无 有效治疗方法，会让部分病人或检测者陷入莫名的恐慌中，有的阳性检测者为缓解极度的焦虑和紧 张，往往会选择预防性手术以免罹患相应疾病。美国影星安吉丽娜 ·朱莉(Angelina Jolie)就是一个 典型的例子。安吉丽娜 ·朱莉在基因检测中被告知携带BRCA1 突变基因，可能有87%罹患乳腺癌的风 险和50%罹患卵巢癌风险，朱莉毅然决定预防性接受双侧乳腺、卵巢和输卵管切除术以缓解对患乳腺癌 和卵巢癌的恐惧。 Uyei等调查了554例接受基因检测的女性，发现132例携带缺陷基因，其中12%选择 了预防性根治手术，12%选择了预防性双侧卵巢加输卵管切除术，24%选择了以上两种手术，其余检测者 选择了随访监测。预防性手术降低了对发生乳腺癌风险的担心和忧虑。但有研究发现，部分检测者接 受手术后后悔选择手术的决定，她们在性功能、身体形象等方面表现出有较大的心理压力。

2. 基因治疗技术应用中病人的心理特征 基因治疗是指借助载体的帮助，将外源性功能基因定向 地导入靶细胞，以置换或增补病人体内缺陷基因，从而达到治疗疾病之目的。基因治疗技术的研发始于 20世纪70年代，至90年代其可行性在实验中得到验证。1990年美国FDA 正式批准了第一个基因治疗 临床试验之后，世界各国都掀起了基因治疗的研究热潮。截止到2014年7月，全球共批准2076项基因 治疗方案进入临床试验阶段，其中400多项已进入Ⅱ、Ⅲ期临床试验阶段。与美欧相比，我国是世界上较 早开展基因治疗临床试验的国家，近些年基因临床试验发展迅速，已经有24个治疗方案处于临床试验阶 段。基因技术在治疗严重威胁人类健康和生命的疾病方面，具有传统疗法所不具备的优势。然而，目前 国际上基因治疗均还在临床试验阶段，尚存在较大的风险：①基因导入系统尚不成熟，载体结构不稳定， 治疗基因难以到达靶细胞；②常见复杂性疾病是由多基因突变所致，故难以从基因治疗中获得一劳永逸 的疗效；③外缘基因在靶细胞表达的可控性差，有可能激活致癌基因的潜在危害。1999年，美国18岁青 年Gelsinger在一次基因治疗临床试验中不幸死亡；2002年，法国2个患病女孩在复合性免疫缺陷症基因 治疗临床试验中，被怀疑得了白血病；2007年，Jolee Mohr在芝加哥大学医学中心接受基因治疗时意外死 亡。由于部分科学家急功近利的心态以及媒体不恰当的报道，导致病人对基因治疗产生了过高的期盼， 而现实的临床试验结果却远低于人们的预期，从而促使病人再次体验到悲观绝望的情绪。

**(二)基因技术应用中病人的心理干预**

对有基因缺陷者，或有家族遗传性疾病或家族性癌症如乳腺癌的高危人群，提供充分的遗传信息 和采取良好的教育模式能帮助他们/她们正确地选择预防策略，极大地减轻心理压力。遗传信息的获 取能促进检测者的自主决策，减少做决策时引发的各种心理冲突。 一项随机对照研究纳入了超过 200例有乳腺癌家族史的女性，她们接受了有关BRCA1/BRCA2 遗传咨询加上计算机辅助的决策方 法，结果显示这两种方法结合可以更好地增加检测者的相关知识，做决定时矛盾更少，满意度更高。 还有一个多中心的研究显示：接受遗传咨询时提供的信息手册可以减少检测者做决定时的焦虑，增加 满意度。遗传咨询和基因诊断技术的应用，应贯彻自愿原则，应将诊断的目的、可能的结果、后果及风 险等相关情况如实地告知受检者；受检者自主决定基因检测结果是否愿意知晓及选择何种防范策略。 医护人员应对检测结果保密，保护受检者的基因隐私，防止在保险、求职和婚恋中受到歧视。

