**178** 第十一章 医患关系与医患沟通

**第二节** **医** **患** **沟** **通**

医患沟通是医疗卫生活动顺利开展的重要手段，它不仅是医务人员医疗行为中的基本技能，同时 也是医务人员的责任和义务。调查表明，当前许多医患纠纷事件都是医患沟通不畅造成的。因此，重 视医患沟通的作用和意义，提高医患双方的沟通技能与水平，是改善医患关系现状，构建和谐医患关 系的重要举措。

**一、医患沟通概述**

在医疗活动中，沟通无处不在，它应该贯穿于医疗活动的始终，没有沟通的医疗活动是不可能取 得良好医疗效果的。医患沟通是医患之间主要的联系手段，其内容既有针对疾病某些信息的交流，又 有医师与患者之间思想情感的表达。医务人员需要具备医学、社会学、心理学等多学科知识和技能， 才能在与患者沟通中获得达到良好的效果。

**(一)医患沟通概念**

沟通(communication)是信息的传递和交流的过程，是人与人之间涉及的某些信息及情感、需要、 态度、价值等社会心理元素的传递与交流。医患沟通是指医务人员与患者及其家属在医疗活动中，以 保障和恢复患者健康为目的，围绕疾病诊治相关问题而进行的交流。

(二)医患沟通的基本要素

医患沟通是人际沟通的一种，包含着人际沟通的所有要素，通常包括：

1. 医患沟通的信息背景 信息背景是指人与人发生互动的场所、环境及事物，是引发沟通的理 由。医患沟通的信息背景是医院、诊所等医疗机构，患者因健康问题就医，医务人员通过专业知识和 技术帮助患者解除或减轻病痛，双方通过达到恢复健康的共同目标而建立起具体的联系。

2. 医患沟通的信息发出者与接收者 信息发出者是指发出信息的人，是信息的来源。信息发出 者先将自己的想法进行整理，选择所要发出的信息和采取的语言，并决定如何最有效地将其传达出 去。信息接收者即接收信息的人。从沟通渠道传来的信息，需要经过接收者的接收和理解之后，才能 与信息发出者达成共同的认识。在医疗卫生活动中，医患双方既是信息发出者又是信息接收者，且双 方是可以相互转换的。开始的发出者传递信息之后，接收者会做出回应，这时接收者转换为信息发出 者，而原来的发出者则变为了信息接收者。

3. 医患沟通的信息 信息是沟通时所要传递和处理的对象，即信息发出者希望传达的思想、感 情、意见等。在医疗卫生活动中，医患双方沟通的信息主要围绕着患者疾病的预防、诊断、治疗、恢复 等相关问题。

4. 医患沟通的信息载体 医患沟通的信息载体即双方沟通中使用的信号和代码，主要表现为医 学口语、医学书面语、体态语和环境语等几种形式。医学口语是医患沟通中最基本、最频繁的语言形 式，具有承载思维的直接性与多样性的特点；医学书面语是医患沟通中十分重要的语言形式，是在临 床活动中以书面形式记载病情、诊断意见、处置方案的一种专用语言；体态语是医患沟通中的一种辅 助性沟通工具，是口语的伴随性行为；环境语是指在医患沟通中，某些环境设置作为一种特殊的工具 对沟通所带来的影响。

5. 医患沟通的媒介 媒介又称渠道或途径，指信息发出者传递信息的工具或手段。医患沟通的 信息必须经媒介来传递。常用的医患沟通媒介有会诊、电话、视频、信件等。在通讯技术迅速发展的 今天，电子邮件、电话会议等多媒体技术可以把与患者疾病相关的语言、数字、图像等融合在一起，大 大便利了复杂信息的传递。

**6.** **医患沟通的反馈** 信息发出后必然会引起接收者的某种反应，包括生理的、心理的、行为的反应 等。反馈分为正面反馈和负面反馈。在医患沟通中，如果患者接收并正确理解了医师传递的信息，则为

第十一章 医患关系与医患沟通 **179**

正面反馈；如果患者没有全面接收和准确理解医师传递的信息，或者反馈的信息与医师传递的信息之间 存在偏差，则为负面反馈，在这种情况下，医师就不得不进行再次传输，直至收到正面反馈为止。

**(三)医患沟通的基本原则**

1. 依法与知情同意原则 医患关系是一种法律关系，医务人员在与患者及其家属沟通时，必须 遵守现行的法律法规，明确自己的权利和义务，尊重患者的权利和义务。知情同意的目的是为了尊重 患者的自主权，鼓励医患双方共同理性决定、协作配合，为医疗卫生活动的顺利开展而共同努力。

**2.** **平等与尊重原则** 平等关系是人际交往的重要原则。在医疗卫生活动中，平等与尊重同样是医 患沟通的首要原则。患者具有承担支付医疗费用的义务，享受接受医疗服务的权利；医务人员具有承担 提供医疗服务的义务，享受医院给予薪酬的权利。医患之间的契约关系性质，决定着双方的关系是平等 的、自愿的。作为医患关系的双方，不管是医务人员还是患者，都是平等的社会人，双方都需要被理解和 尊重。在疾病诊治过程中，医师应尊重患者的要求和建议，双方的融洽关系有助于提高诊治效果。

3. 理解与宽容原则 医患双方在交往时，要换位思考，相互理解。首先，医务人员要理解患者的痛 苦，患者到医院就医，身心都处于不良状态，他们渴望得到救治并获得有价值的医学信息，如果遇到医务 人员冷漠的态度，难以对医务人员建立信任感；其次，患者也要理解医务人员，医务人员肩负治病救人的 神圣使命，运用毕生所学医学知识和技能，竭尽全力挽救患者生命、恢复患者健康，如果遇到患者及其家 属的指责，甚至污蔑和辱骂，就会导致医务人员对自己的工作产生怀疑，不利于建立和谐医患关系。

4. 目标明确与区分对象原则 医患沟通作为一种特殊形式的沟通，具有明确的目的性。在每一 个具体的医患沟通情境中，医患沟通都必须实现医学事实和人性目的两方面的和谐统一。患者就医 的根本目的是为了得到医务人员专业的诊治，这是有关医学知识、事实的沟通。同时，医患沟通的目 的还要关注患者心理健康，协调医患关系，进而促进医疗活动的顺利进行，这是有关人性目的的沟通。 在明确医患沟通目的后，在具体的沟通情境中应贯彻区分对象原则，即具体问题具体分析。每一位患 者所患疾病不同，其性格特征也不同，因此，医务人员在医患沟通中应根据患者性格、疾病等因素，采 取不同的沟通方式和沟通内容。

5. 保密原则 医疗卫生活动过程中，经常涉及患者的隐私，在未经患者知晓和同意的情况下，医 务人员有义务为患者保密诊治过程的一切信息。如果医务人员泄露患者信息，甚至对患者的隐私表 现出鄙视和不屑，会严重损害患者的自尊，也会影响日后的医患沟通。

(四)医患沟通的形式

1. 口头沟通口头沟通是医患之间最常用的沟通方式。在医疗卫生活动的各个环节，医患之间 都会产生口头沟通。口头沟通要求医务人员必须具备一定的语言技巧，才能促进医患之间的情感交 流，发挥医患沟通的积极作用。医患矛盾的产生，往往也是因为口头沟通不畅引起。

2. 书面沟通 书面沟通是医患之间的正式沟通，这种形式便于沟通内容的修正和保存，沟通内 容不容易造成失误。相比口头沟通而言，书面沟通的准确性和持久性更强。但是书面沟通的缺点在 于缺乏直接的情感交流。

**3.** **非语言沟通** 非语言沟通指医患之间采用语言之外的元素进行沟通，如医患双方的目光、表 情、姿势、动作等。非语言沟通与语言沟通在人际沟通中往往是相互依存、互为补充的，各有其不可替 代的作用。在医患沟通中，要根据实际情况，妥善运用语言与非语言两种沟通方式，以达到最佳的沟 通效果。

**二、医患沟通的功能**

医患沟通受到越来越多的社会关注，其与医疗活动的各个环节紧密相关，是提高医疗卫生服务质 量的基本技能。现将医患沟通的功能阐述如下。

**(一)建立良好医患关系**

沟通是建立良好医患关系的基础。医师每天面对不同病种、不同文化层次、不同社会阶层、不同

180

笔记

第十一章 医患关系与医患沟通

职业的患者，意味着医师需要知晓不同患者的不同心理需求，医务人员应该尽量满足患者要求，取得 患者的信任，建立治疗联盟，这是治疗的基础。

**(二)获得完整病史资料**

良好的沟通可以促进医患信任，患者对医师毫无保留地提供病史，这对疾病诊断十分重要。良好的 沟通，能促进患者理解各项检查的必要性和重要意义，配合各种诊断、治疗活动，完成必要的身体检查。

**(三)制定正确医疗方案**

医师提供的治疗方案与患者期望的治疗方案有时不能吻合。患者因病痛而就医，对疾病存有恐 惧感，心理处于焦虑、紧张状态，医师要安抚患者情绪，循循善诱，为患者答疑解惑，以获得患者的理解 和同意，双方应该达成共识，制定合理、正确的医疗方案，以保障诊疗活动的顺利进行。

**(四)提高治疗依从性**

依从性是患者认可、接受并执行医师为其制定的诊疗方案的行为。良好的医患沟通有利于提高 患者的依从性，而良好的依从性恰恰又是有效治疗的前提。现实生活中经常看到一些患者四处求医 问药，然而每个医师开的药都是服用几天就停止使用，结果病症不见好转，甚至会加重病情严重程度。 而有些疾病并不能药到病除，需要一定的疗程才能见效。这就要求医师与患者沟通，进行详细的说 明，使患者了解治疗方案、药物发挥作用的时间等，让患者尽可能遵从医嘱就医。

**(五)密切医患合作**

诊疗过程需要医患双方全程合作。首先，医师要主动与患者进行沟通，保持信息传递畅通。其 次，医师要引导患者加强双方沟通。在这个过程中，医师要耐心倾听患者诉求，充分告知患者疾病相 关信息，让患者参与到医疗决策中。当然，患者自愿是医疗卫生活动的基本原则(特殊情况除外)。 良好的沟通需要医患双方的共同努力，态度真诚，相互理解，相互信任，医患沟通的效率会更大，医疗 活动也会更顺利。

**(六)维护医患双方权益**

医患沟通作为医疗行为的重要组成部分，在维护患者权益方面发挥着其他具体医疗行为不可替 代的作用。医患双方通过传递一系列重要信息，能够直接保护患者的平等医疗权、疾病认知权、知情 同意权、个人隐私权、医疗赔偿权、监督医疗过程权，以及免除一定社会责任和义务的权利等。因此， 医务人员必须将维护患者合法权益作为重要的职业操守，并依靠医患沟通这个有效的临床途径加以 实现。通过良好的医患沟通，医师能够把治疗方案、可能的并发症、疾病的转归和风险等及时传达给 患者及其家属，使患者能够掌握更多的疾病诊治信息，消除患者疑虑，保障患者权益。同时，通过良好 的沟通，患者能够了解医师、信任医师，充分理解医疗方案的制定，避免医患冲突，这也在一定程度上 保障了医师的权益。

**三、** **医患沟通的影响因素**

在医疗卫生活动中，医患沟通经常遇到各方面的阻碍，导致沟通效果不佳。影响医患沟通效果的 因素有很多，既有医患双方个人方面的因素，也有社会环境方面的因素。

**(一)医务人员因素**

**1.** **不重视沟通** 某些医务人员对医患沟通的重要性缺乏认识，因为忙于具体的诊疗操作或医疗 方案的书写，较少与患者进行沟通，患者对自己的病情预后、所采取诊疗措施的目的和意义不了解，因 此患者难以与医务人员建立良好的信任关系。其次，某些医务人员与患者沟通不及时，存在明显的滞 后现象，往往在医疗风险已经出现时才与患者进行沟通，导致患者不理解或拒绝接受现实。

**2.** **沟通态度不正确** 态度在医患沟通中起着决定性的作用，部分医师的态度冷漠、傲慢、生硬， 与患者沟通时采用命令的语气，制定治疗方案、用药等不做解释，对患者没耐心，对患者的疑问不予理 睬，让患者感到不平等。

**3.** **不注意倾听** 某些医务人员在沟通过程中不注意倾听患者的诉求，打断患者的叙述，妨碍了



第十一章 医患关系与医患沟通 **181**

对患者某些病情的掌握，导致许多重要信息的遗失。此外，医务人员经常采取单向沟通而非双向沟通 的方式，即不注意患者的反应，会造成医务人员不了解患者究竟是否完全理解了沟通所传递的信息。

**4.** **沟通语言欠妥当** 部分医务人员尚未转变服务理念，在与患者沟通时采用居高临下的态度说 话，或使用否定、指责、厌烦的话语与患者沟通，导致患者心理上产生反感和不满，影响沟通效果。另 外，医务人员有时忽略患者并不具备相应医学专业知识的情况，在沟通中过多地采用医学专业术语， 不采用通俗易懂的语言对疾病进行解释，导致患者对疾病疑惑，沟通无效。

5. 沟通中带有不良情绪 医务人员作为正常的社会人，也会因为工作压力、家庭矛盾、人际关系 紧张等原因导致情绪焦虑、抑郁等。当医务人员带着这样的负性情绪与患者进行沟通时，会直接影响 患者的情绪，对医患沟通的有效性产生消极的影响。

**(二)患者因素**

1. 期望过高 医疗是一项高技术、高风险、高责任的复杂事业，现代医学水平达不到、未来也不 可能达到治愈所有疾病的程度，技术再好的医师也不能包治百病。但是，许多患者对此并不了解，他 们坚持认为，医院有义务、有能力医治好自己的疾病，对医院和医师的期望值过高。

2. 缺乏医学专业知识大多数患者缺乏医学专业知识，对自身疾病的发病原因、诊断方法、药理 学原理、手术治疗方法等知晓较少，甚至有时通过不良媒介获得错误或相反的点滴医学知识，因此，患 者会对医务人员所表达的信息难以理解。

3. 对疾病的态度患者与医师对疾病症状的反应往往存在很大差别，患者更关注疾病给自己带 来的疼痛和不适，而医师更关注疾病本身，因此，患者在就医时所提供的病史和症状可能有一部分是 错误的。此外，有些患者会觉得某些病史(如堕胎)或不良行为(如吸毒)难以启齿，从而隐瞒医务人 员，严重阻碍了医患间的有效沟通。

4. 过强的自我保护意识自我保护是人类社会进步的表现，然而一些患者在医疗活动中先入为 主，稍有不妥便持怀疑或对立的态度。患者对医务人员存有严重的戒备心理，为了自我保护，在医疗 活动中对医务人员谈话进行录音、对诊疗措施进行拍摄等，目的是一旦诊疗中发生意外，可以利用手 中“证据”起诉医务人员或医院。这种对医务人员不信任的态度严重阻碍医患沟通的顺利进行。

5. 严重的负性情绪 患病作为一个负性生活事件会使患者产生严重的心理应激反应，导致焦 虑、恐惧、悲伤、抑郁、愤怒、易激惹等负性情绪。患者处在这样的负性情绪状态时，注意力难以集中， 记忆力下降，其获得信息的能力会受到影响，信息也难以保留，从而影响医患沟通的效果。

(三)社会环境因素

1. 医疗制度 改革开放以来，中国步入了市场经济体制之中，医院也不可避免地受到影响。医 院管理者为了医院的生存和发展，必须依靠医疗收入弥补政府投入经费的不足。同时，我国医疗保障 体系尚不健全，医疗费用的个人支出比例仍然是某些患者的沉重负担。当前的这种医疗制度使得医 患双方成为了经济利益的对立方，导致患者将矛头对准医院，把不满发泄到医务人员身上，对医患沟 通产生了负面影响。

2. 大众媒体 某些媒体为了吸引大众，获得高收视率、高收听率，更多地关注医院负面消息，使 公众对医师群体形成了医德败落的刻板印象。当前患者对医师的社会判断加剧了患者对医师的不信 任，片面地认为当前就医困难和就医昂贵问题是医院和医师造成的，失去对医师应有的尊敬而对医师 产生怨恨、敌对情绪，甚至会导致医院恶性事件层出不穷。

**四** **、医患沟通的基本方法**

在医疗卫生活动中，医务人员应主动承担起调节医患关系的责任，充分了解医患沟通的内容，熟 练掌握医患沟通的方法。医患沟通的基本方法主要涉及以下方面。

**(一)选择合适的沟通场所**

根据沟通的目标和内容，选择正确的沟通场所，包括门诊接待室、医师办公室、病房、心理治疗室

**182**



第十一章 医患关系与医患沟通

等。沟通场所与沟通内容相符合，是促进沟通有效进行的重要环节，能够大大提高沟通成功率。当 然，也可以根据需要，随时随地沟通。

**(二)选择正确的沟通形式**

根据患者不同的情况和沟通目标，医师需要选择正确的沟通形式，包括口头沟通、书面沟通、非语 言沟通等。大多数时候，医师与患者及其家属进行的是面对面的口头沟通。当涉及一些医学决策时 往往采取书面沟通，如手术知情同意书、患者放弃某项治疗的授权书等。

**(三)沟通技巧**

常用的沟通技巧包括：

**1.** **尊重、接纳患者** 从医疗活动开始到结束，医务人员对患者的尊重与接纳应该一直存在。尊重 与接纳患者是沟通的重要内容，不论患者的年龄、性别、身份与职业，用符合患者文化背景的方式表达对 患者的尊重与接纳是非常必要的，主要表现在对患者的称呼、躯体距离、姿势、恰当的目光接触等。

**2.** **聆听与共情** 医务人员认真并耐心地聆听患者的陈述，对患者的陈述予以恰当的回应，设身 处地地为患者着想，对患者的病痛和疾苦表达理解、同感，并予以安慰。

**3.** **明确沟通目标** 医务人员在每一次沟通中都应有明确的目标，围绕沟通的目标获取有效信息，表 达对患者的关怀和支持，达成诊疗上的共识。在基本了解患者的病情后，围绕疾病诊断或治疗需要的重 要信息进行合理的提问，有利于患者的陈述更清晰全面，同时也会提高沟通的效率。每一次沟通，都以 达到目标或达成共识结束。有时沟通目标太大，可以分阶段、分多次沟通，最终达到总目标。

4. 控制沟通中的信息 有效的沟通需要传递与沟通目标相关的信息，医患双方应根据这些信息 交换意见，表达态度、情感，以及解决方案。不要偏离目标，提供与目标无关的信息；此外，也不要在一 次沟通中设立太多目标而降低沟通的有效性。

5. 把握沟通的语言、语调和语速 沟通中语言要简练、清晰、通俗易懂，医务人员不要过多使用 医学专业术语而使患者费解。语言的速度、音量都应因人而异。对老人和虚弱的患者，要注意语速减 慢。在患者注意力集中的状态下，与其保持目光接触，并以简练清晰的语言传递信息。语音的高低 以患者能够听清、态度明确、情绪理智为宜。

**6.** **尽可能符合患者的文化背景** 不同的患者可能来自不同地区、不同城市、不同民族，他们的文 化背景可能会大相径庭，习俗、信仰、习惯等也会存在很大差异。医务人员应根据不同文化背景，应用 通俗生动的语言、形象的比喻，以清晰的逻辑，与患者进行交流，以便更好地达到沟通的目的。

**7.** **确认彼此是否真诚信任** 医务人员在与患者进行交流时，可以通过观察来判断患者是否信任 自己，是否真诚，对疾病相关信息是否无隐瞒。如果患者对医师存在有隐瞒、敌意，医师应尽量引导患 者了解疾病相关的医学专业知识，使患者理解、信任医师。只有在相互信任的基础上，沟通才能达到 目的。

**8.** **危重患者病情告知技巧** 在病情告知时，首先，医师应向患者及其家属陈述检查结果并推荐 治疗方案；其次，必须及时签署关键文件，包括患者指定代理人、病情告知书、检查治疗同意书等。在 这个过程中，医师应以真诚的态度、悲悯的情怀与患者及其家属进行交流，关注对方的感受和情绪状

态；尤其是在危重患者病情告知时，医师应避免强求患者及其家属及时接受事实，避免使用刺激性语

言、语气，避免压抑对方的情绪。

**第三节** **我国的医患关系**

随着改革开放和市场经济的深入发展，人们的价值观、健康意识、维权意识逐渐增多，对医疗质量 的要求越来越高；同时医师的执业理念也随之发生了变化。这些诸多因素的相互作用，使医患关系产 生了一些新问题。重建和谐医患关系，维护正常医疗秩序，保障医患双方利益，是摆在我们面前的重 要课题。



第十一章 医患关系与医患沟通 **183**

**一、我国医患关系的现状**

近年来，我国就医人数持续增长，2016年全国医疗卫生机构诊疗人次已达79亿。医疗纠纷 10.07万件，涉医违法案件4037件，分别较2015年下降6.7%和14.1%。通过各方面共同努力，2016 年医疗纠纷数量和涉医违法案件数量实现了连续三年双下降。据中国医师协会《第四次医师执业状 况调研报告》显示，在诸多的医疗纠纷中，80%的医患纠纷与态度、沟通等问题相关。

**(一)医患关系“机械化”**

一些医务人员仍注重将疾病放在第一位，只看重“病”,而忽略了“人”,忽视患者的自身感受，不能运 用生物-心理-社会医学模式诊病治病。只注重自身医疗水平的提高，忽视与患者的沟通和交流。医师通 过各种医疗仪器获得患者的生化指标等数据，并日益成为疾病诊治的重要依据。这种更多地以机器代 替人脑思维的趋势，逐渐淡化了医患之间的思想交流，加重了医师对高技术设施的依赖，忽视了社会、心 理等方面的因素对患者疾病的影响。这种在医疗活动中缺乏人文关怀的情况，加剧了医患关系的恶化。

**(二)医患关系“商品化”**

医疗市场化，使医患关系成为一种商品交换关系。医务人员凭借自身的专业临床技术来治病救人， 获得相应的工作报酬；患者付出金钱购买医疗卫生服务，获得健康，提高生命质量。这种“商品化”趋势 将医患间的关系物化了，缺乏感情交流和人文关怀，给和谐医患关系的建设带来了一定的负面影响。

**二、我国医患关系存在的问题**

通过政府和社会的共同努力，我国医患关系得到了显著的改善，然而在取得佳绩的背后也存在一 些亟待解决的问题，主要表现在以下几个方面。

**(一)医疗信息不对称**

医务人员接受了多年的理论学习、实践操作等正规医学教育，具备医学专业知识和技能。但是我 国医学知识的普及教育还比较薄弱，社会各阶层、各群体的医学专业知识相对匮乏，患者群体对医学 信息的认知水平相对不足。这种医患双方医学信息的不对等导致医务人员常以医学权威身份自处， 同时也会导致患者群体对医务人员盲目信任，认为医务人员能够包治百病，对医疗效果期望过高， 一 旦结果不尽人意，患者及其家属便无法理解、无法接受疾病诊治效果不佳的事实。

**(二)医患地位不对等**

在医疗活动中，掌握着医学专业知识技能的医务人员与对医疗知识知之甚少的患者群体构成了 一种特殊的、不对等的人际关系。由于医患双方医学信息不对等，医务人员处于医学信息和疾病诊治 的优势地位，而患者群体则处于相对劣势地位。在医患交往过程中，医务人员因其具备医学专业知识 和技术，具有疾病诊治权和医疗卫生资源支配权等，经常表现为权威者和主导者。这可能会导致医务 人员常以严肃、命令的语气与患者及其家属进行交流，造成患者群体的不满。

**(三)医患沟通不顺畅**

医患沟通不畅是我国医患关系普遍存在的问题，是导致医疗纠纷的主要原因之一。医患双方信 息和地位的不对等会造成医患之间的沟通障碍，使患者及其家属无法准确接收和理解医务人员传达 的医疗信息，进而影响医患沟通的效果。此外，医务人员专业术语使用过多、语气和态度生硬冷漠等 情况也会导致患者及其家属的不满，进而造成医患沟通无效的结局。

**(四)医患信任不充分**

医患信任危机是我国医患关系的主要问题，会造成医患矛盾加剧、医疗环境恶化等一系列后果。 医患信任危机体现在医患双方对彼此的不信任。患者对医师的不信任既包含了对诊治能力的不信 任，也包含了对职业操守的不信任；医师对患者的不信任主要表现在对自身安全、“医闹”等的担忧。 此外，医患信任危机还体现在对医疗机构、相关法律法规和保障制度等的不信任。医患信任度低、怀 疑度高，容易导致医患冲突，激化医患矛盾，甚至发展为医疗纠纷。

184



第十一章 医患关系与医患沟通

**三、** **我国医患关系紧张的成因分析**

我国紧张的医患关系背后有多种原因，但总体说来，主要涉及以下几个方面。

**(** **一)医方因素**

一些医院还没有形成良性的医院运行机制和有效的医院管理机制，资金短缺，医院对经济效益的 追求也是医患关系紧张的原因之一。一些医院存在过度检查、过度用药现象，导致人民群众对医院和 医师的信任度和满意度下降。现行的医学教育制度主要侧重于医学技能教育，人文教育不足，导致一 些医务人员责任感低下，缺乏耐心和同情心，服务态度较差。此外，在医疗活动中， 一些医师有过度的 自我保护意识，其对医疗安全、最小化医疗风险考虑较多，这些也成为患者过度检查和过度医疗的原 因之一，这些现象的存在，在一定程度上加大了患者的经济负担，恶化了医患关系。

**(二)患方因素**

患者对于医疗效果的过高期望和医师的无能为力，是医患关系紧张的导火索。患者医学专业知 识匮乏，对医疗服务的特殊性和局限性缺乏全面的认识，忽视了医院现实状况和客观条件所能满足的 诊疗水平，对诊疗的期望值过高，这必然会导致医患矛盾的产生。此外，随着我国法律知识的普及，人 们的法律意识、维权意识不断增强，部分患者对自身权利把握失度，只强调“维权”,不注重“自律”。 在医疗活动中， 一旦医师无法满足患者需求，患者对医疗服务质量、服务态度不满，患者就会将这种心 理落差以维权的名义升级为医疗纠纷。

**(三)制度因素**

虽然我国先后制定了《医疗事故处理条例》、《执业医师法》等法律法规，在一定程度上改进了医疗行 为的法律规范，保障了医务人员与患者的相应权益，但是相应的法律法规还需要不断健全与完善，我国 相应部门也在积极完善法律法规中。此外，当前我国医疗卫生资源配置在城乡之间、区域之间依旧不平 衡，导致医疗资源在城区内相对过剩，而农村地区却相对匮乏，这是导致医患关系紧张的重要原因。

**(四)舆论因素**

医疗纠纷的冲突性，以及人类求知、好奇、追求公正等天性，注定医疗纠纷个案会成为媒体报道和 社会舆论的热点。在媒体的过度炒作中，医师和患者常被人为地划为对立的双方。由于群众对医学 知识的相对缺乏，对医疗工作高风险和局限性的不理解，加上部分媒体片面的报道和宣传，强调患者 的弱势群体地位，放大部分医疗活动中的不良现象，试图扮演锄强扶弱角色以唤起群众的共鸣，对医 患冲突直接起着推波助澜的作用。

**四、不同理论背景下紧张医患关系分析**

和谐医患关系是适应现代医学模式转变的必然结果。紧张的医患关系不仅直接影响着医患双方 心理与行为的互动，而且制约着医疗卫生活动的顺利开展。当前我国医疗卫生事业改革不断深化，结 合社会心理学理论和医疗实践，多方位、多角度、多途径地深入剖析医患关系紧张的原因，建设和谐医 患关系已经成为我国不容忽视的重要课题。

**(一)马斯洛需要层次理论**

需要层次理论(hierarchy of needs theory)由美国人本主义心理学家马斯洛于1954年提出，该理论 认为人的需要可分为生理的需要、安全的需要、归属和爱的需要、尊重的需要、自我实现的需要五个层 次。生理的需要是个体生存必不可少的需要，具有自我保护和种族延续的意义，比如饮食、穿衣、住 所、医疗等；安全的需要是个体希望获得稳定、安全、秩序、保障的需要，以求免受威胁、免于孤独、免受 他人侵犯，如生命安全、财产安全、心理安全等；归属和爱的需要是个体希望与他人保持良好关系，参 加社交活动，被群体接受，付出爱也获得爱的需要，如亲人支持、友谊延续、团体互助等；尊重的需要是 个体的自身价值得到认同的需要，包括自我尊重和他人尊重两方面，如社会认同、同事尊重、获得名誉 和声望等；自我实现的需要是个体的天赋和潜能得到充分发挥的需要，如出色地完成工作任务、获得



第十一章 医患关系与医患沟通

**185**

成就等。然而，这种需要层次逐级上升，并不遵照“全”或“无”的规律，即并非一种需要完全满足后， 另一种需要才会出现。

医患关系实质上是一种心理学关系，其和谐程度取决于医患双方的心理满足程度。根据马斯洛需 要层次理论，生理需要是大多数患者就医时最迫切、最突出的需要。由于身患疾病，患者不但要忍受疾 病带来的痛苦，其进食、排泄等生理活动可能也会出现障碍，他们的生理需要自然无法得到满足。对于 医师而言，通过利用自身专业知识和技能来治病救人，赚取经济报酬，同时获得社会尊重，实现自我价值， 其需要是复杂的、多层次的。运用需要层次理论，医患双方在医疗活动中了解和掌握彼此需求，尊重对 方，理解对方，有效满足彼此需要，有利于缓解医患矛盾，促进医疗活动顺利开展，共建和谐医患关系。

**(二)社会交换理论**

社会交换理论(social exchange theory)兴起于20世纪50年代的美国，该理论认为人与人之间的 交往是一种以价值、代价、奖赏、报酬、最大利益等为基础的相互交换资源的社会互动过程，符合“给予 和回报等值”原则。社会交换过程中，可交换的“资源”不仅仅是金钱或其他形式的物质利益，还包括 认可、尊重、感谢、名誉、地位、情感等非物质资源。从社会交换理论视角出发，医患关系实质上就是一 种社会交换行为。医师治病救人，实现自我价值或者获得物质报酬；患者通过金钱购买医疗服务，以 恢复健康、提高生命质量为目的。随着医疗改革的推行和医疗技术的精进，患者及其家属对医疗服务 效果的期望越来越高，认为付出了金钱必然能治愈病痛。然而医疗服务不是万能的，尤其是医疗结果 不尽人意时，患者巨大的心理落差就会导致其对医师的不信任，甚至愤怒、敌意、攻击等。近年来，暴 力伤医杀医事件不断，医师安全得不到保障，造成对患者及其家属的不信任。医患交换过程的信任危 机不仅会导致医患关系紧张，严重时还会造成医患纠纷，甚至生命损伤。

布劳认为，互惠互利的社会交换有利于双方建立相互信任的关系。因此，医患之间理想的交换模 式为互惠型交换。患者因不适而求医，尊敬医师，谨遵医嘱，疾病症状得以缓解，他们就会更加感激医 师、信任医师，相信医师可以帮助他们远离病痛。医师得到患者的认可和感谢，实现了自我价值，对工 作更有热情，更加投入，更全心全意地为患者服务。当医患双方的付出都得到了相匹配的回报时，双 方关系就会得到加强，同时也会在一定程度上提高医疗卫生服务的有效性。

**(** **三** **)** **PAC** **人际交互作用理论**

PAC 人际交互作用理论由美国心理学家埃里克 ·柏恩于1950年创立，是交互作用分析(transac- tional analysis)的重要组成部分。柏恩通过大量实践发现，人们在进行信息交流时会持有某种特定的 心理状态，并将其分为父母(parent)、成 人(adult)、儿 童(child)三种自我状态。父母自我状态(P 状 态)主要表现为权威、控制、保护、指导等行为倾向；成人自我状态(A 状态)主要表现为冷静、理智、客 观、责任感、解决问题等行为倾向；儿童自我状态(C 状态)主要表现为感性、任性、无知、无助、冲动等 行为倾向。在医患交往过程中，医师代表医学权威，具有权力优势，这导致医师容易具有父母式的心 态，即P 状态；而由于医学信息不对等，患者常处于弱势地位，容易产生儿童式的心态，即C 状态。如 果医师态度过于强硬、独断专行，会导致患者及其家属的不满和愤怒，可能会引发医患冲突。

根据PAC 人际交互作用理论，医患交往常常有多种模式，其中“AA-AA 型”交往模式是医患交往最 佳模式。在该交往模式中，医患双方在发出信息和接受信息的过程中都是客观而理智的，就事论事，并 且能够准确地思考和表达自身想法，双方沟通顺畅，有利于建设互相信任、积极合作的医患关系。

**五、** **构建和谐医患关系策略**

在医疗卫生活动中，医师与患者为恢复其健康而建立起疾病诊治的共同联盟。然而，由于医疗费 用上涨、医疗卫生资源配置不合理、服务质量较差等问题，导致我国医患关系紧张，医疗纠纷频发。针 对我国医患关系现状及其不和谐成因分析，为预防和缓解医患矛盾，现提出以下改善策略。

**(一)建立健全医疗卫生管理制度、医疗保险制度和社会调节机制**

制度和政策是重中之重，没有良好的制度和政策，问题难以得到根本解决。只有对卫生管理制

186



第十一章 医患关系与医患沟通

度、医疗保险制度和社会调节机制进行改革和完善，才是“治本之法”,具体措施包括：合理分配医疗 卫生资源；建立适合我国当前社会总体经济水平的社会保障体系，对贫困者可建立医疗救助措施；因 地制宜，根据本地区特点进行医疗管理，提高卫生技术人员工资待遇，建立奖惩分明的激励机制，充分 调动医疗机构员工工作积极性，从而提高服务质量。此外，建立适合我国国情的医师执业风险保险制 度，使医务人员免除后顾之忧，全心全意、胆大心细地为患者服务。

**(二)倡导人性化服务**

在日益激烈的医疗市场竞争中，患者就医不仅仅关注医院的医疗水平，而且更加关注医院的人性 化服务。医院除了重视技术和设备等硬实力外，还要在管理模式和服务水平等软实力下功夫。如何 将人性化理念融入医疗服务与医院管理的全过程，改变医院只管治病的陈旧观念，树立医疗对象首先 是“人”,其次才是“病”的现代医学理念，是现代化医院建设的重要课题。医院应该将“以疾病为中 心”的诊疗模式逐渐转变为“以患者为中心”的诊疗模式，增强服务意识，对患者多一些人文关怀，通 过人性化服务来不断提高患者的满意度。

**(三)提高医师综合素质，改善医师待遇**

医学院、各级医院等机构应加强医师专业能力培训，提高其医疗技术水平，最大限度地减少误诊 误治现象。此外，还需提高医师自身素质和修养，帮助医师树立起对患者的高度责任感和“以患者为 中心”的服务理念，耐心地为患者答疑解惑，体恤患者疾苦，尊重患者权利。在诊疗过程中，严格按照 法律、法规、医疗规范去做，充分考虑患者及其家属的情感和意愿。同时，医师的工作具有高风险性和 高强度性特点，并且中国医师面对的是世界上数量最大的患者群体和保健对象，他们的工资待遇理应 体现其劳动价值。提高医师的待遇，在一定程度上会减少医师不良行为，产生“高薪养廉”的作用，从 而建立和谐、信任、合作的医患关系。

**(四)提高患者自身素养，普及医疗和法律基本知识**

社会和医务人员有责任有义务向患者及其家属普及基本的医疗卫生知识，让患者熟悉一些常见 疾病的预防、治疗和护理知识，知晓医学行业的高技术性、高风险性和难以预测性，使患者具有疾病风 险意识，对当前医疗技术水平有正确认识，避免期望值过高。此外，患者应加强对医务人员的信任，配 合治疗，积极与医师沟通，正确行使医疗决策参与权。患者应提升自身修养，普及法律常识， 一旦出现 意外，应正确行使权利，通过法律手段解决问题，杜绝暴力伤医杀医现象的发生。

**(五)建立健全医患沟通制度**

医院要建立和完善医患沟通制度、投诉处理制度等，并将医患沟通工作规范化，切实做好以下几 个方面：第一，要求医务人员尊重患者及其家属，建立同情心、同理心；第二，要求医务人员耐心为患者 答疑解惑，关心患者在就医过程中的困难或不便；第三，及时掌握患者的疾病发展情况、医疗费用情况 和患者的心理健康状况；第四，留意患者对疾病的认知度和期望值；第五，避免使用粗暴、刺激性语言； 第六，采取预防为主的针对性沟通。通过全方位、多层次的沟通，有效提高医疗卫生服务质量，及时化 解医患矛盾，增强患者对医务人员的理解和信任。

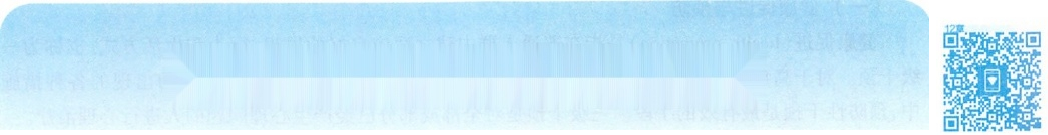
**(六)建立诚信医院**

各级医疗机构要坚持以社会效益为最高准则，坚持合理检查、合理用药、合理收费；努力降低患者 的医药费用，并采取有效措施消除患者就医时挂号时间长、取药时间长、缴费时间长、看病时间短的 “三短一长”现象；严禁医务人员不良医疗行为，尽心尽力保障患者权益。

**(七)正确引导社会舆论**

政府相关部门要正确引导社会舆论和媒体宣传的导向，加强对医务人员奉献精神的宣传，不断改 善医院和医务人员在患者心中的形象。同时，建立网络评价系统，设置完善的网络平台，监测网络舆 情，防止对医患纠纷和医疗事故的过度宣传。

(杨艳杰)



**第十二章心理干预总论**

心理干预是医学心理学重要手段之一，其目的是根据一定的科学原理，采用特定的程序，进行情 绪与环境干预，以缓冲压力事件，增强个人应对与统合能力，帮助人们增进健康，消除或缓解各种心理

障碍和心理烦恼。

**第一节** **心** **理** **干** **预**

**一、概念**

心理干预(psychological intervention)是指在心理学理论指导下有计划、按步骤地对一定对象的心 理活动、个性特征或行为问题施加影响，使之发生朝向预期目标变化的过程。 一般认为心理干预的主 要方法是心理治疗与心理咨询，但随着医学心理学的发展，心理干预的内涵和范围也在不断变化和扩 展。我们至少可从两个角度上理解心理干预的内涵： 一方面心理干预是各种心理学干预手段的总称， 包括心理治疗、心理咨询、心理康复和心理危机干预等；另一方面，随着社会生活的发展和对心理服务 需求的增长，心理干预的思想、策略和对象越来越社会化，逐渐深入到文化传播、公共卫生、保健、疾病 控制等领域，甚至成为制订公共卫生政策的重要内容。因此，目前心理干预的形式已经从早期单纯的 个体治疗的领域，进一步扩展到针对团体或特殊群体的多层次干预。具体包括：针对普通人群进行健 康促进的教育；对心理障碍的高危人群进行预防性干预；运用心理治疗的手段对已经患有心理障碍的 人进行临床干预。

**二、心理干预的内容与方式**

一般情况下，个体有了较明显的病感后才去医院求治。但从疾病发生发展的全过程看，很多严重 的心理障碍如果在症状暴发前有机会得到治疗，可能效果要好得多。研究表明，对某些疾病的高危人 群进行预防性的干预，能够显著降低发病率。我国中医理论早就提出“不治已病，治未病”的思想，如 《黄帝内经》提到“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之。乱已 成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥…… ”。过去医学界以“预防为主”来概括“治未病”的思想，但 实际上这种观点强调的是“治”,即通过预防性治疗达到“防”的目的。显然，这也可作为心理干预的 指导原则，如遵循健康的生活方式，就可能预防高血压、冠心病等疾患。因此，随着社会的发展，人们 健康意识的提高，医学心理学需要认真思考应该对哪些群体进行心理干预、何时进行干预以及采取何 种措施干预。

从整体上看，要想有效地预防和解决心理疾患，至少应对各类人群实行三个层次的干预措施：健 康促进、预防性干预和心理治疗(图12-1)。



健康促进： 预防性干预： 心理治疗：

● 干预面向普通人群 ● 干预针对高险人群 ● 干预针对那些已出

● 目标是促进心理健 ● 目标是减少发生心 现心理障碍的个体

康和幸福感 理障碍的危险性 ● 目标是减轻障碍

图12-1针对不同群体实行的不同的干预措施

188



第十二章 心理干预总论

(一)健康促进与预防

健康促进(health promotion)是指在普通人群中建立适应良好的思想、行为和生活方式，也称为一 级干预。对于高危人群的干预被称为二级干预或预防性干预。在防止心理障碍的出现的各种措施 中，预防性干预是最有效的手段。三级干预是对全部或部分已经产生心理问题的人进行心理治疗。

在健康促进层面上，可通过促进积极的行为模式和促进健康来预防心理问题的发生。因此，健康 促进包含着一些重要的概念，如积极的心理健康、危险因素和保护因素以及与这些因素相应的预防性 干预措施。

1. 积极的心理健康 积极的心理健康(positive mental health)对个体具有保护功能，主要包括两 个方面：

(1)保护个体免遭应激损伤的能力。学习正确应对急、慢性应激的方法，可增进积极的心理健 康。如应激管理就是一种主要的方法(详见第六章)。

(2)个体为增强自我控制感和促进个人发展而有意识地培养自己参与各种有意义活动的能力。 包括培养积极的信念或认知方式，如对生活的控制感以及自我效能感。在应激时这些生活态度和认 知模式会促使个体产生更积极的情感反应，从而有利于身体健康。

Seligman等的研究表明，要预防抑郁症的出现和发展， 一个行之有效的办法是在学龄期就应开始 设置有关积极乐观思维方式的课程。为促进良好的发育和发展，增强社交能力，在儿童期和青春期可 引导孩子学习一定的社交技能和解决日常生活问题的能力。如在一些发达国家，很多中小学校已经 开展了促进社会能力的计划，最常用的干预计划是有关社交能力和生活技能的训练课程，其重点一般 是青春期适应技能的发展。在有些学校这些训练甚至成为学校的必修课。我国一些大城市的中小学 校在积极开展学生心理咨询的过程中也正在尝试实践类似的训练内容。

2. 危险因素和保护因素 危险因素(risk factor)是指导致某一类个体较一般人群易感某种障碍 的人格因素或环境因素。危险因素存在于各种情况中，如在药物滥用的案例中，危险因素可能来自个 体本身、家庭环境、教育经历、同伴或社会环境的影响。研究还发现，如个体所处环境中有多种危险因 素，其心理障碍的发病率高于那些接触单一因素人群发病率的总合，说明各种危险因素之间存在协同 作用。此外，某一特定的危险因素会增加多种心理障碍发生的可能性，如父母经常吵架不仅可以导致 子女抑郁障碍的发生率增高，而且也可导致其他行为问题增多。

保护因素(protective factor)与危险因素相反，它是指能使个体发生某种心理障碍的可能性低于一 般人群的人格因素、行为方式或环境因素。保护性因素的存在使个人对损害心理健康的抵抗力增加， 从而降低个体发生心理障碍的发生率。研究表明，多种个体和环境因素具有保护作用，使心理障碍发 生的危险性减少，如维持良好的社会支持资源，就有可能减少心理问题发生的风险。养成健康的生活 方式是增强保护因素的重要方式。

近十几年来健康心理学的快速发展，使得有关心理与行为健康的知识得到普及，在我国有关锻 炼、减肥、健康饮食、独生子女的养育问题等知识在互联网、报纸、电视等媒体上广泛传播，各种心理咨 询、心理保健的讲习班、培训班如雨后春笋般蓬勃开展，养成健康生活方式的观念越来越得到重视和 普及。从健康促进的具体措施上看，医学心理专业人员的任务是如何帮助人们养成健康的生活方式。 如普及有关营养学的知识，使人们养成健康的饮食习惯。采用系统的行为矫正原理和方法对不良饮 食习惯进行干预。制定促进儿童青少年心血管系统健康的干预措施，包括改善学校的学生饮食，加强 学校体育锻炼的效果，开展对学生的禁烟活动等。结果表明，这些活动能明显的促进学生健康的生活 方式的形成。

**(二)预防性干预的方式**

预防性干预(preventive intervention)是指有针对性的采取降低危险因素和增强保护因素的措施， 预防性干预可以起到拮抗危险因素的作用，并促进保护性因素的形成，从而阻断心理障碍形成和爆发 的过程。预防性干预有三种方式：普遍性干预、选择性干预和指导性干预。



第十二章 心理干预总论

**189**

1. 普遍性干预 (universal preventive interventions) 主要是面向广大普通人群，针对某些 导致整个人群发病率增加的危险因素，进行心理教育或宣传性干预。如青少年后期抑郁症发病率相 对增高，预防性干预就可以面对整个青少年人群，普及认知和行为技能教育，以减少抑郁发作的危险。

2. 选择性预防干预 (selective preventive interventions) 是针对那些虽然还没有出现心理 问题或障碍，但其发病的危险性比一般人群要高的人，如离婚家庭其子女患抑郁症、PTSD 的危险性明 显增高，因此应该针对这类家庭的成员实施预防性干预。

3. 指导性预防干预 (indicated preventive intervention) 干预的对象是那些有轻微心理障碍 先兆和体征的人群。研究表明，有轻度抑郁情绪的人在某些因素的作用下转化为重性抑郁的几率很 高，因此，如能预先筛查出已经存在抑郁情绪者，并对其进行干预，能防止重性抑郁的发生。

研究表明，在处理各种心理问题和躯体健康问题方面，各种干预方式都具有同等的重要性，很多 心理问题实际上需要多种层面的综合性干预。 Ornish等(1998)研究了综合性干预措施在减少心脏病 危险因素上的作用。干预内容包括低脂饮食、有氧训练、应激管理训练、戒烟、集体心理治疗等。结果 表明，与对照组相比，干预组负性情绪和冠心病的症状有了明显改善，说明心理综合干预计划在身心 两方面都产生了积极的效应。处理酒精滥用问题也需要在各个层面上进行干预。酒精依赖者不仅损 害自身健康，而且往往导致家庭生活混乱、工作能力丧失以及子女出现行为和情感障碍的几率也远远 大于普通人群。如果单纯治疗酒精依赖病人，并不能预防新病例的发生，反过来，如果单纯实行预防 酒精依赖的措施虽然也能降低其发病率，但对正在遭受疾病折磨的病人本人及其家庭却没什么真正 的帮助。因此，对酒精依赖进行多种形式的干预是十分必要的。

在发达国家，许多健康促进和预防性干预属于社区心理学工作的一部分。社区心理学 (community psychology)作为心理学的一个分支，出现在20世纪的60、70年代。社区心理学的出现与 以下几个因素有关：①对精神病人的治疗从封闭的医院治疗转为在社区开办的心理健康中心继续进 行康复治疗；②人们对心理健康问题的认识逐渐提高，不再认为心理问题仅是个人的问题而是将其与 整个社会环境和社会问题联系起来；③逐渐认识到预防才是解决心理健康问题的有效办法。社区心 理学家开创了许多预防性的干预技术，推动了医学心理学的发展。现在的问题是，我国健康保障体系 的重点仍然是治疗疾病，而不是促进健康、预防疾病，这个问题在心理卫生领域尤其突出。

**三、心理咨询与心理治疗的关系**

心理咨询也是心理干预的重要组成部分，是实行健康促进、心理教育和心理指导的常用手段。从 学科角度看心理咨询是咨询心理学(counseling psychology)的重要研究内容。所谓咨询(counseling), 意为商谈、征询。心理咨询(psychological counseling)是指受过专业训练的咨询者依据心理学理论和 技术，通过与来访者建立良好的咨询关系，帮助其认识自己，克服心理困扰，充分发挥个人的潜能，促 进其成长的过程。心理治疗见第二节。

从这个定义看，心理咨询与心理治疗似乎没有本质的区别。但两者之间还是有一定的差异，如心 理咨询的对象主要是有现实问题或心理困扰的正常人，着重处理的一般的情绪不快、人际关系问题、 职业选择和教育求学的问题、恋爱婚姻问题、子女教育方面的问题等。心理治疗主要针对有心理障碍 的病人如神经症、性变态、人格障碍、心身疾病及康复中的精神病人等。心理咨询主要遵循发展与教 育的模式，侧重于对来访者的支持、启发、教育、指导，而心理治疗则遵循生物-心理-社会医疗模式，侧 重于分析与矫正，消除症状，重建人格。

医学心理咨询(medical psychological counseling)是我国老一辈医学心理学家提出的，是心理咨询 在医学领域中的应用。医学心理咨询与普通的心理咨询不同，有自身的重点和任务，其主要对象是病 人或寻求医学帮助的人，着重处理的是医学领域中的心理问题。因此，医学心理咨询是医学实践中的 重要组成部分，它贯彻并体现了生物-心理-社会医学模式在临床实践中的应用。参加医学心理咨询 的人员应既具备专业化医学知识和技能，又有一定的心理学、社会学的知识，这样才能承担起医学心

190

0艺记

第十二章 心理干预总论

理咨询的任务。

随着疾病谱的变化和生物心理社会医学模式的发展，心理咨询与心理治疗将变得日益重要，会被 更广泛地应用到医疗领域的各个方面。在这里我们应该谨记一百多年前弗洛伊德说过的一番意味深 长的话，大意是“现代的医师不能仅从解剖、物理和化学的观点来理解病人和疾病，不能漏掉心灵深层 的东西，只有从深层心理的角度进行研究和理解才能达到对人和疾病认识的高峰…… ”。实事求是地 看，正是由于弗洛伊德精神分析疗法以及其他心理疗法的出现，才使得在医学发展过程中，医师能够 在药物治疗之外多一种选择，病人也第一次有机会在治疗时面对着自己的心灵。

**第二节** **心** **理** **治** **疗**

**一、概述**

**(一)心理治疗的概念与基本要素**

心理治疗是心理干预的重要手段之一，其应用的对象主要是那些已经发生了心理障碍的病人。 心理治疗与临床上内科或精神科的药物治疗一样都是常用的治疗手段，所不同的是内科或精神科依 靠药物干预人体的病理生理过程取得疗效，而心理治疗的工具主要是语言。西方心理治疗界为了将 心理治疗与其他临床疗法区别，常把各种心理治疗统称为“谈话疗法”(talking cure)。 什么是心理 治疗?其基本要素是什么?我们可以从各种定义中进行分析。首先在词源上，心理治疗(psycho- therapy)一词来源于希腊语，psycho意为“灵魂、心灵或生命”,therapy源于“therapeutikos”,有为人服务 及医治他人的意思。因此，心理治疗含有医治他人心灵或灵魂的意思。美国精神科医师沃尔伯格 (LR Wolberg)认为，从临床角度看，心理治疗是一种“治疗”工作，即由治疗者运用心理学的方法来治 疗与病人心理有关的问题。我国钱铭怡把心理治疗定义为：“心理治疗是在良好的治疗关系的基础 上，由经过专业训练的治疗者运用心理治疗的有关理论和技术，对来访者进行帮助的过程，以消除或 缓解来访者的问题或障碍，促进其人格向健康、协调的方向发展。”