基因治疗给某些目前尚无法治疗的疾病带来了希望，蕴藏着巨大的潜力，但基因治疗尚处在临床 试验阶段，还存在很多亟待解决的技术问题，因此，基因治疗必须遵循最后选择的原则，即对某种疾病 在所有疗法都无效或微效时，才考虑采用。由于技术的不成熟及预后的不可预测都可能对病人产生 伤害。因此，必须向病人提供基因治疗的效益、风险等信息，让病人在充分理解这些信息的基础上，自 主地决定是否接受治疗，并自觉承担治疗所产生的一切可能的后果。

(杨小丽)





**第十一章** **医患关系与医患沟通**

医患关系直接影响医疗卫生活动的质量和效果，因此如何提高医患沟通技巧，建立和谐的医患关 系得到了全社会的广泛关注。著名医史学家亨利 · 西格里斯曾经说过：“每一个医学行动始终涉及两 类当事人：医师和病员，或者更广泛地说，医学团体和社会，医学无非是这两群人之间多方面的关系”, 即医疗卫生活动与医患关系密不可分。本章将结合社会文化背景及医疗卫生活动实践，介绍医患关 系和医患沟通在医疗卫生活动中的重要作用；阐述医患关系的相关概念、类型、影响因素等；深度剖析 基于不同理论视角下和谐医患关系的建设。同时本章将总结我国医患关系的现状，分析我国医患关 系紧张的原因，探讨建立和谐医患关系的对策，为我国医患关系的建设提供科学的理论依据和切实可 行的实践策略。

**第一节** **医** **患** **关** **系**

医患关系是医疗卫生活动中客观形成的医患双方以及与双方利益有密切关系的社会群体和个体 之间的互动关系，是医学心理学的核心内容之一。医患关系贯穿整个医疗卫生活动的全部过程，其不 仅影响医疗卫生活动中的临床诊断、治疗、康复等，也会影响患者的健康教育、健康检查及预防措施的 落实，从而影响到医疗卫生服务的效果；同时，从行业和社会发展来看，医患关系还会影响到医院医 德、医风建设和医疗机构的形象。

**一** **、医患关系概述**

医患关系是医疗卫生活动中以医务人员和患者及其家属为主体，以保障和促进患者健康为目的 而建立起来的一种特殊的人际关系，对医疗卫生活动的顺利开展具有举足轻重的作用。

**(** **一** **)医患角色**

**1.** **医师角色、权利与义务** 医 师(doctor) 是指在特定的医患关系中，掌握医疗卫生知识和医疗 技能，直接从事疾病诊疗、进行疾病防治工作的专业人员。他们通常具有社会文化规定的角色行为 这些角色行为规定了医师的职业行为，也保证了医师能行使其职责和义务。医师的角色特征主要表 现在以下几个方面：①医疗服务的实施者；②医学知识的传授者；③医学权威专家；④风险管理者； ⑤ 医疗经济的参与者；⑥社会工作体系中的普通劳动者等。作为医疗行为实施者，医师的权利与义务 关系到患者的生命健康。

医师的权利主要包括：①病情询问权；②疾病诊断权；③对患者进行检查的权利；④对患者进行医 学治疗的权利；⑤死亡判定权；⑥参与医学司法活动的权利；⑦从事医学研究和参与学术交流的权利； ⑧ 继续教育的权利；⑨获得劳动报酬的权利等。

医师的义务主要包括：①依法提供医疗卫生服务的义务；②医疗告知的义务；③紧急救治的义务； ④ 为患者保密的义务；⑤健康教育的义务等。

2. 患者角色、权利与义务患者角色(sick role)最初由美国社会心理学家Parsons于1951年提 出。患者是指患有疾病并且具有求医和治疗行为的社会人群。 Parsons认为患病不仅仅是发生于个 体身上的一个事实或需要面对的医学状况，而且会使个体进入一种患者角色，在心理和行为上也就产 生了相应的变化。患者的角色特征主要表现在以下几个方面：①患者可以从常态的社会角色中解脱

174

笔记

第十一章 医患关系与医患沟通

出来，免除其原有的社会责任和义务；②患者对陷入疾病状态是没有责任的；③患者应努力使自己痊 愈，有接受治疗和努力康复的义务；④患者应当寻求可靠的治疗技术，必须与医务人员合作，共同战胜 疾病。患者角色与其他社会角色一样，也有自身的权利和义务。