综合以上观点，我们将心理治疗定义为：心理治疗是由受过专业训练的治疗者，在一定的心理治 疗的程序和设置中通过与病人的不断交流，在构成密切的治疗关系的基础上，运用心理治疗的有关理 论和技术，使其产生心理、行为甚至生理的变化，促进人格的发展和成熟，消除或缓解其心身症状的心 理干预过程。

这个定义强调了心理治疗应包含的一些基本要素：

1. 心理治疗者的专业要求 治疗者必须是经过正规培训，掌握了一定的专业理论和技能，具有 合法身份的专业人员。如果治疗者不具备一定的能力和条件，则不能承担心理治疗的工作，否则会对 病人造成伤害。为促进心理咨询与心理治疗的发展，2001年以来，我国劳动与社会保障部建立了“心 理咨询师资格认证”制度；2002年以来，国家卫生行政部门开始推动心理治疗向职业化发展，目前有 医学和心理学教育背景的人可以参加卫生部的心理治疗师考试；2006年中国心理学会临床心理咨询 与心理治疗专业委员会成立了心理师与心理督导师认证、登记的注册系统。虽然十几年来已经培养 了几十万心理咨询师与心理治疗师，但从总体看我国的心理咨询与治疗人员的专业化水平还较低，亟 待转型升级进一步提高专业能力。

2. 心理治疗要按一定的程序和设置 (setting) 进行心理治疗的程序包括治疗者对心理治疗 实际操作过程的具体安排，如有专门的工作场所、预约制度、签订治疗协议、会谈的时间、治疗次数和 付费方式等。这些安排的重要性犹如外科做手术的程序，稳定地贯穿于整个治疗过程，是医患双方都 要遵守的。治疗程序也是一个观察和理解的框架，治疗者可以根据病人对治疗程序要求的遵守状况 评估病人的各种心理行为变化，如未准时赴约是否表明产生了阻抗等。另外，对病人来说稳定的规范 的程序也是一种依托和平台，在这个框架内病人可以安全地表露其内心世界。

**3.** **心理治疗是建立在密切的治疗关系基础上的职业行为** 所谓治疗关系是指在治疗者与病人



第十二章 心理干预总论 191

之间为达到治疗目标而建立的一种密切的、有感情交流的职业性帮助关系。这种医患关系比临床其 他领域中谈到的医患关系更具有特殊性和重要性。与药物治疗不同，心理治疗是一个人帮助人、人影 响人的活动，是治疗师与来访者之间产生的心灵交流，而技术的应用甚至都是次要的。 一种稳定、深 刻、亲密和信赖的治疗关系是治疗有效的重要因素。人本主义心理学家罗杰斯把治疗关系看作是来 访者改变和成长的原动力，合格的治疗师都有一系列共同咨询特质(attributes of counseling),即治疗 者在治疗过程中对疗效有直接影响的因素，是他表现出来的人际反应特点或态度，如治疗者的温暖、 真诚、尊重、积极关注和共情等特点。

4. 心理治疗要运用科学的心理学理论和技术 心理治疗是一项技术性很强的疗法，治疗者不能 仅仅依赖人生经验、常识和帮助人的愿望进行一般的说教，而要以科学的心理学理论为指导进行规范 化治疗，这包括有一套基本原理或概念构想，它能够解释症状形成的原因、心理变化的机制以及有相 应的治疗技术。同时，心理治疗也是一门科学的艺术。在实际操作中，有经验的治疗者自然地使其人 格特征、人生经验和理论技术融为一体，治疗者的理论素养在其心理活动的背景上起着潜在的指导作 用，而技术性干预贯穿于双方交流互动的各个过程中。

5. 心理治疗的目标 是通过引导病人对内心世界的探索、认识，适当的情绪宣泄和认知矫正，激 起和维持其学习新经验和改变的愿望，增强自我效能感并促进其持续的自我成长，从而转变痛苦的、 适应不良的心理、行为甚至躯体症状，恢复健全的心理、生理和社会功能。如精神分析疗法通过消除 潜意识的冲突和创伤达到治疗目的，行为治疗中通过脱敏、暴露和塑造的方法矫正适应不良的行为， 认知疗法则通过转变病人的思维方式进而消除不良的情绪。

(二)心理治疗的有效因素

心理治疗过程中，治疗者到底如何影响病人的心理并产生疗效?治疗者应当意识到病人来做心 理治疗时，是带着自己的各种观念、痛苦来寻求疗愈的。如果治疗者受自身经验、治疗设想和理论框 架的限制过多，与来访者的要求差距过大，就难以满足来访者是需求。治疗者只有顺应来访者的需 要，理解每个人特有的困难和烦恼，才能建立有效的治疗关系。心理治疗如何产生效果?首先，要理 解来访者是一个具备主体性的特定个体，来访者的心理问题或症状，来访者作为心理痛苦的主体承受 者，力图摆脱痛苦但出现了偏差的尝试，要让来访者理解到其所有经验包括症状在某种逻辑下也是 “合理”的、有功能的，甚至是自己主动选择的，从而使来访者感觉自己是情绪或症状的主人。这样一 来，就能调动来访者的感觉，让其进入和接纳他的不适感，从而解构其不适的症状。在治疗过程中，治 疗者的主体性和来访者的主体性相遇，会产生了一种主体间场，这可理解为双方心灵之间的接触与交 流所产生的一种相互作用的共同的心理空间。正是这个场的发展变化，决定了来访者的转化、停滞、 成长或“治愈”。在互为主体的共情关系中受到塑造和影响，才能使来访者顺势转变。在这个境界中 所形成的特殊的、密切的关系的流变决定了治疗的成效。以下阐述心理治疗的几种重要有效因素与 机制。

1. 情绪宣泄心理治疗关系中所形成的抱持和接纳的环境，有利于来访者释放内心的紧张、痛 苦、焦虑、郁闷等情绪，使情绪的压力得到暂时的缓解。多倾听、用心听，给来访者一个表达与宣泄内 心真实心情的机会，也使其有了内省和梳理的空间。包容，作为一个治疗者，首先请给来访者说出心 里话的机会。

2. 认知领悟治疗有效的重要转变是来访者产生了新的认知、领悟。如对待个人、事、环境的看 法开始产生变化，对过去的偏狭、冲动、投机、绝对化、僵化的认知进行梳理，内心看待人情与世故的态 度、思路、方法开始重新建构。几乎所有流派的心理治疗都有认知转变的效果，只是理论和技术路线 的不同而已。精神分析侧重在从人格层面深刻的探讨心理障碍形成的来龙去脉并加以梳理，认知治 疗侧重从来访者当前的认知和行为模式上给予干预而发生改变。

3. 情感转化治疗者通过共情的方式帮助来访者识别自己的情感体验，并引导其用恰当的方式 表达出来，当来访者的情感能够表达出来的时候他就会有所驾驭，而不是盲目冲动或无缘由的郁闷。

**192**



第十二章 心理干预总论

治疗中要允许来访者表达真实的情感体验，如爱、恨、恐惧、悲伤、愤怒、羞耻、内疚等。 一个人的情感 状态，并不总是被自己清楚、明晰、确切的感知到，也难以恰当准确的表达出来，因而在内心会是一团 模糊的情绪，并与内在的他人表象发生纠缠，这就造成了混乱的情感冲动。识别与发现情绪与情感， 给了来访者一个了解自己内在情绪感受的机会。

解释和揭示：对来访者话语背后的情感情绪内容与感受的解释、呈现是心理治疗的重要环节。那 些过去不被意识到的情感内容，可能在潜意识里一直涌动而得不到纾解，发现与宣泄潜意识中被压抑 的情绪与情感为来访者的自我理解开启了机会之门。

整合与提升：引导来访者整合和提升驾驭情感的能力。仅仅释放情绪是不够的，情感调控能力弱 的人也会有情绪的控制障碍。治疗室内的鼓励退行、表达，是为了在治疗关系中有重新修复的机会， 促进来访者现实功能的成熟与提升才是心理治疗的目标。

4. 觉察能力 在治疗中要引导病人对其意识、潜意识的需求、动机、冲突、关系的模式、自体感等 心理活动有所发现、理解或觉察。觉察是一种能力，不是一点就通的道理。治疗者要有高度的觉察和 觉知能力，首先要引导病人觉察到现实与幻想的边界；进一步，要能进入到病人的幻想中去理解和体 验其内心的人际关系模式，同时能保持清醒的现实功能，引导来访者觉察自己的幻想与现实。在此过 程中，治疗者还不能有去无回，还要对自己的反移情保持清醒的理性和觉察能力。

治疗者的目标是促进病人发展出理性、成熟的自我功能，以适应现实的人际关系与生活。在心理 治疗中，这是通过观察病人在现实中的角色责任完成程度，来评估其自我功能的改善程度的。其中病 人的自我觉察能力与觉知能力的提高是心理治疗有效的一个基本的、重要的元素。觉察力提高就是 心智化能力水平的提高。

**5.** **关爱能力** 在关怀的态度中发展出接受爱和付出爱的能力。首先，治疗者的工作是一种职业 化的服务，但也是一种人性关怀的帮助，应具有一种慈悲仁爱的初心，并保持一个无我、无念、无住的 态度，亦不抱刻意行善的姿态；其二，引导来访者在人与人之间的关系上，发展出积极的、善意的情感、 认知和态度；使来访者发展出接受关爱和给予关爱的能力。治疗者有真诚、接纳，也有善意的启发，从 而引导来访者看到、感受到自己所具有的关爱潜能，从而培育自我关爱的能力。

**(三)现代心理治疗的发展趋势**

当代心理治疗无论是心理治疗理论，还是治疗技术方面都取得了很大的进展。在理论方面越来 越多的研究发现，任何一种单一的理论(情绪、认知、行为或生理的)都不足以解释心理问题的原因和 心理治疗疗效的机制。同样，能够改变病人某一方面功能的治疗方法，也能改变其他方面的功能。现 代心理治疗已经呈现出短程、折中、整合与多元化的发展趋势。短程体现在经典精神分析治疗的过程 漫长，很难适应现代人的生活节奏，导致以干预及时，医师活动水平相对较高，治疗目标明确为特征的 短程心理治疗应运而生。折中体现在心理治疗已经从经典精神分析的病因分析取向的治疗，向以治 疗关系为依托的方向发展。由于客体关系取向的精神分析与科胡特之后的自体心理学(self psychology)的发展，出现了主体间心理治疗(Intersubjectivity psychotherapy)的流派，这一发展显示，心 理动力学与人本主义的心理治疗出现了趋同现象。心理治疗的整合化早在20世纪30年代开始萌 芽，迅速发展于20世纪80年代，心理治疗整合从理论、实践及方法进行了大量的研究。整合的焦点 是行为治疗和心理分析治疗的整合，行为治疗学家把认知心理学的语言、理论、技术整合到行为主义 的刺激-反应模式中，心理分析学家接受了学习理念、环境因素的致病作用和行为主义学派的语言。 心理治疗的多元化，得益于佛教、道教等东方文化对西方心理治疗领域的渗透，发展出了正念减压疗 法(Mindfulness-Based Stress Reduction,MBSR)以及接纳承诺疗法(Acceptance and Commitment Therapy, ACT) 等。受西方医疗领域大力倡导循证医学的影响，心理治疗出现简单化、治疗手册化倾向。

**二、心理治疗的范围**

心理治疗主要是从临床实践中发展起来的，长期以来经过临床实践、实证性研究，人们对心理治



第十二章 心理干预总论 **193**

疗的适用范围已有较为一致的认同。

(一)综合医院临床各科的心理问题

1. 急性疾病的病人此类病人的特点是起病较急，且一般病情较重，往往存在严重的焦虑、抑郁 等心理反应，有时在给予临床医疗紧急处置的同时，需要同时进行一定的心理治疗，例如给予支持疗 法、松弛疗法等，以帮助病人认识疾病的性质，降低心理应激反应水平，增强治疗疾病的信心。但有针 对性的心理治疗一般应在疾病得到控制以后进行。

2. 慢性疾病病人 这类病人病程一般较长，由于无法全面康复以及长期病人角色的作用，往往 存在较多的心理问题，并因此而导致疾病症状的复杂化，进一步影响了机体的康复过程。心理支持治 疗和行为治疗等手段往往对他们有很大的帮助，例如慢性疼痛病人的行为矫正治疗、康复疗养病人的 集体支持治疗等。

3. 心身疾病病人 由于病人的发病过程中有明显的心理社会因素参与，心理治疗是必不可少 的。它包括两个方面：首先，针对致病的心理因素，通过帮助病人消除或缓解心理应激反应，以减轻疾 病症状，改变疾病发展过程，并促进其康复。例如矫正冠心病病人的A 型行为，紧张性头痛病人的认 知治疗等。其次，直接针对疾病的病理过程而采取的心理矫正措施，例如对高血压病病人进行的松弛 训练，对瘫痪病人进行的生物反馈治疗等。

(二)精神心理科及相关的病人

是心理治疗在临床医学中应用较早，也是较广泛的领域，包括各类神经症性障碍如焦虑症、抑郁 症、强迫症、恐惧症、躯体形式障碍、人格障碍与性心理障碍等以及恢复期精神分裂症等。

(三)各类行为问题

各种不良行为的矫正，包括进食障碍、肥胖、烟瘾、酒瘾、口吃、遗尿、儿童行为障碍等，可选择使用 认知行为矫正疗法、正强化法等各种行为疗法。

(四)社会适应不良

正常人在生活中有时也会遇到难以应对的心理社会压力，从而导致适应困难，出现自卑、自责、自 伤、攻击、退缩、失眠等心理行为和躯体症状。此时可使用某些心理疗法，例如支持疗法、社交技巧训 练、松弛训练、认知疗法及危机干预等给予帮助。

三、心理治疗基本过程和原则

**(** **一** **)基本过程**

实际的心理治疗过程会因不同的病人而千变万化，但不管什么样的心理治疗都会按照一定的程 序进行。虽然基于不同的心理治疗理论的目标、方法等有所不同，但实际操作的基本过程大致相同， 包括初期、中期和后期阶段。每个阶段各有不同的任务。中期主要是帮助病人改变不良认知、情绪和 行为，建立新的适应性认知、情绪和行为模式；后期主要是处理结束治疗所产生的问题及帮助迁移和 巩固治疗所获得的成果。

1. 初期阶段初期的主要任务是建立治疗关系、收集信息、评估和确认问题及制定治疗方案。 实施治疗的一个先决条件是激发病人的动机与治疗者建立相互信任的治疗关系。帮助病人认识到自 己是治疗过程的积极参与者，有责任提供信息并完成治疗期间的作业与练习，以及共同来思考合适的 治疗目标。在初期的会谈中，治疗者通过面谈、观察、问卷、心理测验、生理心理评估、医学检查收集临 床资料用于了解病人的主要心理问题，并进行诊断、制订治疗方案并签署治疗协议。

2. 中期阶段 中期阶段通常在心理治疗中占的时间最长。治疗者的主要任务是依据治疗方案， 采取适宜的治疗措施帮助病人解决心理问题，达到预期的治疗目标。所谓适宜的治疗措施，是指针对 目标行为的、病人需要的并能接受的，治疗者能熟练使用的措施。

实施治疗的过程并非一帆风顺，治疗者会碰到某些阻抗或干扰，由此成为病人不愿意参与或中断 治疗的原因。阻抗是指病人在治疗中表现出勉强和矛盾的态度。它由许多原因引起，如担心自己的

194 第十二章 心理干预总论

病人身份或想改变自己潜在的忧虑(治疗阻抗),难以改变的、根深蒂固的人格类型(性格阻抗);对讨 论的主题感到不快(内容阻抗);不愿表达对治疗者的情感(移情阻抗)等。治疗者需要找到继续进行 治疗的方法或者突破这些阻抗，还可以利用阻抗，因为阻抗提供了有关病人的人格类型、潜在态度、焦 虑源等方面的信息。

3. 结束阶段 治疗的最后阶段是处理结束治疗所产生的问题并帮助病人迁移和巩固治疗的效 果。虽然，我们强调病人做自己的治疗师，但随着治疗即将结束，病人可能还会怀疑自己能否独立前 行。而且病人还会因治疗结束要与治疗者分离而感到难过、害怕，治疗者也可能出现分离性焦虑。治 疗者应谨慎从事，既不要超越治疗的界限，也不要把结束作为联系的终结。延长治疗的间隔时间，偶 尔通信联络、定期回访等会减轻对结束的恐惧，也为后续的评估提供了机会。

**(二)心理治疗的基本原则**

心理治疗是一项专业性很强的技术，其有效发挥受到很多因素的影响和制约。因此，实施心理治 疗必须严格遵循心理治疗的基本原则，否则将很难收到预期的效果。虽然治疗者对心理治疗的实践 和认识各自有所不同，但治疗的基本原则却大同小异。

1. 信赖性原则 这一原则是指在心理治疗过程中，治疗者要以真诚一致、无条件的积极关注和 共情与病人建立彼此接纳、相互信任的工作联盟，以确保心理治疗顺利进行。真诚一致对治疗者而言 就意味着成为他自己，做一个可信的人。治疗者的真诚会使病人变得诚实和自然，他会像治疗者那样 以一种开放的、信任和毫无保留的方式呈现自己的想法和感受。

信赖原则的实施要求治疗者要让病人了解心理治疗的程序、方法、要求、费用、阶段性或长期可能 产生的正面影响与负面影响，充分尊重病人的选择。对超出治疗者能力和范围的病人，治疗者应将其 转介。在转介时，治疗者应该向病人诚恳地说明理由，如实介绍所转介的治疗者的情况并提供相关的 资料。在实施信赖原则时，要尽可能避免双重关系的发生。所谓双重关系(dual relationships)指治疗 师与病人之间发生的超越职业界限的非治疗关系，比如性关系、商务关系、金融关系或社会交往等。 双重关系会破坏治疗同盟，削弱治疗者的职业客观性、治疗能力或治疗效果。

2. 整体性原则 这一原则是指在心理治疗过程中，治疗者要有整体观念。病人的任何一种心理 和行为问题都不是孤立，总是和他整个身心活动联系在一起。因此，治疗者要对病人的心理问题作全 面的考察和系统的分析。在实施心理治疗的过程中，针对病人心理的各个方面，综合运用各种治疗技 术和方法，满足不同层面的心理需求，必要时还可以与临床医师配合，适当使用药物，这都是整体原则 的体现。

3. 发展性原则 这一原则是指在心理治疗过程中，治疗者要以发展的眼光看待病人的问题，不 仅在问题的分析和本质的把握上，而且在问题的解决和效果的预测上都要具有发展的观念。在心理 治疗过程中，病人的需要、动机、态度、情绪、情感、思维方式、对问题起因的看法、对事件后果的预测以 及行为表现总是随着治疗的进程不断发生变化。如果治疗者能用发展的眼光捕捉到病人细微的变 化，因势利导或防患于未然，就会使治疗进程向着好的方向顺利发展。

4. 个性化原则 这一原则是指在心理治疗过程中，治疗者既要注意病人与同类问题的人的共同 表现和一般规律，又不能忽视每个病人自身的具体情况，不能千篇一律地处理问题。也就是说，每个 心理治疗方案都应具有它的特殊性，不能雷同。例如，两位同是抑郁症病人，都有绝望的症状，但甲的 绝望是因为欺骗妻子20年的负罪感所致，而乙的绝望是因为奋斗多年还不是明星，甲将一切过错归 咎于自己，而乙完全归罪于他人。显然二者的治疗不会完全相同。

5. 中立性原则这一原则要求治疗者在心理治疗过程中保持中立的态度和立场。治疗者有自 己的人生经历和人生价值取向。如果在治疗过程中，治疗者以自己的价值取向作为考虑问题的参照 点或以某种固定的价值取向作为判断是非的参照点，就容易妨碍对事件判断的客观性，把个人情绪带

入治疗之中，丧失应有的中立态度。治疗者对治疗中涉及的各类事件均应保持客观、中立的立场，不

把个人的观点强加于病人。只有这样，治疗者才能对病人的情况进行客观分析，对其问题有正确的了





第十二章 心理干预总论 **195**

解并有可能提出适宜的处理办法。

**6.** **保密性原则** 这一原则要求治疗者尊重病人的权利和隐私。由于心理治疗的特殊性和病人 对治疗者的高度信任，他们常常把自己从不被人知道的隐私暴露出来，这些隐私可能涉及到个人在社 会中的名誉和前途，或牵扯到与其他人的矛盾和冲突，若得不到保护和尊重，会造成恶劣影响。

**四、心理治疗的基本技术**

心理治疗技术是指为了实现心理治疗目标而使用的具体方法和程序。以下我们将介绍几种基本 的治疗技术。

**(** **一)倾听技术**

倾听(attending)是指咨询师借助言语或非言语的方法和手段，使来访者能详细叙述其所遇到的 问题，充分反映其所体验的情感，完全表达其所持有的观念，以便咨询师对其有充分的、全面的了解和 准确把握的过程。倾听是心理治疗的第一步，它不仅是了解情况的必要途径，也是建立良好的治疗关 系和给予病人提供帮助的手段。倾听并非仅仅是用耳朵听，更重要的是要用心去听，去设身处地地感 受病人的体验。倾听不但要听懂病人通过言语、行为所表达出来的东西，还要听出病人在交谈中所省 略的和没有表达出来的，甚至病人本人都没有意识到的心理倾向。倾听不单是听，还要注意思考和感 悟到病人所讲述的事实、体验的情感和持有的观念等。

**(二)提问技术**

提问是一件比较复杂的事，问题提得是否妥当，关系甚大。通常提问方式有两种， 一种是开放式 提问，另一种是封闭式提问。开放式提问(open question)通常不能简单作答，而是需要做出解释、说明 或补充材料。开放式问题常以“什么”、“怎样”、“为什么”、“能不能”、“愿不愿告诉我…… ”等形式发 问。开放式提问应以良好治疗关系为基础，不然也可能使病人产生一种被询问、被窥探、被剖析的感 觉从而产生抵抗。其目的在于了解和掌握病人问题有关的具体事实、情绪反应、看法和推理过程等。 封闭性提问(closed question),是事先对病人的情况有一种固定的假设，而期望得到印证这种假设正 确与否的回答。封闭性提问通常以“是不是”、“要不要”、“有没有”、“对不对”等形式发问，而来访者 多以“是”、“否”或其他简短的语句作答。其目的在于澄清事实、缩小讨论范围或集中探讨某些特定 问题。另外，提问要注意问句的方式、语气语调、要循序进行。

**(三)鼓励技术**

鼓励(encouragement)是指治疗者通过言语或非言语等方式对来访者进行鼓励，促使其进行自我 探索和改变的技术。其作用是表达治疗者对病人的接纳，对所叙述的事情感兴趣，希望按此内容继续 谈下去。所用的技巧就是直接地重复病人的话或说出一些肯定、赞许的话如‘嗯”、“好，讲下去”、“还 有吗”等和点头微笑强化病人叙述的内容。目的在于：①鼓励或培养来访者表达；②营造促进沟通、建 立关系、解决问题等氛围；③支持来访者去面对并超越心理上的挣扎；④建立信任的沟通关系。

治疗者对病人所述内容的某一点、某一方面作选择性关注可引导病人朝着某一方向作进一步深 入的探索，这是鼓励的另一个功能。

**(四)内容反应技术**

内容反应，也称释义(paraphrase)或说明，是指治疗者把病人的言语与非言语的思想内容加以概 括、综合与整理后，再用自己的言语反馈给来访者。治疗者选择病人所表达的实质性内容，用自己的 语言将其表达出来，最好是引用病人言谈中最有代表性、最敏感的、最重要的词语。例如：病人：“我感 觉鼻子不通畅，喘不过气来，到处检查，医师说鼻中隔弯曲，问题不大，但我确实很难受，也很苦恼。”医 师：“你感觉喘不过气来，很难受，但医师检查说没多大问题，是这样吗?”内容反应使病人有机会再次 来剖析自己的困扰，重新组合那些零散的事件和关系，深化谈话的内容。

**(五)情感反应技术**

情感反应(reflection of feeling)是治疗者把病人用言语与非言语行为中包含的情绪、情感，加以概

196 第十二章 心理干预总论

括、综合与整理后，再用自己的言语反馈给来访者，以达到加强对来访者情绪、情感的理解，促进沟通。 它与内容反应很接近，不同的是内容反应着重于病人言谈内容的反馈，而情感反应则着重于病人的情 绪反馈。例如：病人：“我感觉鼻子不通畅，喘不过气来，到处检查，医师说鼻中隔弯曲，问题不大，但我 确实很难受，也很苦恼。”医师：“医师检查说没多大问题，你很苦恼，也很茫然，是这样吗?”它的作用 是澄清事件背后隐藏的情绪，推动对感受及相关内容的讨论。要想捕捉到病人的情感并作出准确的 反应，关键在于治疗者要真正进入病人的内心世界，与他的情感产生共鸣。

**(六)面质技术**

面质(confrontation)是治疗者运用言语描述在病人的感受、想法和行为中存在的明显差异、矛盾 冲突和含糊的信息，并当面提出质疑。常见的矛盾有病人的言行不一、理想与现实不一致、前后言语 不一致以及治疗者和病人意见不一致等。面质的目的在于：①协助病人对自己的感受、信念、行为及 所处情境进行深入了解；②激励病人消除有意或无意的防御、掩饰心理，面对自己、面对现实并进行富 有建设性的活动；③促进病人实现言语与行为、理想自我与现实自我的统一；④使病人明了自己潜在 的能力、优势并善加利用。虽然面质是一种必要的治疗技术，但因其具有一定的威胁性，因此使用时 务必谨慎、适当。

**(七)解释技术**

解释(interpretation)即依据一种或几种理论、某些方面的科学知识或个人经验对病人的问题、困 扰、疑虑作出说明，从而使病人从一个新的、更全面的角度来审视自己和自己的问题并借助新的观念 和思想加深对自身的行为、思想和情感的了解，产生领悟，促进改变。解释是从治疗得自己的参考体 系出发，同时主要针对的是病人隐含的信息，即病人没有直接讲出或没有意识到的那部分内容。主要 包括：问题及其性质，问题的主要原因及演变过程，咨询的过程及原则等。

**(八)非言语性技巧**

心理治疗除了言语表达以外，还有非言语交流。有人提出，信息交流的总效果中只有7%来自于 所用的语词，38%来自说话的语气，55%来自身体语汇。因此，在心理治疗中取得的信息，不仅来源于 言语内容，更重要的来源于非言语交流。非言语交流的途径包括：面部表情、目光接触、言语表情、躯 体表情等。

面部表情是反映人的情绪状态自然特性的最重要的部位，是一种普遍使用的语言，比其他任何部 位的表达都要丰富。在心理治疗中，从面部表情获得的信息量将近一半，通过面部表情所传递的情绪 反应信息往往决定着交流的进程及方向。

目光接触在心理治疗中具有重要的作用。人们相互间的信息交流常常以目光交流为起点，同时 目光交流也是传递信息的重要手段。眼睛是心灵的窗户，目光是心灵的语言，要注意病人用眼睛 说话。

言语表情包括音质、音量、音调和言语节奏的变化等是语言表达的一部分。言语表情既表现出来 病人的个性特征和言语表达方式，也反映出来访者当时的心情和情绪状态。在咨询过程中，治疗者要 仔细留意病人讲话的声音特征，特别注意把握住声音特征的突然改变。只有声音的突然变化，才能显 示病人内心的秘密，提供真实的、有效的信息。因此，治疗者应对病人声音特征的突然改变应保持高 度的敏感性。

躯体言语(body language)主要包括手势、躯干姿势、腿脚的动作、点头或摇头等。它们都能很好 地反映出病人的情绪、思想和情感。治疗者在观察病人形体动作时，应和所有的非言语行为一样，把 形体动作结合其他信息放在具体环境中去理解。

治疗者运用该技巧主要是以此影响病人并通过对病人的非言语行为的观察和分析获得有用的

信息。

(刘传新)





**第十三章心理干预各论**

本章系统地介绍了精神分析疗法、行为疗法、认知疗法、以人为中心疗法、森田疗法、暗示和催眠 疗法、家庭治疗、团体治疗、危机干预等心理治疗方法，同时还介绍了临床心理会诊服务的内容。

**第一节** **精神分析与心理动力学治疗**

**一、经典精神分析治疗**

**(** **一** **)概述**

弗洛伊德创立的精神分析疗法是现代心理治疗的开端。弗洛伊德将科学方法与哲学思辨结合起 来，对临床观察的资料进行整理和解释，形成了精神分析理论和经典精神分析疗法。精神分析疗法 (psychoanalytic therapy)是指在精神分析理论的指导下，治疗者运用自由联想、释梦、移情与反移情分 析、阐释等技术，发现病人压抑在潜意识中的冲突，使病人领悟到心理问题的潜意识症结，让焦虑的情 绪得到宣泄，从而使其能以现实的方式处理和适应各种情况。 一百多年来，精神分析在深度和广度上 不断发展，现在我们将弗洛伊德与其后的现代精神分析取向的各种疗法，统称为心理动力学治疗 (psychodynamic therapy)。

经典精神分析一般用时较长、见效较慢、费用较高，所以更需要清楚的设置和框架来保证治疗的 进行。

1. 设置 任何治疗都要有一个清楚的框架设置(setting),心理治疗犹如外科手术也要在一定的 环境、方式下进行。如果没有很清楚的框架，医患双方就会很随意，病人产生了移情但他并不知道自 己到底发生了什么，这样就分不清发生的是移情还是常情。

让病人躺在沙发上的治疗情景一直保留了下来，成为经典的分析情景。现在广义的心理动力学 治疗多采用坐在沙发上，两人的视角交叉呈90度或120度的谈话方式。这样有利于病人探索自己的 内心，也利于治疗者面对自己的内心和躯体的感受，同时利于观察病人的状况。房间环境要安静，保 持适宜的室温，不受电话和访客的打扰，室外要设置“请勿打扰”的标志。治疗时程一般为50分钟，每 周来诊3～5次。对就诊时间、治疗费等应通过签署治疗协议的方式确定下来。

2. 评估 治疗者与病人最初见面的几次会谈并不是立刻开始治疗，而是要先对病人是否适合做 精神分析作必要的评估。例如病人是否有引起精神障碍的器质性因素、是否需要用药、存在的危险 (自杀、杀人、离婚、工作中断),以及病情恶化的可能等。要通过询问和倾听探索疾病的原因及寻求 帮助的原因；详细了解病人的生活史，这样可以初步了解病人整个心理发展过程中所体验到的冲突。

精神分析对神经症性障碍及人格障碍疗效较好。在病人的选择上，那些有心理学头脑、能够体察 自己的感情、能够通过领悟使症状得到缓解的病人比较适合做精神分析。

3. 治疗过程 先向病人介绍精神分析治疗的基本程序和目的。通过最初的几次会谈，治疗者已 经大致完成了病人在精神分析情境中接受治疗可能性的评估。如果病人适合做精神分析，治疗者与 病人对治疗的安排也达成一致，就意味着开始治疗。

精神分析的治疗绝大多数不预先安排结束的时间。在治疗开始时，治疗者就应当向病人讲明，治 疗将一直持续到把病人的潜意识里的冲突统统揭示出来，得到解决为止；持续到病人理解自己的内心 活动为止。随着病人与治疗者的关系加深，那些长期难以理解的事情逐渐被理解之后，病情就会发生

198



第十三章 心理干预各论

变化。当病人感到人格中导致痛苦的那部分已经分离出去，那些曾经造成症状的症结已被修通，此 时病人能够深刻地理解自己的防御和移情，以及不同的移情表现，对自己的心理活动有了更深入 地了解，并可以运用自我探索的方式去解决新的问题，这时治疗就可以结束了。结束阶段，治疗者 也要注意到自己的感受，并谈论这些感觉，以便恰当地处理自己的反移情。鼓励病人克服移情，解 决已经理解了的冲突，解决自己生活道路上的困难，使自己能与治疗者分离，并开始独立自主的自 我探索。

(二)治疗方法

1. 自由联想在弗洛伊德看来，自由浮现于心头的任何东西，无论它是什么，都不是无缘无故 的，都与前后浮现的其他东西有因果联系。因此，弗洛伊德用自由联想(free association)作为精神分 析的基本技术，即鼓励病人说出脑子里出现的任何事情或想法，无论这些事情多么荒唐、多么违背伦 理道德，也无论这些想法多么不符合逻辑、多么难以启齿。这项技术的理论假设是，人们在生活中学 会了将那些不好的或荒谬的想法排斥在意识之外，而自由联想可以让病人从一个念头迅速地转向另 一个念头，在这个过程中， 一个个越来越接近潜意识的想法和冲动便随之产生。这样，自由联想的材 料就给治疗师提供了解病人潜意识的线索，从而能分析其个性结构及发展历程。

2. 阻抗及其解释 阻抗(resistance)是指病人心理内部(潜意识)对治疗过程的抗拒力，以防止治 疗使痛苦在意识中重现。阻抗是病人抵制“痛苦的治疗过程”的各种力量。比如在自由联想时，弗洛 伊德发现，病人的联想并不“自由”。具体表现有说话缓慢、中断，或表现为局促不安；或自称没什么 可说的，甚至与医师争论，不相信医师的解释等。阻抗有各种表现形式，如迟到或擅自取消约会、对治 疗师的问题加以回避、取悦治疗师借以“麻痹”治疗师、将谈话的重点指向治疗师、原地踏步、遗忘、控 制讨论的主题、为治疗关系设定先决条件、过多地纠缠过去的事情、沉默等。精神分析中，治疗师需要 对阻抗进行处理，要向病人进行澄清和解释。消除阻抗是精神分析治疗的重要环节之一，也是一项艰 难的工作。治疗师解释阻抗的时机为：①治疗师已充分识别了阻抗；②病人能够充分体验到阻抗； ③阻抗影响了治疗的进程。

3. 移情及其解释 在自由联想过程中，通过不断处理阻抗，病人逐渐回忆过去生活经历，同时也 将过去的冲动、幻想激活。所谓移情(transference)就是病人将过去对其有重要影响的人物的情绪在 与治疗者的关系里重现出来。表现为病人对治疗者产生了强烈的情绪反应，有的对治疗者产生依恋、 钦佩、爱慕甚至和性有关联的冲动，这种情况称为正移情；有的对治疗者表现出失望、不满、愤恨、攻击 等，这种情况称为负移情。

解释移情是治疗的重要手段之一。当移情产生时，病人过去曾经历的冲动、幻想、重要的人际关 系并不仅仅停留在过去(并不仅仅是一种记忆),而是通过与治疗者之间的互动关系表达出来。表现 为病人不由自主将其遗忘的经历或记忆呈现在与治疗者此时此刻的交流互动中。意思是病人在与治 疗者的交流中，生动地呈现了与过去重要人物(如父母)的感情、态度、幻想、冲突、交往模式，但病人 对此却是无意识的。面对那么多的爱、恨、性欲、贪得无厌和绝望等，初学者由于过去没有相关的治疗 经验，往往会不知所措。有经验的治疗者常常能通过对移情现象的觉察和分析，理解病人的情感和内 心世界以推进治疗进展。

4. 反移情及其处理 与移情的产生原理一样，治疗者在与病人交流时也会产生情感反应，这就 是反移情(counter transference)。 经典的精神分析认为，反移情是治疗者对病人的感情转移，是病人在 治疗者心中所激发的全部情绪。如一位女病人叙述自己的感情生活，透露曾和许多男性有过性关系 在治疗中流露出对治疗者的性欲望时，道德观念极重的治疗者可能表现出强烈的厌恶并进行指责，这 正好重复了其丈夫的反应模式，治疗关系因此陷入危险。

现代精神分析的整合观点认为：反移情是治疗者对病人活动和治疗环境的情绪的、生理的和认知 的反应，而且还包括病人投射性认同机制所产生的效应，反移情在许多时候是不可避免的、普遍存在 的。反移情对治疗产生积极或是消极影响，主要在于治疗者能否对自己的反移情保持警觉和妥当的



第十三章 心理干预各论 **199**

处理，适当的、正常的情绪反应是精神分析中重要的治疗工具。治疗者投入感情，既能使治疗者对病 人保持必要的关注，更容易通过对自己反移情的体验和辨认，理解病人的情感性质和内心世界。以感 情理解病人，可以使病人产生共情的感受，从而得到自尊和勇气。当然，不当的反移情是被禁止的，如 把病人当作获取利益的对象或满足自己感情的对象。

5. 梦的解释与运用 弗洛伊德特别重视对病人的梦的分析和利用，这也是精神分析技术的一个 重要特色。他认为“梦乃是做梦者潜意识冲突欲望的象征”。治疗者可以让病人对梦的内容进行自 由联想，发现梦中象征的真实含义，从而理解自己的潜意识冲突、症结及被压抑的愿望。

梦是通往潜意识的一个十分重要的途径。因为在睡眠状态时，超我的监察作用减弱，放松了对本 我的控制和防卫，原来深藏于潜意识的愿望、恐惧和冲动便以梦的形式浮现出来。梦境的荒诞离奇是 因为睡眠时超我仍有相当的力量，梦为了躲过超我的检查，须将隐含的内容经过加工转化变成表面的 内容，这称为“梦的工作”(dream work)。 梦的工作十分复杂，有“移置”、“凝缩”,有梦的“显象”和“隐 意”。只有揭示了显象下的隐意，才能更深刻地理解病人的潜意识。

有很多梦看上去是不易理解的，治疗者需要在掌握了大量材料后再对梦进行深入的讨论，不应凭 直觉轻率下结论。但治疗者也不要因为梦意难解就灰心丧气。重要的是在心理治疗中要努力尝试， 把梦当做一条途径，通过联想把潜意识的内容上升到意识中来。

**(三)适应证和评价**

精神分析要求来访者的自我功能相对完整，有较好的思维能力和领悟力，有自我成长的需求，能 够长时间接受治疗。精神疗法的适应证包括各种神经症、人格障碍、心境障碍、心身疾病及各种行为 问题。尽管弗洛伊德的理论不易被人理解和接受，他的以“性”为特征的观点又容易招人非议，而他 的理论基础又常常是经验和思辨而非实验性的，但他的理论所引起的心理学界的震动、他的实践所带 来的心理治疗的推广，以及受他理论影响而出现的“心身医学”的概念和研究，都是前人所不能比拟 的。有人认为弗洛伊德是生物-心理-社会医学模式的先驱，他为后来心身医学的发展做出了重要的 贡献，精神分析的研究成果已为社会学、人类学、医学、法学等广为应用。

**二、客体关系取向的心理治疗**

**(** **一** **)** **概** **述**

客体关系取向的心理动力学治疗与经典精神分析疗法都将精神分析学说作为治疗的理论基 础。客体关系取向的治疗将重点放在治疗师与来访者的关系上。凯瑟尔(Kaiser)认为，来访者是 遭受“联系困扰”之苦，而不是遭受“症状”之苦。来访者痛苦于没有能力与他人建立并维持令人 满意的关系，而不是痛苦于无能力调和内在冲突。精神症状的意义在于来访者的关系正在恶化或 正在威胁着它的自体感。客体关系心理治疗的重点应放在内部客体关系在产生和维持关系中所 起的作用上。

在构成来访者生活的各种关系中，首先考虑的是来访者与治疗者的关系。这种关系不仅发生在 ‘此时此地’,而且还包含了很多在来访者与他人的关系中运行的关键因素。治疗者-来访者关系被看 作是个案生活中病态部分的生动表达。其关系包含着巨大的改变潜能，这种关系本身便会成为改变 的焦点。通过这种关系，心理分化、错误的内化和病理性分裂等问题随之可以得到触及。

(二)治疗方法

客体关系心理治疗共分为四个阶段，分别是：允诺参与、投射性认同、面质和结束。

第一阶段：允诺参与

**1.** **治疗关系是改变的基础** 治疗者与来访者关系中的具体变化才是人的持久改变得以发生的 原因。治疗是通过将彼此疏远的一种职业化的关系转变成含有关心、承诺和参与等成分的关系而成 功处理来访者的不安。来访者需要感受到治疗者可以满足他们的一些客体关系的需要才能继续留在 治疗关系中，



200 第十三章 心理干预各论

2. 使个案允诺参与的技术 治疗联结是指用来传递共情性理解的多种技术。为建立“治疗联 结”,治疗者可使用的技术有：①共情技术。共情是指从来访者角度，而不是从治疗者自己的参考框架 去理解来访者的能力；②提供建议和忠告。建议和忠告也可以用来使来访者允诺参与。但要注意的 是，只有当提供建议和忠告不影响咨询关系时，并且建议被采纳的可能性很大时才使用。

第二阶段：投射性认同

投射性认同的出现是第二阶段开始的显著特征。这时治疗者会感到事情似乎不太正确的模糊感 觉。治疗者有可能变得易激惹，即治疗者产生了反移情。在客体关系工作中，与传统精神分析对反移 情的理解有着明显不同，这一阶段被看作心理咨询过程中的自然部分，认为反移情是指治疗者情感上 对来访者的投射性认同作出的反应。反移情不再被看作是治疗者自己未解决的俄狄浦斯情结的反 应，而被看作是对来访者投射性认同的一种自然反应，认为反移情在治疗中是有价值，甚至是必不可 少的一部分。

第三阶段：面质

**1.** **面质的概念和目的** 面质是指治疗者运用言语反应描述在来访者的感受、想法和行为中存在 的明显差异、矛盾冲突和含糊的信息。同时，帮助来访者挖掘出认识自己的不同方法或引导他们采取 不同的行为。采取不同方式使用面质技术的目的是以某种方式挑战来访者，动员来访者的能量向更 深刻的自我认识和更积极的行为迈进。

2. 面质反应的基本原则 面质必须谨慎使用，以免给来访者成长带来不利。任何时候都必须清 楚使用面质的动机，面质反应只针对问题中的矛盾。另外，面质反应前，应建立良好的咨询关系和信 任度，选择合适的面质时机，不要在很短的时间内用面质反应给来访者施加太大压力。

第四阶段：结束

客体关系取向的心理动力治疗的结束阶段，治疗者需要让来访者审视其投射性认同对他人的影 响。此外，第四阶段还要涉及一些与治疗结束有关的问题，包括对分离的处理。

为了能够成功地结束治疗，来访者需要是自己从病态的客体关系中解脱出来，挣脱过去与自己形 成病态联结的人的束缚。这种解脱意味着宽恕，意味着能够将内在客体体验为可能犯错的客体，并且 能够宽恕其缺点。约翰逊(Johnson)指出：“在治疗中，最后的且必要的步骤是宽恕：宽恕已经发生的 事，宽恕正在发生的事，宽恕仍然有可能发生的事”。治疗师要向来访者指出这个方向。

分离是客体关系治疗中的最后步骤，也是一个很艰难的过程。在治疗的过程中，治疗师被来访者 引入自己的内在世界，并作为一个重要客体而被整合进来访者的自体。治疗师作为一个“好客体”被 内化，被来访者内化成价值感和自尊的来源。此阶段治疗师需要积极主动地让来访者参与到分离的 体验中去，同时他也需要了解自己对分离的感受。来访者和治疗师可以有机会在一段较短时间内，体 验一般的人与人之间的关系。

**(三)适应证和评价**

客体关系心理治疗使精神分析的治疗不再局限于俄狄浦斯期冲突和神经症，而是转移到前俄狄 浦斯期，从而将精神分析治疗的适应证扩展到边缘型人格障碍和有自恋移情的自恋性人格障碍。对 于治疗关系的重视，是精神分析心理治疗从理论到实践的桥梁。

(张曼华)

**第二节** **行** **为** **疗** **法**

**一、概况**

行为疗法( behavior therapy),是建立在行为学习理论基础上的心理治疗方法。行为学习理论学 者认为：来访者的各种症状(异常的行为或生理功能)都是个体在生活中通过学习而形成并固定下来 的。因此在治疗过程中可以设置某种特殊的情境和专门的程序，使来访者逐步消除异常行为，并通过

笔记



第十三章 心理干预各论 **201**

学习、训练形成新的适宜的行为反应。该理论把治疗的着眼点放在可观察的外在行为上或可以具体 描述的心理状态上。

行为疗法是整个心理治疗系统中的重要组成部分，主要包括放松疗法、系统脱敏疗法、冲击疗法、 厌恶疗法、行为塑造法、生物反馈疗法等。

**二、方法**

**(** **一** **)基本原理**

行为疗法的基本原理是：行为疗法是以心理学中有关学习过程的理论和实验所建立的证据为基 础的。行为学习理论学者认为，人的行为，无论是功能性的还是非功能性的、正常的或病态的，都是经 过学习而获得的，并且能够通过学习而更改、增加或消除。学习的原理就是：受奖赏的、获得令人满意 结果的行为，容易学会并且能维持下来；相反，受处罚的、获得令人不悦结果的行为，就不容易学会或 很难维持下来。因此，掌握了操作这些奖赏或处罚的条件，就可控制行为的增减或改变其方向。

(二)行为疗法的治疗过程

与其他流派的心理治疗方法相比，行为疗法的治疗师们更注重设立特定的治疗目标。在治疗目 标确定前，治疗师会和来访者一起，对引发来访者问题行为的前因后果以及来访者在此方面的动机与 需求等做出评估，确定来访者的问题行为和治疗目标，然后根据治疗目标的行为性质，选择一套可描 述的事先拟定的治疗策略与方法进行治疗。行为疗法更强调把着眼点放在当前可观察的问题行为 上，其治疗过程大致归纳如下：

1. 建立治疗关系 心理治疗的治疗关系是指心理治疗师与来访者之间的相互关系，与来访者的 治疗关系在行为治疗中扮演着重要的角色，使治疗策略能够建立起来，以协助来访者依其意愿作改 变。良好的治疗关系既是开展心理治疗的前提条件，也是达到理想治疗效果的必要条件。建立良好 的治疗关系是心理治疗的核心内容之一。和其他心理治疗一样，在行为疗法的治疗关系中，治疗 师也必须具有一定的权威性，并获得来访者的尊重，这更有利于对来访者的指导，并促进行为上的 改变。

2. 问题行为的分析和评估 行为疗法的目的不仅是巩固和发展正常行为，更重要的是要矫正一 些问题行为，因此，治疗师的首要任务是帮助来访者对问题行为进行澄清和分析。

在对问题行为分析的过程中，首先要把握问题行为的诱因，即了解来访者产生问题行为的原因。 来访者的问题行为，往往不是由单一因素引起的，而是多种因素综合起作用的结果。因此，我们在分 析原因时，不能把问题过于简单化。在分析问题行为出现的诱因时需要注意排除引发问题行为的生 物学原因。另外，还要尽量将引发问题行为的情景具体化，重视首次问题行为出现时的情境，注重问 题行为发生的客观情境与主观想法之间的互动关系，以澄清问题行为的真正原因。

此外，要深入分析问题行为可能会给来访者及他人带来的实际后果的意义，即行为的功能分析。

我们可以使用记日记或用评定量表的方式来记录：(A) 情境事件；(B) 问题行为反应，包括外显 言行、对情境事件的想法、情绪体验和生理反应等；(C) 后果及可能的强化因素。这种对于时间有关 行为进行详细检查的方式称为行为分析ABC。

有时行为记录过程(特别是在做基础研究时)会引起被观测行为的改变，这种情况称作观察反 应。减少观察反应的办法之一是等到被观察者习惯了观察者在场之后进行观察，或在观察对象不知 道(如单向玻璃)的状态下进行观察。要能得到准确的观察记录，观察者的信度(两个观察者之间观 察结果的一致性)应达到80%或90%以上最为理想。

案例：下表列举了刘小小同学在校三天中重复发生的行为与环境因素之间的关系。他出现影响 同学学习、要求上厕所以及大声喊叫老师等行为都出现在独自完成学习任务的时候，每个行为的结果 都是与老师发生了不同程度的互动。从这些信息中，我们可以得出一个假设，就是刘小小同学问题行 为的功能是获得老师的关注。



**202** 第十三章心理干预各论

**ABC分析表示例**

|  |
| --- |
| **ABC分析表** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名：刘小小 | 日期：2010.5/8-5/10 | 地点：教室 |
| 观察记录人： |  |  |
| 前奏事件(A)/情境事件 | 行为(B) | 结果(C) |
| 默写课文时 | 前顾后盼影响其他同学 | 受到老师批评 |
| 默写课文时 | 举手要求上厕所 | 老师说教几句，让其上厕所 |
| 小组讨论时 | 大声喊老师 | 老师去到他身边，回答其问题 |
| 独自计算数学题时 | 拽前座女同学的辫子 | 老师批评他，并要求其认真做作业 |

3. 治疗目标的确定行为疗法强调来访者在决定自己接受何种治疗时，需要扮演积极的角色， 因此治疗前，治疗师会与来访者一起协商、拟定具体的、可测量的治疗目标，同时签订一份书面协议来 引导治疗的进行。在整个治疗过程中，治疗目标并非一成不变的，必要时双方可以对治疗目标进行修 正，通常来访者在治疗初期须自己设定明确的治疗目标，而治疗师在整个治疗过程中要定期对治疗目 标进行评估，以测量目标达到的程度。

治疗师通常需要确定来访者问题行为的主要症状表现，即把需要矫治的靶行为确定下来，作为治 疗的目标。问题行为往往也是十分复杂的，其中有主要的、次要的，也有原发性的、继发性的。治疗过 程中需要先确定问题行为的主要症状表现，然后通过观察，记录下来访者问题行为的严重程度与出现 频率，并列出治疗前症状表现的基线，作为治疗过程中各个阶段评估结果的对照指标。

4. 治疗计划的选择和实施在建立了一定的治疗关系、确定了治疗目标后，应选择适合来访者 的治疗方法进行行为矫正，即确定和实施具体的治疗计划。

5. 治疗效果的保持和巩固 行为疗法中需要采用一些基本的强化技术来维持来访者的行为改 变。治疗师常根据行为疗法技术的性质及来访者行为改变的情况，给予正强化(如表扬、鼓励或物质 奖励等)或“惩罚”(如批评、疼痛刺激等)。通常根据需要矫治的靶行为的性质、特点和形成的原因以 及治疗的目的，来对靶行为进行消退、改造、重塑，或是形成新的行为以取代旧的行为。

(三)行为疗法常用的技术和方法

1. 放松疗法 放松疗法(relaxation therapy)是通过机体的主动放松使人体验到身心的舒适以调 节因紧张反应所造成的紊乱的心理生理功能的一种行为疗法。常用的放松疗法有渐进性肌肉放松、 自主训练、冥想和瑜伽等经典放松疗法。下面主要介绍渐进性放松疗法。

渐进性放松疗法(progressive relaxation therapy)由美国生理学家Edmund Jacobson创建，是最常用 的一种行为疗法。 Jacobson让来访者系统地对肌肉群进行紧张和放松的交替练习，并让他们体验两 种不同状态下的感觉。通过训练，来访者可以达到完全放松的状态并体验深度放松的感觉。现在广 泛使用的来访者训练涉及16个肌群， 一般需要12个治疗小时的学习(包括家庭作业),每次训练大约 需要20～30分钟。