患者的权利主要包括：①受到社会尊重、理解的权利；②享受平等医疗服务待遇的权利；③免除或 部分免除身体健康时的社会责任的权利；④要求保守个人隐私的权利；⑤知情同意的权利；⑥自由选 择的权利；⑦监督自身医疗护理权益实现的权利等。

患者的义务主要包括：①及时就医、早日康复的义务；②寻求有效治疗，认真遵循医嘱的义务； ③ 遵守医疗机构规章制度的义务；④按时、按数缴纳医疗费用的义务；⑤尊重医务人员的义务；⑥支持 医学科学发展的义务等。

上述患者的权利和义务只是典型的情况而非绝对的规定，如临终的患者很难恢复原有的社会责 任；慢性病患者不一定能解除其日常社会责任；蓄意自伤的患者也不得不对其自身导致伤残的行为负 责等。

**(二)医患关系的概念**

医患关系(doctor-patient relationship)是指医疗卫生活动中，医务人员为保障和促进患者健康而与 患者及其家属建立起来的特殊人际关系。在疾病诊治过程中，医患关系非常重要。当患者就医时，医 师会对患者的病情从生理到心理进行整体的评估、诊断和治疗。作为医疗卫生活动的重要组成部分， 和谐医患关系有益于提高疾病治疗效果，也是反映医疗质量的重要指标之一。

**(三)医患关系的重要性**

在医疗卫生活动中，医患关系得到了人们越来越多的重视，并且成为了医疗卫生活动质量和效果 的基础。然而，随着近年来医学技术的革新，大批医疗设备被应用于临床实践，医师常常依靠各种设 备数据进行诊断；同时就医人数增多，医师在许多时候不能很好地倾听患者的陈述，医患沟通的时间 及效果都受到了影响，医患信任关系受到挑战。医患关系的削弱导致了很多不良后果，如医疗事故、 医疗纠纷等。因此，建立良好的医患关系非常重要。

**1.** **良好的医患关系是医疗活动顺利开展的基础** 医疗卫生活动中，医师应采用适当的方式询问 患者的个人、家庭和社会背景，获取患者基本的临床资料，以便对患者的疾病和相关健康问题准确把 握和分析。首先是病史、查体和实验室检查资料，如患者家族疾病遗传史、心电图等。其次是社会心 理资料，如患者的就诊目的、人格特征及其社会背景等。所有这些资料的获得都依赖于医务人员的责 任感和态度，依赖于患者及其家属对医师的信任，依赖于良好的医患关系。

**2.** **医患关系影响就医行为** 医患关系是影响患者就医行为的重要因素之一。在医疗卫生活动 中，患者对医师的态度、技术水平等方面不满意时经常会出现各种不利于医疗活动开展的行为，如就 医时频繁更换医院或医师，就医连续性较差，放弃就医等。

**3.** **医患关系影响遵医行为** 医患关系也是影响患者遵医行为的重要因素之一。遵医行为受患 者和医务人员两方面因素的影响，患者自身的某些状况会影响其遵医行为，如文化层次、职业、家庭支 持程度等；而医师的某些情况更加会影响患者的遵医行为，如年龄、仪表、技术水平、诊疗模式及对待 患者的态度等。因此只有医患信任关系存在，患者才能尊重、感激医师，才能遵照医嘱治疗疾病，恢复 健康。否则医患关系就会进入恶性循环。

**4.** **良好的医患关系是一种治疗手段** 良好的医患关系能够为医师和患者带来良好的心理氛围 和情绪反应。对患者而言，不仅可以减缓疾病所造成的心理应激，而且可以从良好的情绪反应所致的 躯体效应中获益；对医师而言，这种充满生气的医疗活动也可以带给他们更多心理上的满足，从而促 进医患关系健康发展。所以，良好的医患关系本身就是一种治疗手段，它不仅可以促进患者的身心健 康，而且对医务人员的身心健康也具有积极作用。

**(四)医患关系的特点**

医患关系是一种特殊的人际关系，关乎患者生命和健康。它既是一个结果，也是一个过程；既具



第十一章 医患关系与医患沟通 175

有稳定性，又具有动态性。医患关系具有以下特点。

**1.** **目的指向性** 医患关系是为解决患者的健康相关问题而建立的一种人际关系。患者因疾病 而寻求医疗服务，医师为恢复患者健康而与患者建立疾病诊治的共同联盟。在这样的关系中，患者尊 重医师、信任医师，把自己的健康甚至生命托付给医师。医患关系具有明确的目的指向性，体现了医 师对患者生命权的尊重、忠诚和责任。这样的医患关系是医疗服务的基本条件，即所有的医疗活动都 在此关系构架中展开。