该疗法的中心环节是掌握紧张-来访者的周期循环。从手和前臂的肌群开始，依次转换到头面、 颈部、躯干、下肢和脚16组肌群。每一肌群的练习应分散于几次治疗中完成。要求病人将注意力集 中于某一肌群。例如“请注意您的右手”,接下来发出紧张的指令：“现在请您握拳，尽可能地握紧”。 紧张的时间大概为5～10秒(腿部的紧张时间应短一些，防止抽搐)。在紧张期内，治疗师提醒病人注 意感受有何不同并使其保持注意力：“请注意这块肌肉收缩时摸起来是什么感觉……感受一下这块肌 肉的紧缩!”接着发出来访者的指令，来访者的时间持续30～40秒，此时同样提醒病人注意其感受。 对于某一肌肉群来说，上述过程只重复1～2次。来访者的时间由病人本人来决定，治疗师要求病人： “如果您感到完全放松了，请举手示意。”治疗师记录下病人举手示意的时间。然后再对这一肌群做 3～4次练习，每次练习的目的都是让病人的感受集中于身体的某一部分。以后再做其他肌群练习 时，都要与先前训练过的肌群作比较。



第十三章 心理干预各论 **203**

放松疗法对于缓解紧张性头痛、失眠、高血压、焦虑、愤怒等生理心理症状较为有效，大多数焦虑 症病人都能从放松训练中获益，肌肉放松被认为是恐惧症和广泛性焦虑障碍的有效疗法。放松疗法 对于副交感神经系统兴奋引起的躯体疾病均可起到良好的调整作用。

**2.** **系统脱敏疗法** 系统脱敏疗法(systematic desensitization)由 J.Wolpe 所创立，他将“交互抑制” 法与Jacobson的肌肉来访者技术和想象暴露(imaginary exposure)相结合，总结出一个基本的治疗模 式，用于治疗焦虑病人。这是第一个可供临床治疗师使用的并具有逻辑程序的行为疗法。这一疗法 成为后来许多行为疗法实践的基础。

系统脱敏疗法的基本思想是：治疗师帮助病人建立与不良行为反应相对抗的来访者条件反射，然 后在接触引起这种行为的条件刺激中，将习得的放松状态用于抑制焦虑反应，使不良行为逐渐消退 (脱敏),最终使不良行为得到矫正。

(1)治疗程序

1)设计和评定主观不适等级表：通常以5分、10分或百分制评定。以100分制为例，心情极度不 适时评100分，平静没有不适时评0分，两者之间各种不同程度心情不适可以评中间分数，级差在10 至20分之间。让病人懂得这种评分标准，并学会按这种标准衡量自己的主观感觉，给自己不同情景 中的状况给予一个较为适当的分数(表13-1)。

**表13-1考试焦虑者的不适等级表**

|  |  |
| --- | --- |
| **刺激** | **等级** |
| 考前2个月 | 10 |
| 考前1个月 | 20 |
| 考前2周 | 30 |
| 考前1周 | 40 |
| 考前3天 | 50 |
| 考前一天 | 60 |
| 进入考场 | 70 |
| 等待监考老师 | 80 |
| 分发试卷 | 90 |
| 答题铃响 | 100 |

2)放松训练：让病人坐靠在沙发上，双臂放于扶手或膝 上，采取最为舒适的姿势。首先闭上眼睛，慢慢地进行呼吸的 放松调节，然后进行上肢的放松，握紧右拳，体会肌肉紧张的 感觉几秒钟，然后松开，反复做两到三次，体会肌肉从紧张到 放松的感觉；依次放松前臂和上臂，然后放松左侧上肢肌肉， 接下来做双侧上肢放松。之后进行头部肌肉的放松，包括额 部和面部的肌肉，然后依次练习放松颈、肩、背、胸、腹及下肢。 训练时注意周围环境尽量安静，光线柔和，气温适宜。每次训 练30～40分钟，每日或隔日一次。 一般要经过6～8次训练才 能学会放松。要强调反复练习，除了正常训练以外，还要给病 人布置家庭作业，使病人能在日常生活环境中可以随意放松， 达到运用自如的程度。

3)系统脱敏：以上面的考试焦虑病人为例。由引起最低

紧张等级的刺激开始脱敏。

治疗师：请闭上眼睛想象你正坐在教室里，你能看到教室的陈设，听到声音。当你能清晰地想象 到这个场景时，请抬起一根手指示意。

病人闭目想象，当想象中的表象逐渐清晰并开始身临其境后，以手势向治疗师示意。

治疗师：接下来请你想象是在考前2个月，请你告诉我你的感受如何，如果紧张程度0分时没有， 100分是极度紧张的话，你会评多少分?

病人：我觉得现在的紧张程度是10分。

治疗师：好的，请停止想象，回到自己的放松上来，深深的呼吸，感受身体放松的感觉，尝试放松上 臂的肌肉，当你感觉完全放松下来的时候请示意并告诉我评分。

病人停止想象，放慢呼吸依次放松全身肌肉。几分钟后病人示意紧张等级为0,表示心情恢复 平静。

治疗师：好的，请再次想象你进入了考前2个月的情境，请告诉我现在的焦虑是多少分?

病人：0分。

治疗师：好的，接下来我们进行第二个情境的想象。

经过想象考试前2个月的情境，放松，再想象考试前1个月的情境，再放松…… 。如此重复多次

**204** 第十三章 心理干预各论

以后，病人在想象中面对考试的紧张感觉逐渐减轻。在脱敏之间或脱敏之后，将新建立的反应迁移到 现实生活中，即现场脱敏，不断练习，巩固疗效。

不同层次表的资料来源于病史，问卷检查结果及与病人的交谈。 一般只列出了病人认为最重要、 最常见的精神刺激，无须包罗求全。排列应由病人完成或得到病人认可。不适层次表的制定关系着 治疗的成败。关键是：最低层次的精神刺激所引起的不适，应小到足以能被全身放松所抑制的程度。 而且各层次之间的级差要均匀适当。级差过小会拖延治疗过程，事倍功半；级差过大，欲速则不达，导 致治疗失败。如果引发来访者焦虑或恐惧的情境不止一种，可以针对不同情境建立几个不同的焦虑 等级表。来访者想像的次数多少，依据个体和情境的不同而不同。如果不能用想像和放松的方法降 低焦虑水平，可考虑其他方法。

系统脱敏疗法主要用于治疗各种焦虑症、恐惧症以及创伤后应激障碍病人。治疗次数因人而异， 一般需要6~10次，早期治疗安排尽量连续密集，可每日一次或隔日一次，每次40~60分钟。

3. 冲击疗法 冲击疗法(flooding therapy)又称为满灌疗法，其基本原则与系统脱敏疗法相反。 例如治疗恐惧症，不是使病人按由轻到重的程度逐渐面对所惧怕的情况，而是让病人一开始就进入焦 虑等级表中最高的情境中，并一直停留在该情境当中，直到焦虑消失为止。病人面对暴露场景的刺 激，通常会表现出极度的恐惧和焦虑。但即使没有放松的过程，只要持久地让被治疗者暴露在惊恐刺 激面前，恐惧反应也终究会自行耗尽。

最先报告使用这种方法治疗病人的是Crafts咨询师。他在1938年出版的《心理学最新实验》 一 书中报告了他的一个成功案例。 一位年轻妇女，不敢驾驶和乘坐汽车，尤其是恐惧汽车通过隧道和桥 梁。Crafts将她强行安置在汽车后座上，将车从病人的家一直驶到这位大夫在纽约的诊所，沿途桥梁 接二连三，还要穿越长长的隧道。途中病人极度惊恐，不断呕吐、战栗、叫喊。行驶80公里后，以上反 应减弱。返回途中，病人几乎没有出现上述各种反应。病人驾乘汽车的恐惧消失了。

冲击疗法应选择适合接受治疗的对象，适用于单纯恐惧症、焦虑症及创伤后应激障碍等。在实施 冲击治疗前，应向病人认真地介绍这种治疗的原理与过程，如实地告诉病人在治疗中必须付出痛苦的 代价。病人和家属同意后在治疗协议上签字，进行必要的体检，排除心血管疾病、癫痫等重大躯体疾 病。需要配备急救设施，在病人出现过度换气或晕厥等紧急情况时予以对症处理。

4. 厌恶疗法 厌恶疗法(aversion therapy)是一种通过惩罚来消除适应不良行为的治疗方法。当 某种适应不良行为即将出现或正在出现时，当即给予一定的痛苦刺激，如轻微的电击、针刺或催吐剂， 使其产生厌恶的主观体验。经过反复实施，适应不良行为和厌恶体验就建立了一定的条件联系，以后 当欲实施一定行为时，便立刻产生了厌恶体验。为了避免这种厌恶体验，病人只有终止或放弃原有的 适应不良行为。

厌恶刺激的种类包括电刺激、药物刺激、想象刺激和其他刺激(声、光、针刺、羞辱、憋气)等。

如：对酒依赖病人的治疗可使用阿扑吗啡(去水吗啡)。这是一种催吐剂，通常在注射后几分钟 便引起强烈的恶心呕吐体验。治疗时先注射阿扑吗啡，几分钟后让病人饮酒，几乎在饮酒的同时病人 就会恶心、呕吐。反复几次之后病人的饮酒行为与恶心呕吐形成了条件反射，于是只要饮酒便会恶 心、呕吐。为了避免恶心难受，只好弃酒不饮了。

1970年，Serber报道了对窥阴癖的厌恶治疗。首先让病人进入一个特定房间，房间四壁都装有单 向玻璃镜，病人可透过前面的单向玻璃镜看见一位半裸体的异性。而透过两侧的单向镜可以看见很 多人走来走去，好像公开地观察他。而实际上，除了治疗师，任何人都看不见他，两侧的人们对这个房 间里发生的事也一无所知，只是在忙自己的事情。当他忍不住去窥看半裸异性时，他觉得四周的人显 然已经看到他的猥琐形态了，于是羞愧得无地自容。此后性变态行为消失。同法治疗的七个窥阴癖 病人，经过长期随访观察，有六人再没有过性变态行为。

0艺记 因为目前尚有两个争议的问题： 一是技术方面的问题，从学习理论可知，惩罚有一定的危险性，如临床

厌恶疗法主要适用于露阴癖、恋物癖、酒精依赖及强迫症等。厌恶疗法应该在严格控制下使用，



第十三章 心理干预各论 **205**

案例报告，有露阴癖病人经电击治疗后而遗留下阳痿，有些病人可能因惩罚而增加焦虑；二是伦理问 题，惩罚作为一种治疗手段，可能与医学伦理学规范相冲突。

5. 行为塑造法 行为塑造法( behavior modeling)是一项通过强化而产生某种期望的良好行为的 治疗技术。行为塑造法是根据斯金纳的操作性条件反射原理设计出来的，这种疗法主要是通过某种 奖励系统，在来访者做出预期的良好行为表现时，马上就给予奖励，使良好的行为得到强化，从而使来 访者所表现的良好行为得以形成和巩固，同时使其不良行为得以消退。奖励可以用不同的形式表示， 如用记分卡、筹码等象征性的方式。只要来访者出现预期的行为，马上给予强化。例如当小孩子第一 次开始使用礼貌用语时及时夸奖他“真棒”“真有礼貌”等，让他的文明礼貌行为及时、逐渐地得到强 化和巩固。

在使用行为塑造疗法时要注意按具体对象制定出具体的、由简单到复杂的行为要求。让来访者 在现实的生活环境中通过对更为接近目标的行为进行强化，逐渐形成新的良好行为。

另外，还可让来访者根据情况把自己每小时所取得的进展正确的记录下来，并画成图表。这样做 本身就是对行为改善的一种强大推动力。根据图表所示的进展，还可应用其他强化因子，当作业成绩 超过一定的指标时即给予表扬或奖励。为了使治疗效果得以保持和巩固，使用这一治疗方法时，需要 特别注意如何帮助来访者把在特定治疗情境中学会的行为迁移到家庭或工作的现实环境中来。

行为塑造法适用于恐惧症、多动症、神经性厌食症、肥胖症、物质依赖和酒依赖等疾病的矫治。也 可用于孤独症儿童和精神发育不全儿童的行为问题的矫治。

6. 生物反馈疗法生物反馈疗法(biological feedback therapy)是20世纪60年代在实验心理学内 发展起来的治疗技术，是指在电子仪器帮助下，将身体内部的生物电活动加以放大，放大后的机体电 活动信息以视觉(如仪表读数)或听觉(加蜂鸣音)形式呈现出来，使病人得以了解自身的机体状态， 并学会在一定程度上随意地控制和矫正不正常的生理变化。生物反馈仪可以反馈给人的信息包括肌 肉的紧张度、皮肤表面的温度、脑电波活动、皮肤导电量、血压和心率等。病人必须了解生物反馈的原 理，仪器的使用方法，视觉形式或听觉形式反馈信号的意义，必须坚持练习，探索学习成功的经验、失 败的原因。

常用的生物反馈仪有肌电反馈仪、皮温反馈仪、皮电反馈仪、脑电反馈仪、心率反馈仪、血压反馈 仪。肌电、皮温反馈仪也可用于稳定心率和血压，所以这两种反馈仪又是所有反馈仪中最基本的仪 器。在治疗中，各种反馈仪的工作模式是基本相同的。

向病人简要介绍生物反馈的原理之后，测定几种常用的生理参数的基础值，确定最佳生物反馈训 练方案。第一次训练时，特别要观察反馈训练时病人的姿势、呼吸、手动、肩动等的变化。要病人描述 他的焦虑体验，指出感觉最紧张的部位，描述想象中放松的人的样子，这样治疗师能发现病人的态度 和对放松的想象能力。对于新近有重大生活事件(如丧偶)的病人，应该隔一段日子再开始训练。每 一次训练结束，让病人作主观等级评定，1代表最放松，7最紧张，4中度放松。结束后治疗师要了解： 经过练习，紧张度由几级达到几级。还要布置家庭作业，嘱病人坚持每天2次、每次20～30分钟的放 松训练，并填写放松等级表。

生物反馈疗法具有无损伤、无痛苦、无药物副作用、方法简便、治疗范围广等优点，对多种与社会 心理应激有关的心身疾病都有较好的疗效，广泛应用于治疗各种心身疾病、神经症和某些精神疾病。

**三、适应证和评价**

与传统的心理治疗相比，行为疗法具有更高的科学性和系统性，可以进行客观的科学检验和量 化，即使重复实验也可得出相同的结果，有一整套模式化的治疗流程，有坚实的理论根据和大量的实 验证明。所以临床效果更为显著和稳定。行为疗法广泛适用于各种存在行为异常的个体。但对于边 缘人格、人格障碍或抑郁症的病人治疗效果有限。行为疗法的适应证一般包括以下各方面：

(1)恐惧症、强迫症及焦虑症等。



206 第十三章 心理干预各论

(2)神经性厌食症、神经性贪食症、神经性呕吐及其他进食障碍，烟酒及药物依赖等。

(3)阳痿、早泄、性高潮缺乏、阴道痉挛、性交疼痛等性功能障碍。

(4)纵火癖、偷窃癖、拔毛癖等冲动控制障碍。

(5)儿童多动症、品行障碍、儿童离别焦虑、儿童恐怖障碍、社交敏感性障碍等。

(6)儿童抽动症、慢性运动和发声抽动障碍等。

(7)遗尿症、遗粪症、异食癖、口吃等儿童行为障碍。

(8)学习障碍、考试综合征、电视迷综合征、计算机网络综合征。

(9)高血压、心律失常、胃溃疡等心身疾病。

很多文献报告了行为疗法对其适应证的疗效。 Ko SM在1996年报告了行为疗法对于强迫症的 主要亚群是一种非常有效的治疗模式。1995年，Johnston DG报告行为疗法联合药物治疗对广场恐惧 症的女性有效。还有文献报道，对强迫症、恐惧症、广泛性焦虑障碍的病人，进行2～10次的行为疗 法，包括暴露疗法、反应预防和放松训练后，症状得到显著改善。对神经症及烟酒依赖进行研究的文 献报道，对于治疗神经性呕吐，系统脱敏疗法有效果。而对烟酒依赖病人，行为疗法的治疗效果更持 久且更易于接受。系统脱敏疗法对吸毒人员的戒毒治疗也有一定的疗效。此外，系统脱敏疗法对孤 独症病人的焦虑症状及智力障碍有改善和帮助。延时暴露疗法对于创伤后应激障碍病人治疗有效。

行为疗法的着眼点是可观察到的外在行为或可具体描述的心理状态。如果病人的心理或行为问 题能比较客观地观察和了解，就比较适合采用行为疗法。但如果病人的症状是对人生没兴趣，或不知 将来去向等比较抽象的或性质模糊不清的问题，就不宜马上运用行为疗法。

(汤艳清)

**第三节** **认** **知** **疗** **法**

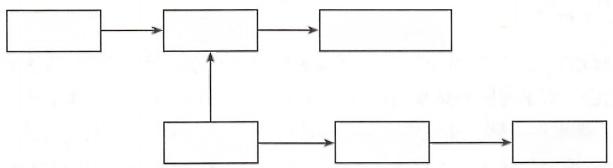
**一、概况**

20世纪60~70年代，艾里斯(A.Ellis)、贝 克(A.T.Beck) 和迈肯鲍姆(D.Meichenbaum) 等人根据 临床观察研究和认知心理学、社会心理学、控制论和信息论的新进展，分别创立发展了理性情绪疗法 (rational-emotive therapy)、认知疗法(cognitive therapy)和认知行为矫正(cognitive behavior modification) 等认知治疗方法。

**(一)理性情绪疗法**

理性情绪疗法有人本主义倾向，信赖、重视个人自己的意志，理性选择的作用，强调人能够“自己 救自己”。此疗法还有教育的倾向，试图用一套它认为合理的、健全的心理生活方式去教育来访者。 它强调理性、认知的作用，在治疗中，总是把认知矫正摆在最突出的位置，给予最优先的考虑。理性情 绪疗法的完整治疗模式由ABCDEF 六个部分组成，如图13-1。A:activating events,指发生的事件。 B:beliefs,指人们对事件所持的观念或信念。 C:emotional and behavioral consequences,指观念或信念所 引起的情绪及行为后果。 D:disputing irrational beliefs,指劝导干预。 E:effect,指治疗或咨询效果。

F:new feeling,指治疗或咨询后的新感觉。艾里斯认为，事件(A) 本身并非是引起情绪反应或行为后 果(C) 之原因，而人们对事件的不合理信念(B) (想法看法或解释)才是真正原因所在，不同的B 可 以



**A(事件)** **B(信念)** **C(情绪或行为)**

**F(新感觉)**

D(干预)

**E(效果)**

图13-1 理性情绪疗法ABCDEF 示意图



第十三章 心理干预各论 **207**

引发不同的C,如表13-2。因此要改善人们的不良情绪及行为，就要劝导干预(D) 非理性观念的发生 与存在，而代之以理性的观念。等到劝导干预产生了效果(E), 人们就会产生积极的情绪及行为，心 里的困扰因此消除或减弱，人也就会有愉悦充实的新感觉(F) 产生。

**表13-2** **相同的A,** **不同的B,** **产生不同的C**

甲 乙





考试中遇到难题

这道题，我难别人也难，所以别慌，让我想 想，既然想不出来，先做后面的题目，回头再 来做这道

考试中遇到难题

真该死，这道题怎么做不出，万一做不出怎 么办?不行， 一定要做出来

事件(A)

想法(B)

情绪(C) 镇定、从容不迫 急躁、冒汗、理不出头绪

时间过去 会做的题目做好正仔细分析难题 后面还有很多题目没做真心慌

考试即将结束(C) 解出难题，复查放弃解不出的题 还有题目没做完顾不上复查了

结果(C) 考 出 实 际 水 平 考 不 出 实 际 水 平

非理性信念有三种基本形式：①自我完美信念；②公平世界信念；③自我中心信念。据ABC 理 论，分析日常生活中的一些具体情况，人的不合理观念常常具有以下三个特征：①绝对化，“必须对我 好”等等。②过分概括化：以偏概全的不合理思维方式的表现，它常把“有时”、“某些”过分概括化为 “总是”、“所有”等。如有些人遭受一次失败后，就会认为自己“一无是处、毫无价值”。③糟糕至极： 这种观念认为如果一件不好的事情发生，那将是非常可怕和糟糕。例如，“我没考上大学， 一切都完 了”。

常见的不合理信念包括：①人应该得到生活中所有对自己是重要的人的喜爱和赞许；②有价值的 人应在各方面都比别人强；③任何事物都应按自己的意愿发展，否则会很糟糕；④一个人应该担心随 时可能发生灾祸；⑤情绪由外界控制，自己无能为力；⑥已经定下的事是无法改变的；⑦一个人碰到的 种种问题，总应该都有一个正确、完满的答案，如果一个人无法找到它，便是不能容忍的事；⑧对不好 的人应该给予严厉的惩罚和制裁；⑨逃避可能、挑战与责任要比正视它们容易得多；⑩要有一个比自 己强的人做后盾才行。

**(二)贝克的认知疗法**

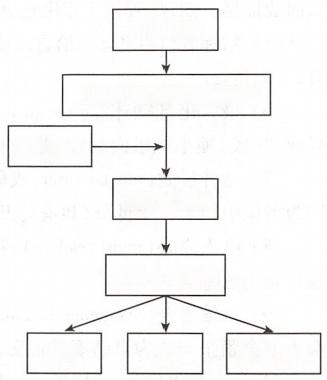
由 Beck AT在研究抑郁症治疗的临床实践中逐步创建。贝克认为，认知产生了情绪及行为，异常 的认知产生了异常的情绪及行为。认知是情感和行为的中介，情感问题和行为问题与歪曲的认知有 关。例如，如果人们认为环境中有危险，他们便会感到紧张并想逃避。贝克认知疗法主要目标是协助

当事人克服认知的盲点、模糊的知觉、自我欺骗、不正确的判 断，及改变其认知中对现实的直接扭曲或不合逻辑的思考方

式。治疗者透过接纳、温暖、同理的态度，避免采用权威的治疗 方式，引导当事人以尝试错误的态度，逐步进入问题解决的历

程中。

Beck指出，心理障碍的产生并不是激发事件或不良刺激的 直接后果，而是通过了认知加工，在歪曲或错误的思维影响下 促成的。他还指出，人们的认知建立在自己以往经验的态度和 假设基础之上，错误思想常以“自动思维”的形式出现，即这些 错误思想常是不知不觉地、习惯地进行，因而不易被认识到，不 同的心理障碍有不同内容的认知歪曲，如图13-2。例如：抑郁 症大多对自己，对现实和将来都持消极态度，抱有偏见，认为自 己是失败者，对事事都不如意，认为将来毫无希望。焦虑症则 对现实中的威胁持有偏见，过分夸大事情的后果，面对问题，只



早期经验

功能失调性假设(或图式)

重大事件

假设被激活

负性自动思维

情绪 行为 生理反应

图13-2 贝克情绪障碍的认知模式



**208**

笔记

第十三章 心理干预各论

强调不利因素，而忽视有利因素。因此认知治疗重点在于矫正病人的思维歪曲。

**1.** **功能失调性假设** **(underlying** **dysfunctional** **assumptions)** **或图式** **(schemas)** 是人们

看待世界的(人、事件、环境)重要信念和假设。人们从童年期开始通过生活经验建立对将来的认知 图式，是一种比较稳定的心理特征，通常不予表达，不为意识所觉察，在其后的生活中，继续得到修改 与补充。人的倾向于选择与图式一致的信息，忽略不一致的信息，成为支配人们日常行为的规则。由 于功能失调性认知假设存在，病人对某些重大事件表现出脆弱性，由此派生出大量负性自动想法。抑 郁症病人早期形成的这种潜在的认知结构，使他倾向于对自己作消极评价，构成了抑郁症的易患倾 向，在抑郁症发生中起决定作用。功能失调性假设的特征：①不符合人类经验的真实性，是不合理的。 如“我应当永远强大”。②僵硬的，过分普遍化和极端的信念，不考虑不同情境的差异。③阻碍目标 的实现，如完美主义标准势必引起焦虑，抑制操作能力。④与极端的过度情绪有关，如抑郁与绝望。

⑤个体依据它们行为，它们似乎是真实的但并无明确的表达。

功能失调性假设分三类：①成就(需要成功、高的表现标准);②接纳(被人喜欢、被人爱);③控制 (要左右事物的发展，成为强者等)。

2. 负性自动思维 (negative automatic thoughts) 在特定情境下自动呈现在意识中的想法， 常常不经逻辑推理突然出现，稍纵即逝。大多数病人往往觉得这些想法很有道理，对其情绪影响甚 大。负性自动思维的特征：①自动的，不经逻辑推理出现于脑内；②内容消极，常和不良情绪相互关 联；③随时间地点而有变化，能为意识所觉察，具有认知过程的特征，为临床表现的一部分；④貌似真 实，因为它是由功能失调性假设或图式派生而来的；⑤存在于意识边缘，稍纵即逝；可表现为语词性的 和(或)形象性的；⑥存在的时间不定，但力量很大，并且不能由自己的意愿选择或排除；⑦蕴含着认 知曲解，而当事人都信以为真，不认识它正是情绪痛苦的原因。

负性自动想法的消极性表现为三方面： 一是消极看待自己，否定自己的成就、价值和能力。二是 消极解释自己的经历和经验。三是消极看待未来，认为不只是现在、过去，未来也只有失败等着他。