2. 职业性 医患关系是在职业行为过程中出现的一种特殊人际关系，这体现了医师要通过劳动 和服务来获取报酬。这种关系从初期的患者求医而开始，历经病史采集、检查、诊断、治疗，到后期随 着患者治愈或死亡而结束。在诊疗过程中，患者常常希望与医师发展更私人的非职业的关系，以得到 更方便的健康照顾。如患者希望得到医师的私人电话，请医师吃饭，与医师成为朋友等。通常，医师 在工作时间以外，并不希望被患者过多干扰。当然， 一些医学情况例外。如有些医学问题，需要医师 在一段时间内跟踪患者的治疗反应，这种情况下医师必须全力以赴。这是医师的责任和义务所决定 的，不能与上述职业性混为一谈。

3. 信息不对称性 关于疾病，医师具有诊断和治疗的能力，而患者由于相对缺乏医学专业知识 经常处于被动、依赖的地位。医患双方因为医学信息的不对称，导致了双方在医疗卫生活动中的地位 不对称。这就要求医师尊重患者、关爱患者，用认真的态度、礼貌的举止、精湛的医术，全心全意为患 者服务。

4. 多层次性 疾病的复杂性及患者需求的多层次性，决定了医患交往具有多层次性的特点。患 者到医院就医除了治疗疾病的需求外，还渴望被尊重、被关爱，渴望获得医务人员的帮助，使自己远离 疾病。与此相适应，医务人员不仅要关注患者的疾病伤痛，更要重视患者的心理改变、情感需求，实现 医患双方进行多层次需求满足的互动。

5. 时限性从患者就医到疾病治疗结束，医患关系也经历了建立、发展、结束等不同时期。与其 他类型的人际关系相比，医患关系有一个明确的特点就是时限性，即患者的治疗结束后，这种特定的 医患关系也就结束了。在医患关系结束后，医师愿意作为个人与曾经的患者交往是医师自己的选择， 也对自己的选择负责。

6. 动态性 医患关系不是一成不变的，随着医疗服务的过程和结局，医患关系也在发生着变化。 良好的医患关系，可能会因为疾病治疗结局不理想而变成患者对医师的不满、愤怒，使医患双方失去 了对彼此原本的信任、忠诚、尊重。此外，因疾病的治疗和健康的恢复而使患者对医师产生信任，也会 使原来不太融洽的医患关系发展成积极的、和谐的医患关系。建立和维护良好医患关系是医师的基 本技能之一。

**二、** **医患关系的类型**

根据患者的个体差异及疾病的性质，医患双方在医患关系中扮演的角色、发挥的作用会有所差 异，美国学者Szasyt和 Hollander提出了医患关系的三种模式。

**(一)主动-被动型**

“主动-被动型”模式(active-passive mode)是指在医患关系中医师完全处于主动地位，具有绝对的 权威，而患者完全处于被动地位。这是一种受传统生物学医学模式影响而建立的医患关系模式。这 种医患关系的特点是“医师为患者做什么”,模式的原型属于“父母-婴儿”。这种模式过分强调医师 的权威性，而忽视了患者的主观能动性，使患者在医疗活动中仅仅充当诊疗方案的接受者。但这种医 患关系的模式可适用于某些特殊患者，如意识障碍的患者、婴幼儿患者、危重或休克患者及某些精神 疾病患者等。

**(二)指导-合作型**

“指导-合作型”模式(guidance-cooperation mode)是以生物-心理-社会医学模式为指导思想，以疾

0m

176

艺记

第十一章 医患关系与医患沟通

病治疗为目的而建立的医患关系。在该模式下，医师和患者同处于主动地位，但医师仍然具有权威 性。这种医患关系的特点是“医师告诉患者做什么和怎么做”,模式的原型属于“父母-儿童”。在医 疗服务过程中，医师的权威性在医患关系中发挥主要作用。医师从患者的健康利益出发，提出决定性 的意见；患者则尊重医师权威，遵循其医嘱去执行治疗方案，患者的合作属于服从的配合。这种模式 较“主动-被动型”医患关系前进了一步，允许患者参与到自己疾病的治疗过程中，尊重了患者的主观 能动性。这种模式适用于神志清醒，具有正常感知、情感、意志和行为能力的患者。

**(三)共同参与型**

“共同参与型”模式(mutual-participation mode)是一种以生物-心理-社会医学模式为指导思想，以 健康为中心而建立的医患关系。“医师帮助患者自我恢复”,模式的原型属于“成人-成人”。在这种 模式中，医师和患者同处于主动的地位，医患双方彼此相互依存，平等合作。在医疗卫生活动中，患者 不仅是积极的合作者，而且能够积极主动地参与到自身疾病的治疗过程中。这种模式的医患关系与 前两种类型相比，更加重视尊重患者的自主权，给予患者充分的选择权。这种模式适用于慢性疾病患 者，同时，这种模式要求医师和患者在智力、知识、教育程度等方面接近。

患者疾病性质不同、疾病阶段不同，医患关系的模式可能会随之发生变化，只有医患关系的模式 与患者的疾病性质、病程相符合时，才能使患者得到优质的医疗服务。

**三、** **医患关系的影响因素**

良好的医患关系能够促进医患双方对彼此的尊重、理解和信任，促进双方之间的交流和沟通，进 而提高医疗卫生服务质量。在临床医患交往过程中，影响医患关系发展的因素有很多，其中常见的因 素主要有以下几个方面。

**(一)医师对医患关系影响**

作为医患关系的主体之一，医师本身对医患关系有较大的影响，其必须学习接诊不同身份、性别、 年龄，不同文化和社会角色的患者。主要表现在以下几个方面：

**1.** **医师的沟通技巧** 医患沟通是影响医患关系最重要的因素。良好的沟通是医疗服务的基础， 是患者寻求医学帮助的基本需要；缺乏沟通技巧的医师，在医患关系中表现为对患者缺乏共情，在其 言语及非言语沟通中，都可能伤害患者及其家属的尊严，甚至侵犯患者的权利。如果医师不能尊重患 者的隐私或不履行告知义务等，都会严重影响医患关系。

**2.** **医师的个人应激性事件** 医疗卫生工作是一个特殊的职业，作为主体的医师要承受许多不可 预见的职业应激，同时医师也如同普通人一样，是存在独特的个性特征的个体。长期存在的职业应 激，甚至职业倦怠，都会影响医师与患者的沟通。另外，医师也会经历普通人遭遇的应激事件，如家庭 变故、功能丧失及日常困扰等，这些都会影响到医患关系。如果医师受到这些应激性事件的影响，就 会表现出对患者的冷漠、忽视，直接影响医患关系，也会影响到医疗决策的选择，是非常危险的。

3. 医师的心理素质 医师除了具备医学专业知识外，其心理素质也是影响医患关系的重要因 素。首先，医师的人格对医患关系有一定影响。 一般来说，气质类型中，胆汁质和抑郁质的医师情绪 情感体验深刻，比较敏感，遇到问题时，容易冲动，反应强烈，对医患沟通有一定影响；其次，医师的情 绪状态对医患关系也有一定影响。不稳定的情绪状态或负性情绪都会影响医患关系。 一般来说，焦 虑情绪、抑郁情绪的医师，在医疗活动中，经常处于紧张、犹豫不决和不安全感之中，经常不自信，且回 避责任，严重地影响了医患关系。因此，医师应注意培养自身良好的人格素质，对待患者诚恳、正直、 礼貌、乐于助人，对工作热情、客观、冷静、认真负责；同时，医师应具有较强的自我调控能力，保持稳定 的情绪，不能把负性情绪发泄到患者身上。医师只有具备优良的心理素质，才能保持身心健康，提高 工作效率。