3. 认知歪曲形式 贝克认为认知歪曲的形式主要包括：

(1)非此即彼(all-or-nothing thinking,又称非黑即白、极端化):用两极法看待事物而不是将事物 看作一个连续体。例如：没有全面成功就是失败。

(2)灾难化(catastrophizing,又称算命):消极地预测未来而不是考虑其他的可能结局。例如：我 会心神不安的，我会失去所有的。

(3)使不合格或打折扣(disqualifying or discounting the positive):毫无理由地否认自己积极经历、 事迹或素质。如：计划完成得不错，但我还是个失败者。

(4)情绪推理(emotional reasoning):感觉强烈(实际是相信)就认为某件事合乎现实，无视或轻视 反面的证据。如：尽管我工作出色，但我还是个失败者。

(5)贴标签(labeling):给自己或别人贴上固定的大标签，不顾实际情况下结论。如：我是个失败

者， 一无是处。

(6)最大化/最小化(magnification/minimization):在评价自身、他人或一件事时不合理地夸大消 极面和(或)缩小积极面。如：得了中说明我很差，得了优并不说明我聪明。

(7)精神过滤(mental filter,或称选择性注意):不看整体，仅将注意力集中于消极的细节上。如： 因为考试中得了一个低分(也有好几个高分),这说明我干得糟透了。

(8)度人之心(mind reading):坚信自己懂得别人的心思，而不考虑其他可能性。如：他在想我不 懂计划中的重点。

(9)以偏概全(overgeneralization):远远超出现有处境得出一个更大范围的消极结论。如：因在大 会上发言紧张即认为自己不具备交友的本钱。

(10)个性化(personalization):相信别人都是因为自己才消极行动，而不考虑其他更有可能的解 释。如：他对我粗暴无礼肯定是因为我做错了事。



第十三章 心理干预各论

**209**

(11)“应该”和“必须”陈述(“should”and“must”statement,也叫命令式的):有一个精确固定的观 念认为自己和别人应该怎么做，高估了不这样做的严重后果。如：要出错的话就太可怕了，我应该时 时尽力。

(12)管状视力(tunnel vision):只见事物的消极方面。如：他什么事也做不好，工作一塌糊涂。

**二、方法**

(一)理性情绪疗法

艾利斯等人认为合理情绪疗法可以帮助个体达到以下几个目标：①自我关怀；②自我指导；③宽

容；④接受不确定性；⑤变通性；⑥参与；⑦敢于尝试；⑧自我接受。

1. 理性情绪疗法 治疗过程包括：

(1)心理诊断阶段：①识别非理性信念，弄清非理性信念与情绪困扰的关系；②确立对自己的不 良情绪和行为负责的意识，促使其积极参与治疗过程；③改变不合理思维，放弃非理性信念；④学习合 理信念，并内化为新的自我语言。

(2)领悟阶段：①情绪障碍不是由外界事件直接引起，而是自己非理性信念所致；②目前的情绪 障碍是因为自己仍在沿用过去的非理性信念；③改变自己的非理性信念，情绪障碍才能消除。

(3)修通阶段：主动指导、教育和促进认知改变，以改善情绪。包括：①与不合理的观念辩论； ②合理情绪想象技术；③家庭作业；④其他方法(脱敏、操作性条件反射、自主训练、模仿、角色扮演、想 象等)。

(4)再教育阶段：巩固疗效，摆脱不合理观念与思维模式，强化新观念，更好的适应生活。

2. 理性情绪疗法的治疗过程中，最常用的技术就是：与不合理的信念辩论的技术、合理的情绪想 象技术、家庭作业和自我管理的技术(放松训练、决断训练、社会技能训练、问题解决训练)。

(1)与不合理信念辩论技术(质疑式、夸张式)艾利斯认为，与不合理信念辩论的技术，向求治者 所持有的关于他们自己的、他人的及周围环境的不合理信念进行挑战和质疑，从而动摇他们的这些信 念。采用这一辩论方法的施治者必须积极主动地、不断地向求治者发问，对其不合理的信念进行质 疑。提问的方式，可分为质疑式和夸张式两种：

1)质疑式：施治者直接了当向求治者的不合理信念发问，如“你有什么证据能证明你的这一观 点?”“请证实你的观点”等等。病人一般不会简单地放弃自己的信念，面对施治者的质疑，他们会想 方设法为自己的信念辩护。施治者借助这种不断重复和辩论过程，使对方感到自己的辩解理屈词穷， 从而让他们认识到：第一，那些信念是不现实的、不合逻辑的东西；第二，那些信念是站不住脚的；第 三，什么是合理的信念，什么是不合理的信念；第四，最终以合理的信念取代不合理的信念。

2)夸张式：施治者针对求治者信念的不合理之处故意提出一些夸张的问题。如下：

求助者：“别人都看着我。”

咨询师：“是否别人不干自己的事情，都看着你?”

求助者：“没有。”

咨询师：“在身上写上‘不要看我’?”

求助者：“那人家都要来看我了”

咨询师：“那原来你说别人都看你是否是真的?”

求助者：“是我想象的”

(2)合理情绪想象技术：首先，使求助者在想象中进入产生不适当的情绪反应或自感最受不了的 情境之中，让他体验在这种情境下的强烈情绪反应。然后，帮助求助者改变这种不适当的情绪体验， 并使他能体验到适度的情绪反应。最后，停止想象。让求助者讲述他是怎样想的，自己的变化，如何 变化的。对求助者情绪和观念的积极转变，咨询师应及时给予强化，以巩固他获得的新的情绪反应。

(3)家庭作业：它是咨询师与求助者之间的辩论在一次治疗结束后的延伸，即让求助者自己与自

**210**



第十三章 心理干预各论

己的不合理信念进行辩论，主要有：RET 自助表、与不合理的信念辩论、合理自我分析报告(RSA)。

1)RET 自助表：这是由埃利斯特制的自助表格。其内容为，先让填表者找出A 和C, 然后再找B。 表中列有十几种常见的不合理信念，填表者可从中找出符合自己情况的B, 若还有其他的不在此列中 的不合理信念可单独列出。接下来是请填表者自己做D, 对自己所有的不合理信念， 一一进行质疑式 的辩论。最后是填写E, 即通过自己与自己的不合理信念辩论而达到了什么情绪的和行为的效果。

2)与不合理的信念辩论：这也是一种规范化的作业形式，内容很简单，需来访者回答一些具体的 问题：

I我打算与哪一个不合理的信念辩论并放弃这一信念?

Ⅱ这个信念是否正确?

Ⅲ有什么证据能使我得出这个信念是错误的(正确的)这样的结论呢?

IV假如我没能做到自己认为必须要做到的事情，可能产生的最坏的结果是什么?

V 假如我没能做到自己认为必须要做到的事情，可能产生的最好的结果是什么?

3)合理的自我分析(RSA): 合理的自我分析目的与上述作业相同，但是一种完全由来访者自己 完成的报告。其内容即为ABCDE 五项。没有什么特殊的要求与规定，但报告的重点在 D 上。事实 上，这种自我分析人人都可以做。按合理情绪治疗的观点来看，人人都可能存在不同程度的不合理的 信念。如下文：

事件A: 出席重要场合，突然发现已经晚了，顿时慌乱不已，抱怨自己无能。

情绪 C:紧张、害怕、自责、沮丧。

信念 B:① 我怎么这么差，连时间都会搞错；②我总是把事情搞糟，真无用；③别人会认为我是大 傻瓜；④在众目睽睽之下迟到，真是丢人现眼。

驳斥 D:① 人人都会出现记错时间的情况；②错过时间，只能说明我不够细心，并不能说明我无 用，许多事情我是干得很不错的；③可能有人认为我真傻，但只是少数人如此，大多数人对我迟到持无 所谓的态度；④迟到是不对的，别人可能对我表示不满，但这并非糟糕透顶。我继续工作。

效果E:通过自我辩论消除自责。

(二)贝克的认知疗法

贝克认知疗法的步骤包括：第一步，了解情况，建立治疗关系，向求助者说明认知治疗的原理和对 他采取认知治疗的理由，调动当事人参与和配合干预的积极性，打破情绪→行为→思维→情绪的恶性 循环。第二步，识别与检验自动负性想法。第三步，识别与盘诘功能失调性假设。第四步，布置作业 或制定行为计划，以鼓励当事人进一步检验其原有假设，并巩固其新的功能性假设，使其思维模式和 信息加工过程得以矫正。

**1.** **识别负性自动想法** 通常是和病人讨论， 一起练习识别负性自动想法，然后通过认知治疗日 记等家庭作业发展病人的识别能力。引出负性自动思维的方法：回忆最近的一个具体事例、心理想象 或角色扮演、在病人出现强烈情绪反应时询问、了解对某些事件的看法、记录每天心境的变化及自动 思想。

(1)回忆最近的一个具体事例：当事人对事件有清楚的记忆，咨询师应请他详细说明当时的情境 和情绪体验。可问：“当时你想过什么?”,“那时你脑内有过什么想象吗?”,“在你最焦虑时你想可能 会发生什么样最坏的事情?”要注意的是，当事人有时知道自己想法不合理，因而试图掩饰。如一位认 为自己心脏出毛病的惊恐发作病人，问他“惊恐时你害怕什么时，他说：“我以前以为自己有心脏病， 不过医师保证我的心脏正常，我现在就是担心、焦虑。”但是如果问：“在惊恐发作的时候，你想可能会 发生什么样最坏的事情?”他回答说：“虽然医师那样说了，在发作时我确实相信我要发心脏病了。”

(2)用想象或角色扮演再现情绪体验：当直接询问不能引出自动想法时可用想象法，指导语为： “看起来你好像不能准确记住那时发生了什么情况。你当时想什么?对这个问题，我们可以试试对那 个情境进行详细的想象，然后让想象移动，好像你在看电影。现在你具体地想象那个情境， 一旦你有



第十三章 心理干预各论

211

了清楚的想象之后，请你简单地向我描绘一下你见到了什么，好吗?(当事人描绘情境)现在缓慢地 使想象向前移动，注意你的感觉怎样?你的头脑里闪过什么想法?现在你见到些什么?在你的焦虑 加重时你的头脑里想过什么?”

如果事件涉及人际相互作用，可以用角色扮演再现情绪体验。这种技术可以相当简单地引人会 谈，如：“假设我就是你的同事(或上级),你向我提出使用电脑的请求，遭到拒绝，此时你的感觉怎样? 当时脑子里想过什么?”然后变换角色，再现当时情境和情绪体验，负性自动想法就容易显露出来了。

(3)会谈时人为引起当事人情绪改变：焦虑病人害怕自己会得脑血管病，咨询师画一个脑血管草 图，来访者看图后很紧张。

咨：我画图时你想什么?

访：我想的就是这个。

咨：你想什么呢?

访：我想血出来了。

咨：有清楚的图像吗?

访：是的。

咨：你看图像时感觉如何?

访：我一想到它，头就痛起来了。

访：可怕极了。

咨：你在这个想象之前感到紧张吗?

访：没有。

咨：那么，你有了这个想象后怎么会这样?

这种方法对引出焦虑病人的负性自动想法十分有用，焦虑病人其时的想法均与危险有关，人为改 变其情绪，其想法则能很快引出。

(4)当来访者否认有自动想法存在时，可请来访者说明他对事件的看法。如一位抑郁病人每次 会谈时声称找不到任何自动想法，当问她心理治疗对她的意义时，她说：“这说明我走下坡路的程度。 我不应当要这类帮助，我应该能独自处理。”她的回答恰恰显示了负性想法。

(5)认知治疗记录：每日记录示例如下

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **情境** | **情绪** | **自动想法** | **合理回答** |
|  | a引起不愉快情 绪的事件； | a说明悲伤、焦 虑等 | a记下情绪之前产生的 自动想法 | a写下对自动想法的合理回答 |
|  | b引起不愉快情 绪的思想、回忆 | b评定情绪程度 (1～100) | b评定对自动想法相信 程度(0～100%) | b评定对合理回答的相信程度 (0～100%) |
| 3/8 | 他打电话说工 作忙，不能来 看我 | 悲伤90 | “他不喜欢我了，再没 有人喜欢我了” | 他曾对我说过，这段时间工作很忙， 等几天他会来看我的；即使他不喜 欢我，也不等于“没有人再喜欢我 ” |
| 7/8 | 拍照时手抖了， 照片拍坏了 | 悲伤95 | “我怎么总做不好事 情，我太无能了”90% | 偶然的失误难以避免，不能由此认 定“什么事都做不好”95% |

**2.** **检验负性自动想法** 采取“协同检验(collaborative empiricism)”的方法，即医患协作把病人的 负性自动想法当作一种假说加以检验。由于病人的负性想法或想象没有得到证据支持或面对相反的 证据，病人的负性想法将会发生改变。检验负性自动想法的方法：

(1)言语盘问法：用系统而且敏锐的提问引导病人重新评估自己的思考，寻找比较积极和现实的 替代想法。言语盘问法常用的问题：①这样想的证据是什么?②有无可供选择的其他不同看法? ③ 这样想有什么好处和坏处?④这样想在逻辑上是否出了什么错误?

访：我的丈夫近几个月对我不好，他好像不再爱我了。

212

笔记

第十三章 心理干预各论

咨：您为这件事感到难过，是什么理由使您觉得他不爱您了呢?

访：他晚上回家就看电视，也不和我讲讲话，然后就上床睡觉。

咨：那么，有没有什么证据说明，他做过一些事和您现在认为“他不爱您”的想法相反呢?

访：我想不出，唔，上月过生日时他送了我一件礼物， 一条很漂亮的项链。

咨：好，现在您怎样把这件事和不爱您的想法调和起来呢?

访：他那样做不是真的，不然，他晚上为什么会那样呢?

咨：您的想法是一种可能，有没有其他可能的理由呢?

访：最近他工作很重，大多数晚上回家很迟，他很累，这可能也是一个理由。

咨：这很可能，不是吗?如果真的是这样，您又觉得如何呢?

访：我可以问问他是否累?工作进行得如何?但我没有这样做，就是生气。

咨：这个主意不错，您把它作为一个星期的家庭作业如何?

(2)行为实验：通过医患协作的方式设计一种行为作业，以检验病人负性想法(预测)的真实性， 这是促进病人改变信念的最有效方法。做法上首先要明确什么是需要检验的想法，回顾反对与支持 的证据，然后共同设计一种行为作业，以无丧失方式，鼓励病人实施。主因病人1个月后进行在职研 究生考试复习，但无法静下心来，认为自己一定考不好。

咨：(问其妻)您觉得他现在能不能参加考试?

其妻：恐怕不行。

咨：有没有补救办法呢?

其妻：导师说如果这次不能通过，可以破例让他几个月后重考。

咨：这说明如果这次考得不行，还有机会。假定您不复习去考试，估计能考多少分?

访：恐怕只有50~60分。

咨：我的想法和你们有点不同。您不妨去参加这次考试。轻松一些，能复习多少就复习多少。如 考试过了，说明您的知识掌握得不错。如果考不好，也不要紧，因为还有机会再考。即使考不好，也可 以让您了解自己的能力受到抑郁症的影响程度。我们就把这次考试当作检验，好不好?

病人后来通过了考试，情绪也跟着明显好转。

3. 识别功能失调性假设功能失调性假设是派生负性自动想法的基础，如果不予识别与矫正， 情绪障碍就不能认为已从根本上解决。识别功能失调性假设常常需要采取推论的方法，这是因为，它 们是未予表达的一般性规则。常使用下列线索：

(1)查找负性自动想法的主题：对于病人所做的认知治疗日记(功能失调性想法日记)要重视利 用，查找其中经常出现的想法的主题。

(2)逻辑错误：负性自动想法所表现的逻辑错误，也可反映出功能失调性假设中的错误。如绝对 性思考：“假如我们再有争执，我就只好和他分手”(想法);“假如我不能和他完全一致，就毫无理由同 他建立友好关系”(假设)。

(3)盘问追根法(downward arrow):这是识别潜在功能失调性假设的一种常用技术，医师通过反 复提出“假如那是真的，对您意味着什么”的问题，追索想法背后的一般信念。 一位患抑郁症的老师 提到上课时因为准备不足，讲得比较零乱，觉得这次上课太糟了，因而抑郁、自责。情境： 一次上课时 讲解缺乏条理，同学不注意听讲。情绪：自责、抑郁、焦虑。想法：这次上课太糟了，从来没有过。

咨：假使真的没有讲好，意味着什么呢?

访：学生就学不到知识。

咨：假如他们真的没有学到知识，意味着什么呢?

访：我的工作做得不好。

咨：假使您的工作没有做好，又怎么样呢?

访：我是一个不称职的教师。



第十三章心理干预各论 213

咨：假使您是一个不称职的教师，又怎么样呢?

访：迟早会被人发觉。

咨：发觉是什么意思?

访：大家都知道我不行，会看不起我，说明我现在的优秀教师是假的。如果我是优秀的，应当把每 一项教学工作做得很出色。

根据上述盘问追根，可以了解，病人认为优秀的教师必须全面成功，不能有一点过失。这种假设 导致病人对自己过高的期望，对过失或缺点的过分敏感，成为对自己负性评价倾向的基础。

**4.** **盘诘功能失调性假设** 潜在的功能失调性假设是抑郁或焦虑病人的一种易患倾向， 一旦为某 种严峻生活事件激活，即可派生出大量负性自动想法，伴随出现抑郁或焦虑症状。认知治疗时除了对 付负性自动想法以改善情绪外，还应改变潜在的功能失调性假设，只有这样才能减少复发的危险。盘 诘功能失调性假设常用问题：①假设在什么方面是不合理的?②假设在什么方面是无用的?③假设 从何而来?④什么是比较合适的替代?一位病人认为向人求助表示自己无能，他的行为规则是“我应 该自己处理一切事情，在任何情况下也不要向别人要求帮助”。经过认知治疗找到了一种比较现实的 替代：能独自处理问题是好的，但要自己在任何情况下都独自处理是不合适的，我是一个人，像其他人 一样有时是需要帮助的。所以，如果自己能独自处理的就自己做，如果不能独自做好的就去争取一切 可能的帮助。找到了合适的替代假设后，可写在卡片上或日记本上，反复阅读，使之成为支配自己行 为的准则，形成新的行为习惯。

(1)设计活动安排表：帮助当事人以小时为单位安排一天的活动，如锻炼、早餐、会朋友、午休、读 报等等，鼓励他坚持按计划完成，并将完成情况加以记录，这可促使他进入活动状态，还为评定活动积 累了事实材料。

(2)进行行为评定：帮助当事人对每天执行和完成活动的胜任感和满意感、活动的难度进行自我 观察，并及时进行记录和自我评定。这种观察和评定能直接冲击当事人原有的认知体系和认知行为 的逻辑序列。

(3)布置作业：作业亦即行为计划，即根据当事人的能力和现实情况，有目的地设计一些活动，要 求当事人努力完成(通常在作业布置之初，可要求当事人作想象性演练，即想象作业完成的可能性及 其引起的情绪感受。当事人通常倾向于想象作业难以完成，其情绪结果是很糟糕)。然后，将活动分 解为一个个小单元，鼓励、指导当事人一步一步地、 一个单元一个单元地完成活动，以检验其原有假设 的不合理性。

**三、适应证和评价**

理性情绪疗法适应证为抑郁症、焦虑症、恐惧症，特别是社交恐惧症。贝克的认知疗法适应证则 包括抑郁症、广泛焦虑障碍、惊恐障碍、社交恐怖、物质滥用、进食障碍、配偶问题、住院抑郁病人。

理性情绪疗法与贝克认知疗法相同之处在于贝克的认知疗法与理性行为疗法对事实的验证都采 用高度的结构性，使当事人在经验层次上能逐渐了解自己对于真实的情境所做的错误的解释。而不 同之处是理性情绪疗法往往相当具有指导性、说理性与面质性；相反的，贝克强调苏格拉底式的对话， 强调协助当事人自己去发现错误观念，并比合理情绪疗法更具结构性。

大部分病人有效的治疗并不能对全部病人有效。有效的认知行为治疗，也常常有副作用或并发 症。这道理适用于药物治疗与手术，也同样适用于认知行为治疗。心理治疗主要副作用可能是：①现 有问题恶化，例如绝望或抑郁等；②出现新问题，如变得依赖治疗师，婚姻问题，或自我形象变差。心 理治疗出现副作用可能性约为5%,与其他心理治疗方法相比，认知行为疗法的副作用发生率相对 较低。

(关念红)



**214** 第十三章 心理干预各论

**第四节** **以人为中心疗法**

**一、概况**

以人为中心疗法(person centered psychotherapy)是人本主义心理治疗的主要流派之一，由美国心 理学家卡尔 ·罗杰斯(C ·R ·Rogers) 创立。从20世纪40、50年代到70年代，罗杰斯式的心理治疗 经历了发展变化的过程。最初的他把自己的治疗方法称为“非指导性治疗”,50年代又称为“来访者 中心疗法”(client-centered therapy),70年代后定为“以人为中心的治疗”。罗杰斯是一位专心于心理 治疗实践的人，他追求帮助别人而不是建构理论。罗杰斯的理论和工作成为心理咨询和心理治疗的 一个结合点，在此以前心理治疗多由精神科医师来做，在此以后非医学背景的人士也可以参加心理咨 询工作。

**二、方法**

以人为中心疗法的治疗观与罗杰斯的人本主义心理学思想紧密相连。罗杰斯认为人基本上是生 活在自己的主观世界中的，人有一种与生俱来的自我成长倾向，即在适宜的环境下，人具有积极的成 长的潜能，能自我探索，发现自己自我概念中的问题，有能力指导、调整和控制自己。他认为个体的心 理问题是因为成长受阻造成的。在个体成长过程中，由于他人(如父母)对个体施加了种种价值条 件，如“你不听话我就不要你了”,导致自我概念与自我经验不一致，迫使其歪曲了自我的真实感觉， 行为和真实的情感之间日趋分离，焦虑、抑郁等问题就此发生，自我的需要未能实现，自我成长受到阻 抑，成长过程也就停止。因此，治疗要以来访者为中心，创造一个促使来访者自我发现、自我成长的环 境和氛围，向来访者提供重新开始成长的机会和自由表达的空间，帮助来访者认识、理解、正视自己真 实的情绪和需求，启发其潜能的释放，使之从否定自己的情绪或需求的状态转而接受自己，并依靠自 身的成长、成熟战胜不良的情绪、行为。

以人为中心疗法的实施必须满足如下条件：第一，来访者必须能与一位治疗者建立链接；第二，来 访者必须感受到治疗者身上所具备的这种品质；第三，来访者与治疗者的链接必须持续一段时间。罗 杰斯认为，心理治疗是一种过程而不是一套技术，只要治疗者营造一个真诚、积极关注和共情的氛围， 形成来访者产生变化的“必要条件和充分条件”,就能使其认识、理解自己的问题并开始自我成长和 改变。

**(一)治疗的条件和氛围**

1. 真诚一致 (congruence) 首先，治疗者自身必须是一个真诚一致的人，这是治疗的最基本

条件。罗杰斯这样描述真诚一致：在我与他人的人际关系中，我发现，当我真的生气和不满意时，我的 行动却假装平静和愉快是无济于事的；当我的行为表现出我接纳某个人时，而在内心我觉得应该拒绝 他，这是没有任何帮助的。

治疗者对来访者的态度越真诚，治疗效果就越好。真诚的治疗者不是一个仁慈友好的人，而且是 一个有欢乐、愤怒、挫折、矛盾等各种情感的完整、真实的人。 一个真诚的治疗者不会戴着假面具，在 治疗关系中，当治疗者体验这些情感时，他既不否认，也不歪曲这些情感，而是让它们自然地流入意识 并且随意地表达出来。治疗者越是做自己，越是不戴专业面具或个人面具时，来访者能够体会到治疗 者是毫无保留的，便会对他产生信任感，来访者就越有可能发生建设性的改变和成长。

2. 无条件积极关注 (unconditional positive regard) 无条件积极关注指治疗者没有条件地、 不带评价地接纳和关注来访者，给予来访者充分的尊重。无条件积极关注是指治疗者要毫无保留地 接受来访者，完全接受来访者的是非标准和价值判断，即使其说出一些“不可能被别人接受”的观点 或行为，也能得到治疗者的积极关注。这样，来访者就会感受到一个安全的谈话氛围， 一旦治疗者提 供了一个安全的关系氛围并鼓励来访者展开自我探索，就能促进来访者的个性改变，形成自我成长的

第十三章 心理干预各论

自然过程。

3. 共情 (empathy) 或设身处地的理解 共情是指治疗者能将心比心、设身处地地理解来访 者，正确地体验到来访者的情绪感受并能与来访者交流，使来访者知道有另外一个人不带成见、偏见 和评价地进入他的感情世界中来。在以人为中心疗法中，共情是一个不断回应来访者，不断深入并产 生治疗效果的过程：首先，治疗者先要觉察和理解来访者内心的情绪、烦恼；接着，治疗者产生了内在 的体验，感受到了来访者的痛苦、烦恼，进一步弄清了来访者是什么样的情绪和烦恼，对来访者的情 感、思想产生了更丰富的理解；最后，重要的是在共情过程中治疗者怎么做，怎样回应和引导来访者从 而产生治疗作用。在罗杰斯的案例中，治疗者不断的回应，在回应过程中越来越理解来访者的情感和 烦恼，此时治疗往往有多个方向，治疗者是通过回应引导治疗方向的，比如引导其接纳自己的情绪感 受，从而减少防御，自己成为自身情绪或症状的主人；或在回应中引导来访者走向发挥潜能，实现自我 的方向等。

以人为中心疗法的目的是帮助来访者在治疗中成为他自己。罗杰斯在《成为一个人》 一书中写 道：“即在复杂的现实生活中，我越是单纯地希望成为我自己，越是希望能够理解和接纳我自己以及他 人的内在真实，也就越有可能激发较多的变化——如果我们每个人都愿意做真实的自己，与这个愿望 的程度相等，他会发现不仅仅是他自己在变化；而且与他有关系的人也会发生变化。”这种个人形成的 过程意味着个体越来越深入他的社会角色面具背后，充分体验他各种复杂甚至矛盾的真实存在的情 感，从而个体变得“对经验开放”,“信任自己的有机体”,“形成内在评价源”。这样的一个过程就像是 一个和自己的内在经验日益亲密的过程。通过治疗者的真诚一致、无条件地积极关怀，尤其是共情的 态度和行为，来访者实现了和自己的日益亲密，从而越来越整合。

**(二)治疗关系**

与一些疗法中治疗者扮演权威人士、教师、教练、顾问等角色不同，以人为中心取向的治疗者并没 有鲜明的角色特征。以人为中心取向的治疗者不太看重具体的治疗技术，他们认为对治疗效果影响 最大的因素并非治疗师使用的治疗技术，而且治疗师的态度、特质和治疗关系。这一观点在心理学界 得到广泛认可，很多流派都吸取了该思想，治疗师在治疗外重视自我成长，在治疗中注重建立良好的 治疗关系的。在这样比起治疗技术，更看重治疗关系的主张思想下，治疗师便不需要扮演某一种固定 的角色。罗杰斯认为良好治疗关系本身就具有治疗作用，治疗者对来访者的态度贯穿整个治疗过程。

**(三)治疗过程**

假如治疗者做到真诚一致、无条件积极关注和共情地理解，治疗变化的过程就会发生。罗杰斯把 治疗变化的过程分为七个阶段：

第一个阶段，此时来访者还不愿意把有关自己的任何事情与别人沟通。处于这个阶段的来访者 通常不要求别人的帮助。如果他们因某种原因前来求助，他们也是刻板僵化，抗拒改变。他们认识不 到自己有什么问题，而且拒绝承认有任何个人的感情和情绪的干扰。

第二个阶段，来访者刻板僵化的状态有所松转，可以和来访者讨论外界发生的事情，也可以谈论 别的人。但是对自己的感情则仍然不认识或不承认。来访者可能把这些个人感情当作客观现象来 讨论。

第三个阶段，来访者可以自由的谈论自己的事，单纯是把这些事当作客观对象。如“我在工作中 已经尽力而为，但是我的上级还是不喜欢我”。各种感情和情绪总是用过去时态或将来时态来谈论。 对现在的感情则避而不谈，所有情绪似乎都于此时此地的情绪不搭界。

第四个阶段，来访者开始谈论深层的感情，但不是一些当前体验到的感情。例如，“当老师说我做 弊时，我真是气坏了”。此时，来访者虽然对当前能够体会到的情绪有一些模糊的认识，但是绝大部分 的经验受到否认或歪曲。来访者开始对某些外界管束的价值标准提出疑问，并开始承认自我与经验 之间都存在着不协调。

第五个阶段，开始出现明显的改变和成长。来访者开始谈论自己当前的感情，但还不能正确地符

215



**216**



第十三章 心理干预各论

号化。来访者开始根据来自内部的标准评价自己的感情，其感情有了更大的分化，更能区别这些感情 的细微差别。自由选择、自我负责对来访者来回说越来越显得重要。

第六个阶段，来访者身上发生了重大的变化、成长。原来被否定和歪曲的经验现在更加自由地进 入意识中，更加深入和充分地体验到当前的感情。来访者变得更加协调一致，真实和诚恳。来访者被 经验为一个完整的个体，肌肉放松，眼泪自然流出，循环系统有了改善。许多生理症状消失，如不再头 痛和皮肤瘙痒，胃肠道功能好转，女性月经正常等。

第七个阶段，来访者可以不再需要治疗性谈话。来访者可以把治疗室中概括的经验带到现实世 界中，不再需要治疗者。来访者已能在任何时候都对独立自主和深入体验自己的全部经验充满信心。

治疗的结果，是来访者变成了一个较少防御性和更多对经验抱着开发态度、协调一致的人； 一个 对自我有更清晰的认识，也更加现实的人。

**三、适应证和评价**

以人为中心疗法适用于治疗有某种心理问题的正常人或轻度心理障碍病人，如人际关系问题，个 人成长发展问题、社会适应不良、某些神经症的病人。以人为中心疗法对心理治疗领域的一个主要贡 献是令人信服地提炼出良好的治疗关系是治疗变化的要素，这已经成为现代治疗实践的共同基础。 我们相信来访者具有自我指导能力和自我负责能力，只要治疗者怀有这样的信念去对待来访者，这种 氛围就会创造一种推动的力量，推动来访者发生改变。以人为中心疗法特别强调治疗者本人的人格 和态度的作用，而不是方法技巧的运用。另外，在医学诊断方面，来访者中心疗法不主张对障碍进行 分类，有排斥诊断和评估的倾向，这可能妨碍了其在临床实践中的应用。

( 曾 勇)

**第五节** **森** **田** **疗** **法**

森田疗法(Morita therapy)是由日本森田正马博士(1874—1938)从他亲身的神经症体验和多年的 医疗实践中总结出来的。从1919年以来， 一直应用于临床，在国际上具有一定的影响。现简介其 内容。

**一、概况**

森田疗法的基本理论包括四个方面：

**(** **一)神经质**

森田疗法主要适用于神经症，森田把神经症称之为神经质，按其症状分为三种：

**1.** **普通神经质(所谓神经衰弱)** 这一类的神经症主要表现为失眠、头痛、头重、头脑不清、感 觉异常、易兴奋、易疲劳、脑力减退、乏力、胃肠功能障碍、不必要的忧虑、性功能障碍、眩晕、书写痉挛、 耳鸣、震颤、记忆力减退、注意力涣散等症状。

**2.** **强迫观念症(包括恐惧症)** 主要是对人恐怖(赤面、对视、自己表情恐怖等等),不洁恐怖、 疾病恐怖、不完善恐怖、卒倒恐怖、被嫌疑恐怖、不吉祥恐怖、锐器恐怖、高处恐怖、杂念恐怖、查考癖 等等。

**3.** **发作性神经症(焦虑症)** 表现心悸亢进发作、焦虑发作、呼吸困难发作等等。

**(二)疑病性素质**

森田认为，神经症发生的基础是疑病素质。所谓疑病素质是指对自己的心身过分担心，特别敏 感。在某种情况下，把任何人都常有的感受、情绪、想法过分的认为是病态，并对之苦恼、关注。其实 人人都会有不适体验，神经质的人只不过是感觉过强而已。森田认为神经质是一种先天性素质，是一 种侧重于自我内省的疑病素质。



第十三章心理干预各论 217

**(三)生的欲望和死亡恐怖**

森田认为神经质的人“生的欲望”过分强烈，他所指的生的欲望包括希望健康的生活、更好的生 活、被人尊重、希望成为伟大的人、向上发展等。由于神经质的人生的欲望非常强烈，所以死的恐怖也 非常强烈，形成生与死的矛盾观念。其表现是怕失败，怕疾病，怕种种有价值的东西失去等，可以说这 是神经质者所特有的心理病理学基础。

**(四)精神交互作用**

由于精神过度紧张，心身可能出现某些一过性不适感和轻度功能障碍(如紧张时失眠、心悸、头 昏、口吃等等),对这些现象如不特别注意，常可自行消逝。但神经质的人往往把这些现象误以为是 “病态”,过度的注意这些“病态”,并企图排除这些“病态”,形成恶性循环，这就是森田所说的精神交 互作用。正是由于精神交互作用使这些一过性不适感和轻度的功能障碍在心理上不断进行放大、终 于形成神经症症状，症状一旦形成之后，病人又过分注意与担忧，由此产生的紧张、焦虑、悲观等不良 情绪及疑病观念与症状恶化互为因果的恶性循环。

**二、方法**

森田疗法的重点在于改变疑病性素质，打破精神交互作用，消除心理矛盾。

**(** **一)治疗原则**

1. 顺其自然 他曾肯定地指出：“对神经质的治疗，听其自然好了，听其自然以外没有别的办法， 必须听其自然。”顺其自然的主要含义是：病人要老老实实地接受症状的存在及与之相伴随的苦恼焦 虑，认识到对它抵抗或用任何手段回避、压制都是徒劳的。

2. 为所当为 病人要靠原来就存在的求生愿望进行建设性的活动，即一面接受症状的现状不予 抵抗， 一面进行正常工作和学习活动。总的来说，是要病人不把症状(躯体的、精神的)当做身心的异 物，对它不加排除和压抑。这样就破除了精神交互作用，症状也因而减轻以至消失。

**(二)治疗方法**

1. 住院式森田疗法 森田疗法的基本方法是住院治疗，分为四期治疗：绝对卧床期，轻作业 期，重作业期，生活训练期。在让病人接受森田疗法之前，首先向病人简要地介绍森田疗法的治疗 程序，以消除病人的顾虑，增加病人自信，取得良好合作。住院森田疗法要求单人房间，环境安静 优雅。

**【第一期】**

第一期为绝对卧床期，要把病人隔离起来，禁止病人与他人会面、禁止谈话、看书、听收音机、看电 视、吸烟及其他娱乐活动。除进食、洗漱、大小便以外几乎绝对卧床。其主要目的是使病人体验到只 要让烦恼任其自然，那么烦闷和痛苦就会逐渐消失。

一般情况下，最初情绪可暂时安定，随着绝对卧床时间的延长，会出现各种想法，产生静卧难以忍 受的状态。继而病人还会出现一种无聊的感觉，总想起来干点什么的愿望。这就是无聊期。这就是 森田先生所说的“烦闷即解脱”的理论。

绝对卧床期为3～7天； 一周没有效果的，可延长至10天或2周。森田认为绝对卧床期对失眠、 焦虑和苦闷的病人有明显疗效。

**【第二期】**

第二期为轻作业期，同样禁止交际、谈话、外出，每日卧床时间限制在7~8小时，但白天一定到户 外接触空气和阳光。此期开始写日记。此期主要是促进病人心身的自发活动，病人为了个人健康，越 来越渴望参加较重的劳动，以此为标准转入第三期。

轻作业期一般为1周左右。此期可以做一些轻微的活动和劳动。要求病人每晚写治疗日记。轻 作业期一开始，病人体验到一种从无聊中解放出来的愉快情绪。由于病人解除了对症状的关注，症状 的感觉减轻、对劳动等行动越来越感到兴趣，渴望得到较多较重的工作。

**218**



第十三章 心理干预各论

**【第三期】**

第三期为重作业期。让病人可随意选择各种重体力劳动，如拉锯、田间劳动、庭院劳动、手工等等 的工作。与此同时加上读书的内容。此期主要指导病人在不知不觉中养成对工作的持久耐力。有了 自信心的同时，使病人反复体验对工作成功的喜悦，以培养其勇气，唤起对工作的兴趣，培养忍耐力。 学会对症状置之不理，进一步将精神能量转向外部世界。在强化外在行为的同时理解人类心理的自 然状态。此期1～2周为宜。

**【第四期】**

第四期为生活训练期(社会回归期)。此期进行适应外界变化的训练。允许回到原单位或在医 院参加某些较为复杂的工作，晚上回到病房，坚持记日记。使病人在工作、学习、人际交往及实践中进 一步体验顺应自然的原则，为回归社会做好准备。生活训练期为1～2周。

**2.** **门诊式森田疗法** 森田疗法的治疗原则是“任其自然地接受情绪，把应该做的事作为真正的 目的和行动的准则”。即所谓的“顺其自然”。就是说对情绪或症状任其自然，无论怎样都要像健康 人那样去行动是最重要的。门诊治疗也让病人写日记，医师用评语进行指导。日记上不主张诉说主 观的苦恼，仅叙述每天良好的生活体验和认知体验。门诊可以通信治疗，生活指导，安排训练计划等， 都会获得充分的效果。也有仅读森田疗法科普书籍而治愈的病人。

**三、适应证和评价**

森田疗法适用的年龄为15～40岁。多以住院为主，门诊治疗只适用于轻症。森田疗法的适应证 包括强迫症、疑病性神经症、焦虑性神经症和自主神经功能紊乱。抑郁神经症最好结合药物治疗。神 经症症状是多种多样的，不一一列举。只要灵活运用森田原理，就可以收到良好的治疗效果。

森田疗法也有其自身的局限性，例如，由于森田疗法不进行心理分析，所以对于人格障碍或深层 次创伤的来访者是不适用的。此外，有许多来访者由于无法忍受治疗期间的痛苦而放弃治疗。

(杜玉凤)

**第六节** **暗示和催眠疗法**

**一、暗示疗法**

**(** **一** **)概况**

暗示疗法(suggestion therapy)是指治疗师有意识的使用暗示去影响或改变个体的行为，以消除或 减轻疾病症状的方法。暗示治疗是最古老的助人方法之一，宗教仪式、念咒语从某种意义上说也属于 暗示治疗。因为它们通过情景氛围或言语让人们不加批判地接受它们所要传递的信息，从而对自己 的观念、行为产生影响。许多研究表明暗示的确可引起人的生理和心理变化，但暗示治疗对疾病产生 治疗作用的机制尚不完全清楚。

每个人都具有一定的可暗示性。但接受暗示的能力有所不同。它取决于发出暗示和接受暗示双 方各自的智力、体力、职业能力、社会地位、年龄等多种因素。对暗示治疗来说，接受暗示的条件一是 病人对暗示的敏感性；二是治疗师的权威性。暗示的敏感性可因个体高级神经活动的特点和人格特 征而异。治疗师的权威性则由于其知识、能力、地位等对病人来说是天然的。暗示的敏感性和权威性 是相互影响的，它们使暗示在人们不知不觉中产生作用。

人具有接受暗示的能力，同时也具有反暗示的能力。 一般来说，人的可暗示性有三道防线。 一是 逻辑防线，对于它印象上认为不合逻辑动因的， 一概挡驾；二是感情防线，对于不能够达到创造信任感 和安全感的一律挡驾；三是伦理防线，凡是与个人道德原则相矛盾的暗示不能被接受。所以暗示疗法 不是要突破这三道防线，而是要与它们协调，引起心理上的共鸣。



第十三章 心理干预各论

**219**

(二)方法

暗示治疗可利用的方法很多，有随意性暗示(“你可以”)和命令性暗示(“你必须”);肯定暗示 (“感觉良好”)和否定暗示(“不会头痛”);直接暗示和间接暗示；言语暗示和非言语暗示等。暗示治 疗既可在催眠状态进行，也可在觉醒状态进行。觉醒状态的暗示又可分为自我暗示和他人暗示。然 而不管采用什么暗示治疗，都要依据暗示心理原理实施。因此暗示治疗应注意以下几条原理：

1. 建立和谐与合作的关系 这是暗示有效的重要前提。以温暖、理解、关心和尊重的方式与病 人相处会减弱防御并产生暗示所需的信任气氛。治疗师行为举止要自信，慎用“也许”、“可能”、“大 概”等让病人感觉你缺乏自信的词。

2. 重复暗示 多次重复是暗示的经典原理。反复集中注意于一个目标或想法，它就趋于实现。

3. 反作用定律 主要针对暗示产生的生理效应。指个人越是有意识地努力做某件事就越难获 得成功。因此，暗示应强调想象而不是求助意志来引起治疗变化。

4. 支配效应定律 强烈的情绪倾向往往比微弱的情绪有优先权。因此，把暗示与优势情绪相联 系会更有效。治疗师通过讨论病人期望的目标激发病人接受暗示的动机，采用“苏格拉底法”诱导病 人形成心理上的接受定势或紧张和期望状态，将病人产生强烈的情绪与暗示联系起来。

5. 个体化原理 暗示治疗要考虑病人的自我概念、人格、价值观、兴趣和爱好等因素，灵活运用 暗示。例如，暗示时，把病人的语言融入暗示中，让病人感觉这些观念更相容、更适宜，产生深刻持久 的印象。灵活运用表示完全接受病人所发生的一切，然后使用、替换并改造这些事情的重要性。例 如，病人以疲倦的方式打哈欠，治疗师可以说：“你是否注意到，哈欠过后你的全身如何更放松?”

二、催眠疗法

**(** **一** **)概况**

催眠疗法(hypnosis therapy)是运用暗示的方法使病人进入一种特殊的意识状态，从而解除和治 疗病人的心身问题的心理疗法。催眠是一种意识清醒，同时身体完全放松和专注的状态，被催眠者可 以自主控制自己，可以随时交流、谈话，整个过程当中意识和潜意识都会活跃起来，更好地发挥出潜意 识的能力。

处于催眠状态的人暗示性会明显提高，此时，病人与医师保持密切的感应关系，会不加批判的接 受医师的暗示指令，从而达到治疗的目的。催眠疗法作为一种治病技术，可以追溯到远古时代。那时 僧侣治病，主要靠催眠和语言暗示。在心理学历史上，最早施行催眠疗法的是奥地利医师麦斯麦 (Franz Anton Mesmer,1734— 1815)。他设计了著名的磁气桶装置，向病人输送磁气，达到治病的目的。 19世纪上半叶，英国的Braid(1795—1860)提出催眠是一种人为引发的睡眠状态。因此，他借用希腊 语Hypnus(睡眠)的含义，创建了催眠术(Hypnotism)一词。

催眠疗法现在广泛地运用于医疗和心理治疗。实验室和临床研究证明它在控制疼痛、消除恐慌 和改变不利健康的生活习惯等方面有不同凡响的疗效。催眠为什么会产生如此效果?许多学者从心 理学、生理学的角度提出许多理论假说。心理学方面的解释，有南锡学派的暗示说，即催眠是受暗示 而产生的一种现象。还有Charcot医师的病理性神经活动的产物说，即催眠是人为地诱发病人的歇斯 底里发作状态。精神分析对催眠的解释是一种精神倒退的表现。 Ernest Higard提出，催眠是一种分 离现象，是不能进入意识的一个意识过程。巴甫洛夫认为，催眠是一种条件反射。当个体置身于与睡 眠相似的情境中就会出现与睡眠类似的反应。至于催眠与睡眠的区别就在于前者的高级神经中枢是 一种选择性抑制，而后者是弥漫性抑制状态。

催眠看起来像睡眠，但其脑电图(EEG) 模式却不同于睡眠的任何一个阶段。被催眠的人大脑始 终保持清醒，只是正常的计划功能下降，精神高度集中，注意有高度选择性，他们对外界刺激不反应， 但对催眠师的一切要求，包括言语暗示都极端敏感。被催眠的人很容易做到角色扮演，往往沉浸在暗 示给他的角色中。催眠之所以能够成为一种治疗技术，某些学者认为：第一，催眠与自然睡眠一样，是

**220**



第十三章 心理干预各论

大脑的保护性抑制，是神经系统得到休息并恢复其张力的一种重要方法。第二，催眠通过激活或关闭 特定的脑区，对整合信息进行筛选和解释，使机体接受催眠师提供的信息，从而达到改变认知和消除 疾病的目的。

**(** **二** **)** **方** **法**

一般说，催眠疗效如何在很大程度上取决于病人的催眠感受性。催眠感受性是指受术者对催眠 暗示性刺激量的敏感程度或者进入催眠状态的难易程度。容易进入催眠状态者，其催眠感受性强，反 之则低。掌握受术者的催眠感受性是催眠师成功的主要秘诀，也只有在施术前了解影响催眠感受性 的各种因素，才能因人施治。研究表明大约有10%～15%的成年人容易接受催眠，而20%的人不易 受催眠暗示的影响。其他的人则介于两者之间。 一般爱幻想、空想、容易被任务吸引的人是催眠的理 想人选。确定病人的催眠感受性有很多方法，可用测量催眠感受性的标准化量表，也可采用嗅觉检验 法、后倒法、注视转睛法、闭眼法、躯体摇摆法等操作。催眠师可以根据自己的需要或习惯选择。催眠 治疗的环境要求安静、温暖、光线比较昏暗、陈设简洁。诱导催眠的方法很多，譬如放松法、凝视法、倾 听法、抚摩法、观念运动等，催眠师选用何种方法，要考虑病人的人格特征。不管采用什么诱导方法， 催眠师通常从描述病人正在进行的行为开始，以便让病人产生一种控制的印象。然后催眠师可能鼓 励他希望的行为，以便诱发一种改变状态。诱导的实质是从描述转向暗示。

催眠治疗成效如何在于病人的参与。首先，病人的兴趣、爱好、建议以及他们认为最有效的方法 是你必须掌握的。因为你的催眠风格与病人的期望是否一致决定催眠的成功率。其次；你可以用点 头、手指意念致动或漂浮感这些形式获得病人非语言反馈，作为监测进步的信号。例如，催眠师暗示 “如果你的无意识心理愿意接受这个观念，你的‘是’的手指会漂起来向我示意”。以这种方式你能够 确定暗示的接受性以及是否存在阻抗。最后，有些信息不能通过非言语反应传达，要求病人在催眠状 态中与催眠师进行言语上的交流。为了防止言语会“减弱”催眠程度，可以使用暗示减少对催眠程度 的“减弱”。例如，你暗示：“你可以在催眠状态中说话，正如你晚上梦中说话一样不会醒来”。

催眠治疗即将结束要将病人唤醒。唤醒的过程要按程序进行，首先要强化治疗时给予的关键性 暗示，然后解除对机体的静止状态的暗示，再给予醒后身心愉快的暗示。常用的唤醒方法有计数法、 拍手暗示法、敲钟法、定时法等。病人清醒后，要与他进行谈话，了解他对催眠治疗的感受，检查催眠 中给予的暗示信息是否起作用，唤醒前注意的事情是否已经注意了。

**(三)适应证和评价**

催眠治疗是一种经济而行之有效的心理疗法，主要用于治疗各种神经症(如抑郁症、焦虑症、恐惧 症等)、心身疾病、功能性疼痛、性功能障碍、心因性遗忘及嗜烟酒不良行为等。催眠疗法既可独立使 用，也可与其他心理疗法联合使用。不但可以用于临床，也可以用于非临床，如改善个人的记忆力等。

(杜玉凤)

**第七节** **家** **庭** **治** **疗**

**一、概况**

**(一)概念及发展简史**

家庭治疗(family therapy)是以家庭为干预单位，通过会谈、行为作业及其他非言语技术去改变家 庭成员间不良的互动方式，进而从根本上解决个人的问题、消除心理病理现象、促进个体和家庭系统 功能的一类心理治疗方法。

个体治疗取向的治疗模式以个人问题为重心，重点收集与来访者有关或来访者所陈述的资料，收 集的资料往往局限在来访者对自己问题个别的感受和看法。虽然也会询问来访者家庭背景的情况 但一般不在现场进行观察，家庭系统也并不纳入治疗干预的范围。

而家庭治疗认为个体的行为问题和情感上的痛苦只有被放入人际系统内去观察才能完全被理



第十三章 心理干预各论

**221**

解。家庭治疗会细致地探讨该来访者重要生活脉络之间的互动关系，详尽地收集家庭中发生的事件。 治疗师通过家庭会谈，可以观察到来访者与重要家庭成员之间的互动模式、亲密性以及各种冲突表 现，了解其他家庭成员对来访者症状(烦恼、行为问题)产生的解释和看法，寻找导致或维持问题的家 庭系统的原因，并在此基础上通过扰动整个家庭系统来达到治疗作用。

某种程度上，和个体治疗相比，家庭治疗师好似使用了“放大镜”从更宽广的视角观察和处理 来访者的问题。家庭治疗的系统思维充分体现现代医学的生物心理社会医学模式，强调心与身、 人与环境的统一。其优点在于：①整体观念，多层次、全方位看问题，避免片面性；②价值取向从病 理心理学到积极心理学，避免缺陷取向、求全责备、苛求完美、悲观主义；③发展观，避免静止看问 题、只看横断面的问题、只看既往的或既有的问题；④工作重心从矫治缺陷到动员、发展资源，重视 预防与康复。

家庭治疗在20世纪50年代起源于美国。代表人物多数是精神科医师、精神分析治疗师，以及一 些文化人类学家、心理学家、社会工作者、传播学者，包括阿克曼(Nathan Ackerman)、利兹( Theodore Lidz)、温尼(Lyman Wynne)、以贝特逊(Gregory Bateson,1956)为代表的Palo Alto家庭治疗小组、鲍温 (Murray Bowen)等，他们从不同的研究角度，对家庭结构、功能或家庭动力提出不同的理论阐述，发展 了各自的治疗方法。进入21世纪以来，家庭治疗仍在不断进步和发展，各种流派的界限日益模糊，趋 向于整合，家庭治疗也逐渐吸纳、结合家庭治疗以外的其他心理治疗的理论和方法。同时，家庭治疗 体现的系统思想也影响了个别治疗、团体治疗、心理治疗督导。近年来家庭治疗的应用范围越来越 广，除了精神卫生和心理咨询机构外，在心身疾病治疗、儿科疾病、医院管理、企业员工辅助计划(em- ployees'assistance program,EAP)、高管人员心理培训等领域中都得到了应用。

1988年，系统家庭治疗(systemic family therapy)由德国的史第尔林 (H.Stierlin)和 西 蒙 (F.B.Simon)正式介绍到中国，是近年来国内较为普遍应用的家庭治疗方法。近年来，结构式家庭治 疗(Structural Family Therapy)、萨提亚家庭治疗模式(Satir Family Therapy Model)、叙事治疗( Narrative Therapy)等也得到了推广和应用。

近几十年来中国经济和社会结构处于急剧变化之中，个人的生活方式和价值观也发生巨大变化， 许多家庭矛盾和问题愈发凸显，对个人生活和心理健康产生了重大的影响。所以，家庭治疗有了越来 越广阔的用途。