**4.** **对患者的反移情** 在医患关系中，医师除了从医师角色的视角对待患者外，医师个人无意识 的需要、欲望、价值观等，有时也会无意识地投射到患者身上。例如在面对非常有吸引力的异性患者



第十一章 医患关系与医患沟通 177

时，医师的思维可能会变得非理性起来，无意识地希望发展与患者更亲密的关系，使医患关系偏离职 业关系，最终可能发展为个人之间的亲密关系。这是医师应该避免的。

(二)患者对医患关系的影响

作为医患关系的另一主体，患者也会影响医患关系，主要表现在以下几方面。

1. 疾病因素不同的疾病使患者在医患关系中表现出不同的行为，重症病、慢性病、精神病常常 使医患关系具有不同的类型。如身患癌症的患者，会因治疗不理想把自己的悲伤、愤怒发泄到医务人 员身上，甚至拒绝继续治疗。有的患者会因对疾病的过度恐惧和担心，反复希望得到医师的保证和 安慰。

2. 患者对医师的角色期望与信任 通常患者对医师和医疗技术的期望值是很高的，希望医师能 明确诊断，药到病除。此外，高医疗费用也会使患者对医师给予过高的期望和信任，如果达不到患者 及其家属所期望的结果，就会造成对医师的不满，甚至导致医患纠纷。

3. 患者的心理素质在医疗活动中，医师会面对不同心理素质的患者。首先，某些人格特质的 患者，如气质类型中的胆汁质和抑郁质的患者，比较敏感冲动，遇事不顺就反应强烈，这类患者在医患 沟通中应该引起医师的格外关注，其会给医患沟通带来特殊的困难，有时使医患关系难以健康发展； 还有某些人格特质偏倚的患者，如有的患者表现对医师的过分依赖；有的患者要求过多，需要不断得 到关注；还有的患者固执地坚持自己对疾病症状的认知，难以接受医师的专业解释等，这些都会严重 影响和谐医患关系的建立。其次，患者不良的情绪状态严重影响医患关系。由于疾病造成的影响以 及某些焦虑或抑郁患者，其经常处于不稳定的情绪状态中，在医患沟通中，其紧张、焦虑、不安及恐惧 的情绪状态，使其缺乏耐心和自信心，导致沟通不畅，甚至出现医患纠纷。

4. 患者对医师的移情 患者角色的社会合理性，使部分患者以患者身份与医师保持长期的关 系。在这种长期的医患关系中，医患关系成了患者生活中重要的关系，其代替了患者匮乏的人际关系 和社会支持，患者无意识地将个人关系中的亲密关系和情感投射到医师身上，这就是“移情”。在移 情的医患关系中，患者的症状受到无意识的控制，可能长期存在，虽然生物学上并没有可证实的异常， 但治疗效果不佳，致使医师感到挫败和焦虑。

5. 患者文化因素 患者的年龄、职业、教育水平、民族和信仰等因素也会对医患关系造成一定的 影响。因此，医师应该从患者不同的文化背景角度出发，了解患者对疾病的认识、理解和治疗期望。

(三)就医过程对医患关系的影响

1. 就医时间 就医时间能够反映出医患关系的状况，其对医患关系的维护和动态变化有明显影 响。长期有规律复诊的患者，表明医师在彼此尊重、忠诚、信任和疗效方面能够获得患者的认可。选 择同一位医师的就医时间越长，患者对医患关系越满意；相反，那些不断更换医师的患者很难建立稳 定、良好的医患关系。

2. 就医过程的体验 患者就医过程的不良体验常常是医患纠纷的导火索。在就医过程中，由于 时间、环境、文化等多种原因，医师常常无法满足患者的需要，为此造成不和谐的医患关系。如果医师 能充分了解患者的就医需求，并且其诊疗行为能够使患者加深对自身疾病的了解，使双方对疾病诊治 方案达成共识，患者对医患交往的体验比较满意，就会进一步进行医患交往。总之，患者更希望寻找 那些能满足他们医疗期望的医师，当患者感到他的医师不具备他所期望的医师角色特征时，就会中断 医患关系。

(四)社会传媒导向

作为现代社会的重要信息传播方式，媒体具有影响面广、信息获取便捷，对公众态度、情感和行为 具有冲击力和导向性的特点。如果媒体将个别医疗负性事件作为普遍性事件的典型加以报道，无疑 会增加医患之间的距离，导致公众对医师的信任感降低，这对和谐医患关系的建设非常不利。媒体应 负起社会责任，积极缓解医患冲突，而不是利用自己的发言优势去煽动大众、激化矛盾，应坚持新闻真 实性原则，坚持深入调查研究，报道做到真实、准确、客观。