**(二)理论要点**

**1.** **系统和“系统(式)思维”(systemic** **thinking** **)** 系统是自我组织、自我生产、自我修复、自 我复制着的生存单元。家庭就是一个系统，其成员间的关系更加复杂，存在冲突、斗争、联盟、合作等 多重、交互的关系，系统中的任何成分不可能孤立运作；与系统的概念相关，系统(式)思维是指一种 观察、描述的方法。它从某成员与其他成员的关系和互动出发，而非单向的、直线式的因果关系，来解 释问题的发生。系统式的观察方法总要把个体行为与一种具体情境和整个观察框架联系在一起，从 个体的行为中发现其人际意义。

**2.** **控制论** **(cybernetics)** 麻省理工大学数学家Wiener(1948) 创立，控制论在家庭治疗中的应

用是研究家庭系统内部的调节机制，其核心是反馈圈(feedback loop),反馈是系统获得必要信息以维 持稳定的条件，家庭稳态在大量循环往复的反馈中得以维持。反馈包括系统内部以及系统与外部之 间的信息传递。

**3.** **建构主义(constructivism)** 最早的提出者Kelly(1955) 认为：没有人能够完全拥有真理，

每个个体通过自己对环境的独特建构来赋予世界意义，现实(真理)是由个体心理创造的，并在此基 础上采取行动和对未来作出预测。治疗过程不过是治疗师运用自己的知识和经验，帮助和带领来访 者“重构(reconstruct)”的过程。理想的情况下，在治疗师和家庭成员分享意见且相互尊重的情况下

通过对话，新的现实便会得以“构建”。如： 一个经常头痛发作的患儿，其实是通过“头痛”吸引父母的 关注，试图挽回父母即将破裂的婚姻。

**222**

艺记

第十三章 心理干预各论

家庭治疗中的一些基本概念：

**1.** **索引病人** **(index** **patient,IP)** 也可称为“被确认病人 ”(identified patient),呈现的问题是

家庭成员相互作用的结果，家庭本身才是“病人”。改变病态现象不能单从治疗个人成员着手，而应 以整个家庭系统为对象，通过会谈和行为作业传达信息，以影响家庭结构、交流和认知特点，改善人际 关系。

**2.** **中** **立** **(neutrality)** 最早由系统式流派的米兰小组提出。狭义的中立是指治疗师在治疗过

程中不偏向于家庭中的任何一方、或不与任何一方“结盟”,与各方都保持“动态的等距离”。广义的 中立还包括治疗师对于导致疾病发生的假设保持动态的、开放的视角和态度，对于病人症状的改善保 持平和的心态，不急不恼、循序渐进、有条不紊地实施治疗。

3. 资源取向 和“缺陷取向”相对。指在家庭治疗中减少对过去“障碍”、“病态”的关注，通过理 解症状的功能意义，将视野扩展到“病人”所拥有的健康资源，促成病人主动影响症状的责任能力，将 病人和家庭引向未来的新生活模式。

**4.** **家谱图** **(family** **diagram** **)** 以图的形式描述家庭症状呈现者从祖父母到本人三代人的血亲 关系和婚姻关系。 一般而言，家庭图谱可以包括以下这些信息：家庭成员之间的关系、亲近程度、重大 疾病史、生育史(分娩、出生或流产)、重大生活转折(如死亡、结婚、离婚、经济或法律纠纷等)。通常 情况下，家庭成员在治疗师帮助下可以通过家谱图得到一些领悟，家谱图也可以帮助治疗师更直观地 了解来访者的家庭系统和历史脉络、以及家庭生命周期的发展阶段，并可形成一些基本的假设， 一 目 了然发现他们过去没有发现的问题。

**二、方法**

**(** **一)** **一般治疗程序**

**1.** **接案一治疗准备阶段**

(1)澄清转诊背景：了解不同家庭成员对IP 当前问题的定义和解释；对于本次求助的看法，本次 来诊治的动机、期待；既往求助的经历及主要结果；由什么渠道、什么人转诊而来。

(2)达成治疗协议：治疗师在治疗之初将家庭治疗的性质作简要解释，以口头或书面的形式与家 庭成员达成治疗协议。

(3)建立起初步的治疗关系：在技术和理论发挥其作用之前，关键是建立关系，治疗关系的好坏 是最重要的疗效影响因素。因此，在治疗早期，尤其是治疗关系不够牢靠的情况下，不要急于做扰动 性较大的干预，以免引起阻抗。

**2.** **治疗阶段**

(1)探索问题背景和家庭关系现实：包括家庭的社会文化背景、家庭在其生活周期中的位置、家 庭的互动模式及其和问题/症状的关系、家庭应对问题的办法及效果等。

(2)建立治疗焦点：很多时候来访家庭需要解决的问题不止一个，治疗师和家庭需要去协商本次 治疗要解决的问题有哪些，并且决定最先处理哪个问题、其次处理哪个，确定一致同意的“问题优先等 级”。

和西方国家相比，中国家庭中存在的代际关系界限较模糊、夫妻情感交流较少、亲子沟通内容的 开放性较低、父母对子女的控制性偏高等情况，常常是家庭治疗干预的靶点。

(3)形成假设：针对每一个治疗焦点，治疗师对引起问题的家庭关系、交流互动模式、问题维持因 素等形成自己的看法和假设。

(4)规划治疗目标与任务：针对形成的假设，通过特定的干预技巧引起家庭系统的变化，创造新 的交互作用方式，促进个人与家庭的成长。

**3.** **结束阶段** 通过一系列的家庭访谈和治疗性作业，家庭问题已得到“改释”,成员间的交流已 趋明晰而有效，家庭成员独立性得到发展，关于家庭的未来景象形成了共识，发展了新的有效的应付

第十三章 心理干预各论

机制，即可结束家庭治疗。 一般在接近结束阶段应延长两次访谈间的间隔。

**4.** **治疗的时间安排** 系统家庭治疗是“长间隔的短程治疗”。治疗师每隔一段时间，与来诊家庭 中的成员一起面谈。每次历时60～90分钟。总访谈次数一般在6到12次。超过12次仍未见效时， 应检查治疗计划并重新评估该家庭是否适合此种形式的治疗。总时间长度一般在6到8个月内。若 仅仅以解决症状为主，治疗需时较短；若希望重新塑造家庭系统，则需要加长疗程。

**(二)言语性干预技术**

**1.** **循环提问** **(circular** **questioning)** 系统家庭治疗中最重要的提问技术，也成为“循环催 眠”。就是同一个问题，轮流反复地请参与的家庭成员回答，由意大利的“米兰小组”发展成熟，该种 类型提问可以贯穿治疗性会谈的相当大一部分时间，可以应用于早期的收集信息阶段，也可以用于后 期的干预阶段。

在反复的循环提问过程中，在被提问者和听者那里制造了信息差异，会引发家庭成员对于差异的 思考和领悟，因此该技术具有很强的启发性和暗示性(催眠)。更重要的是，当事人逐渐领悟到某种 行为(症状)的出现是有情境条件性的，并非总是所谓“生物学原因”导致了不可自控的症状，教会各 成员以循环因果的而不是以直线因果式的观点看待问题。

这种看似间接的方式对于治疗师保持中立(neutrality)也很重要，在不直接与“行为当事人”直接 对质、交锋的情况下，就可以通过别人的话语传达自己要说的意思，起到了干预的效果。循环提问也 可以作为以下提问方法的基本形式。

**2.** **差异性提问** **(difference-making** **questioning)** 即询问在不同情景下症状发生的频率和严

重程度是否有差异，从而使当事人受到启示 症状性行为的出现是有条件性的。尤其注意提问“例 外情况”。如：“孩子在什么情况下紧张的感觉很轻或几乎没有?”、“孩子跟谁在一起的时候比较开 心?”、“请你们比较一下，孩子在什么情况腹痛比较少出现，是放假在家休息的时候，还是在学校期间 或者每天快要上学的时候?”。

**3.** **假设提问** **(hypothetical** **questioning)** 基于对家庭背景的了解，治疗师从多个角度提出对

症状发生原因进行假设的提问，这类提问主要指向过去。如：“请你们二位设想一下，要是这孩子没有 那些阵发性的气喘症状，你们在两年前提起的离婚问题今天大概会发展到什么地步了?”。这些假设 须在治疗会谈中不断验证、修正，并逐步接近现实。治疗师通过假设提出看问题的多重角度，给家庭 照镜子，使得他们将病人的病态行为与家庭人际关系联系起来。有助于家庭行为模式改变，促进症状 缓解。

**4.** **前馈提问** **(feed-forward** **questioning)** 未来取向的提问，通过刺激家庭形成对于未来的

人、事、行为、关系等的计划，将对病态行为的积极赋义投射到将来，故意诱导这些计划成为将会“自我 应验的预言”。如：“请你们想象一下，比如说我们今天的治疗奏效了，就像有一个魔法师给你施了魔 法，你很快恢复了，那你完全康复会像什么样子呢?”;或者反过来，让有关人员设想在存在诱发因素的 情况下如何使不合意的行为再现，以诱导针对这些因素的回避性、预防性行为，这类提问又称为“预防 性提问”。例如，“以你们对这孩子的了解，你们估计他为了得到那些当病人的好处，会在什么时候有 下一次发作?”

**5.** **积极赋义** **(positive** **connotation)** **和改释** **(reframing)** 是一种帮助家庭成员改变看待问

题角度和观念的技术，即对当前的症状和问题从积极的方面重新进行描述，挖掘症状积极、有利的一 面，放弃指责的态度。正所谓“横看成岭侧成峰”、“塞翁失马，焉知非福”。

例如，当一个家庭存在明显的亲子冲突，给父母带来了烦恼，经过家庭访谈发现代际关系模糊，人 际边界分化明显不足时，可以向父母解释说：“虽然你们认为孩子很逆反、难管教、不爱听你们的意见 确实给你们带来了很多烦恼。但从另外一个方面说明孩子成熟度比较高，是一个有主见、有思想、有 个性、以及独立性比较强的孩子，他通过这样的所谓‘逆反’正在寻找和成为他自己。如果培养得当， 这样的孩子长大以后能够独当一面，不会轻易受别人影响和左右。等你们老了，很多事情不能帮他出

**223**



224



第十三章 心理干预各论

主意、想办法的时候，他能够自己解决问题，才能更好地在这个社会上生存。因此，应该说孩子的‘逆 反’从另一个角度来说是件好事。而且你们之间的冲突正好提醒你们：需要学习如何和这个年龄的孩 子打交道的方式和技巧了，做父母也要与时俱进。”

(三)非言语性干预技术

1. 艺术性治疗 指在治疗中使用摆姿势、讲故事、演戏剧、绘画、舞蹈等治疗形式，使得家庭成员 更直观地、感性地去洞察自身家庭的关系模式，更清晰地看到自己，从而产生新的体验和认知。艺术 性治疗方法往往比单纯的语言沟通更直观和有效。常用的技术包括如家庭雕塑(family sculpture)、 “星座排列”、心理剧、绘画分析等。

以家庭雕塑为例，治疗师会邀请某位家庭成员当“塑造家”,根据他自己的观点和理解，来决定每 个家庭成员的位置、和他人的距离以及呈现的躯体姿势，最后呈现的场景就代表着他对家庭关系的认 识。有时，“雕塑”现场家庭成员的姿态和表情可能显得非常夸张，但所展示出的空间、姿态、距离和 造型等非言语因素却很能生动、形象地再现家庭成员之间的互动关系和冲突情况。

2. 设置边界 是指治疗师打开或关闭家庭亚系统之间或家庭与其他社会系统之间的界线，以维 护系统内部既相互依赖、又相对独立的平衡，保证家庭功能良好。对于过于缠结、分化不足的家庭，需 要强化个体间的界限。如在治疗现场，治疗师会邀请紧贴母亲的儿子移到另外一个位置上，把夫妻子 系统与孩子之间的边界设定得更明晰。

3. 外化技术 来自于叙事治疗的治疗技术。该技术的第一步就是给问题取个名字，主要理念是 将问题和个人分开，更方便探索问题带来的影响、以及和家庭成员之间的关系，以使得治疗师和家庭 更清晰地了解困扰家庭的问题。如患儿将自己反复心慌的症状外化为“一颗变形的毛绒心”,治疗现 场可以使用道具代表这颗“心”,并把它放在单独的一把椅子上。

4. 家庭作业 (homework assignment) 治疗师为了将干预效应延续至访谈后，留给家庭较

长的间歇期(可长达数周左右),使其有较充裕的时间发生变化。在此期间会安排一些任务让家庭成 员共同完成。目的在于使治疗师的干预信息通过行动、通过隐喻深入人心，使家庭成员能利用自身的 资源和动能，实现其家庭关系出现良性互动和发展。

有些家庭作业内容通常显得出其不意、有悖常理，有些直接指向靶症状，或看似与当前问题没有 直接关系，是通过影响家庭的认知、互动行为而间接起作用。但须注意的是，布置这些扰动作用强大 的作业需要有良好的治疗关系作为基础，否则很容易引起阻抗、治疗关系中断。

(1)悖论(反常)干预(paradoxical intervention)与症状处方( symptom-prescription):要求病人故意 保持或“加重”症状行为。这是“以毒攻毒”的治疗技术，往往可以通过幽默轻松的方式减轻病人因症 状引起的焦虑情绪而缓解症状，或者通过夸大症状使得家庭明白消除症状的必要性，常常可以迅速控 制适应不良行为。

(2)单、双日作业( homework for odd-numbered and even-numbered days):要求家庭在星期一、三、 五和星期二、四、六作出截然不同的行为。比如让母亲在单数日用以往的方法管教孩子、在双数日让 孩子自己管理自己。或者母亲在单数日、父亲在双数日管教孩子。通过执行这一方法让家庭意识到 不同情景下的差异，对适应不良行为的原因产生顿悟。从而促进原有家庭互动模式的改变和不良适 应行为的退化。

(3)记秘密红账(keeping merit-accounts):针对“缺陷取向”的行为如“记黑账”、“说坏话”而设 计。令家庭成员秘密地相互记录对方(或其他人)的好的表现，不准记坏表现和症状，直到下次会谈 时才由治疗师当众宣读。

**三、适应证和评价**

家庭治疗对于儿童青少年的非精神病性障碍往往有明确指征， 一般要作为基础性的治疗，如亲子 冲突、学习困难、厌学、交友问题、情绪行为问题、躯体化症状、进食障碍等；此外，也适用于婚恋关系问



第十三章 心理干预各论 **225**

题的咨询；对于成年人和精神病性病人，家庭治疗也是一种有益的补充，可以帮助探索症状的“源 头”,或调动更多资源给病人以支持。家庭治疗的适用范围还包括：

(1)家庭人际关系冲突，特别是通过个体治疗不能解决的人际冲突；

(2)某个家庭成员呈现“症状”,但反映家庭系统有问题；

(3)个别心理治疗没有达到预期在家庭治疗中应有的效果；

(4)家庭对个体治疗起到了阻碍作用；

(5)家庭对于患病成员的忽视或过分焦虑；

(6)家庭中有一个反复复发、慢性化精神疾病病人的家庭。

禁忌证是相对的，只有重性精神病发作期、偏执性人格障碍、性虐待等情况，不首选家庭治疗。

家庭治疗的不足在于：当来访者文化水平较低，或难以理解治疗师的意图时，较难取得效果；有的 治疗模式并不提供确定的“解决方案”,易使求助者产生失望情绪。

(康传媛)

**第八节** **团** **体** **治** **疗**

**一、概况**

团体心理治疗(group psychotherapy)是一种由治疗者有目的地把有共同目的或同类心理问题的 人组成一个团体，在团体情境中通过建立特殊关系和谈话达到治疗目的的心理治疗形式。团体心理 治疗与个体心理治疗都向来访者提供了温暖舒适的环境，使用一些共通的咨询技术来帮助来访者实 现自我的整合，并且遵循了一致的伦理道德。与个体心理治疗相比，团体心理治疗的侧重点有所不 同，以及具备一些个体心理治疗不具备的特长。在团体心理治疗中，人际互动有着更大的广度，来访 者能够得到更丰富、饱满的体验，在互动当中体会到温暖、接纳。个体心理治疗擅长解决个体成长、情 绪等方面的深层问题，而团体心理治疗在解决人际关系问题上具有优势，同时，团体心理治疗也是一 种省时省力、高效率的治疗方式。

团体心理治疗始于美国医师普拉特(Pratt JH)在1905年对结核病人实施的团体教育，他采用介 绍医疗常识，激发病人信心，开展团体讨论等方法，帮助病人克服不良情绪，树立康复信心。在此后的 30年，团体心理治疗虽没有重大的发展，但是仍有一些人对团体治疗发生兴趣，并分别创立了一些专 门用于团体治疗的方法，为20世纪40年代团体治疗的大发展创造了条件，如Burrow T认为精神分析 忽视个人与社会的关系，遂于1925年开始实施团体精神分析。20年代Mareno JL在美国创立了心理 剧(psychodrama)和社会剧，并提出了角色扮演(role playing)和团体成员之间情感互相作用的概念， 1930年他首次使用了团体治疗这一术语。第二次世界大战后，由于战争压力造成的心理问题骤增， 有限的精神病学家和心理学家不能满足社会需要，促使经济、简捷、高效的团体心理治疗快速发展，出 现了家庭治疗、交往分析、自我训练等多种团体心理疗法。1943年一些团体心理治疗家在美国成立 了团体心理治疗学会(AGPA), 接着在1950年创办了团体心理治疗杂志。50年代以后，专业团体心 理治疗工作者大幅度增加，专业文献也大量增多，成为心理治疗工作中的一支重要力量。

团体心理治疗的治疗机制包括以下几个方面：

1. 团体的情感支持 团体的情感支持包括这几个方面：

(1)被他人接纳： 一个人生活在社会里，假如不被家人、朋友或他人所接纳，会感到孤独，心情无 所依托。团体治疗的基本功能是让参与者感到自己被团体其他成员接受而产生归属感。

(2)倾诉与发泄： 一个人内心常有许多烦恼和秘密，但没有机会向人倾诉或发泄。团体治疗的功 能之一，就是营造一个包容性的环境，参与者通过倾诉而获得关心和安慰。

(3)共性的发现：有的人遇到困难或犯错时，会把责任归咎于自己，或以为只有自己一人有此遭 遇，从而加重心理负担。在团体治疗中，经过互相交换经验，很容易发现他人也有类似经历，也有相似

226

2记

第十三章 心理干预各论

的自卑感、负疚感或其他负面情绪，个体可通过这种共同性(universality)的发现而获得解脱。

(4)树立信心和希望：经过团体治疗，参与者可产生归属感，可被别人接受与关心，共同面对问题 而感到放心，进而产生摆脱困境或解决问题的信心，对未来产生希望。这是团体心理治疗的基本治疗 机制，也是重要的贡献。

2. 团体的相互学习在团体治疗中，成员不仅可以交换认知经验，还可以直接观察和模仿别人 的行为。团体治疗的可贵之处在于成员间可直接向他人表达自己的思想，或体验别人的经验与技巧 并与自己对比，这对生活经验不多的人极为重要。

3. 团体的正性体验 对于没有体验过完整家庭温暖或亲密的亲友关系，对人际交往持负性态度 的人，很需要尝试正性的群体体验。通过体验这种温暖的关系，使对人际关系持负性态度的人感受到 爱，然后学会帮助别人，为他人着想，使生活更和谐。

4. 学习团体的性质与系统 通过团体治疗，团体成员能够体会团体的“系统”性质，即团体是由 各个个体(团体成员)组成的整体，个体之间相互影响，而一个良性的整体需要个体协作以获得平衡。

5. 重复和矫正与“原本家庭的经验” 团体心理治疗还有一些特殊的治疗机制如重复和矫正 与“原本家庭经验”。所谓“原本家庭经验”指个人小时候的家庭关系的体验。因为家庭是个人最早 体验的群体，因此称为“原本”的群体经验。在团体中人际交往中，成员会呈现出早期家庭关系中的 情感、模式，这些内容有的是不具适应性、需要改变的，如敏感多疑、过分讨好等。通过在团体中与其 他成员的交往，被他人接纳、理解可使之获得新的体验，从而达到矫正的效果。

**6.** **支持体验“情感矫正经验”** 团体心理治疗的另一个特殊机制就是让所有成员有“情感矫正 经验”的体会。情感矫正经验认为单靠认知上的领悟不能改善问题，还必须加以情感上的矫正。最好 让病人重复面对遭遇的心理创伤或面对处理的问题，在治疗师和团体的保护下重复处理，以便抛弃和 纠正遗留的不良情感。

**二、方法**

团体心理治疗方法大致可以分为两大类。 一类是着重于个体作用的团体心理治疗，另一类是着 重于团体作用的团体心理治疗。

多种心理治疗方法，包括精神分析法、行为疗法、催眠疗法等，都可以在团体条件下进行。在这类 团体治疗中，虽然也重视利用团体内人与人相互作用的积极一面，但主要目的还是将治疗手段直接应 用于团体中的每一个人。例如团体松弛训练，目的是使每一个成员学会这一技术；再如支持疗法也可 团体进行，主要采用团体教育的方式，其直接目标也是针对每一个体所存在的具体问题。

另一类团体治疗主要通过团体成员之间的各种心理接触来实现。国际上流行的各种问题小组大 都属于此类。例如T 小组或训练小组(T group)、相遇技术(encounter techniques)、心理剧(psychodra- ma)、格式塔小组(gestalt group)等。这一类治疗方法是在治疗师领导下，重点通过团体内部的社会心 理过程，使团体成员认识并改善各种情感、人际关系以及行为方面的问题。这类团体心理治疗特别重 视治疗师的社会角色作用，治疗师往往要经过特殊的培训才能胜任此项工作。此外，家庭治疗和婚姻 治疗也可包括在这类团体治疗之中。

**(** **一** **)** **T** **小组技术**

训练小组的最主要的作用是帮助参与者明白他们自己做决定的过程。 Jones描述过这样的一个 练习：让参与者置身于一条远离陆地的游艇上，游艇正在下沉。给每个小组成员一张表，表上有15个 条目，要求参与者达成共识，把表中对于他们能够幸存具有重要意义的条目列出来。然后，要求小组 对他们的体验、领导方式的探索、冲突的解决和做决定的过程等内容进行讨论。

**(二)相遇技术**

相遇技术用于增加参与者的自我意识，例如，“信任行走”(trust walk)被用来扩展知觉意识的范 围和对人际关系的信任程度。参加该练习的包括一个参与者和他的同伴，这个同伴的眼睛被蒙住，要



第十三章 心理干预各论

**227**

求参与者用手和胳膊搀扶他的同伴，引导他以一种知觉探索的方式行走。引导的目的主要是保护同 伴，让他避开台阶、树或墙之类的危险，并促使他以非言词的方式去探索各种各样的气味和物品的质 地。双方调换角色，然后讨论他们的感受。

**(三)心理剧技术**

心理剧利用多种多样的角色扮演技术，帮助当事人作为演员，把他们自己的问题通过戏剧的方式 表现出来，通常是以某种心理冲突情境下的自发表演为主，这种方式有利于增加他们对自身冲突的理 解。在表演当中参与者的人格特征、心理冲突、人际互动模式等都会慢慢呈现出来。作为一种咨询技 术，角色扮演常常帮助当事人更好地宣泄情绪、去审视自己和其他人。例如，它可以用来实地演练那 些对当事人来说存在困难的社交场景。角色扮演甚至可以由指定的工作人员在某个小组场景中加以 运用。除了角色扮演以外，心理剧常用的技术还有角色训练、角色交换、替身、独白、镜像法、未来投 射、附加现实等。

**(四)格式塔小组**

格式塔小组治疗方法用于强化和澄清小组成员的意识体验。这类练习的做法之一是引出语言与 人格二者之间的联系。例如，告知参与者，个人化的语言是使用“第一人称(我)的陈述”。治疗师可 以帮助参与者意识到他们是怎样使用语言来贬损自己的各种体验的，比如，使用语言来否认他们的能 力和责任。使用“但是”这个词，通常把说话者先前的陈述打上折扣。为了增加当事人对语言的这种 力量的意识，要求当事人用“不能”代替“不会”(这里的“不会”大致意思是：将不会发生某事或不愿 发生某事),用“我需要”代替“我想要”,用“我选择”代替“我必须”。让参与者注意他们在改变语言 模式时各种感受的差异。

以团体方式实施某些心理治疗技术时，如松弛训练、生物反馈、催眠疗法等，其方法以各种心理治 疗的要求为主。单独的团体心理治疗因其种类较多，方法各异，实施时应根据不同方法的具体要求 进行。

**三、适应证和评价**

团体心理治疗的适应范围包括：神经症或神经症性反应，如各种社交焦虑或社交恐怖；轻度的人 格障碍，特别是人际关系敏感或有交往缺陷者；青少年心理与行为障碍；心身疾病，尤其是各种慢性躯 体疾病病人；重性精神疾病缓解期，特别是社区中的康复期病人；各种应激性及适应性问题等。团体 心理治疗本身就是在一个充满人际互动的环境中进行的，参与者待在这样的环境中能得到他人的滋 养，以及通过模仿、训练等方法来改善人际关系问题，这种改变很容易迁移到日常生活当中。团体心 理治疗已成为躯体疾病“综合性生物、心理、社会帮助”的一个重要组成部分。但是，团体心理治疗也 存在针对性较低，较少探索个人深层问题，难以照顾各异的个体，私密性难以保障，不容易进行量化、 控制研究等问题。团体心理治疗对治疗师的专业水平要求较高，要注意防止参与者在人际互动中受 伤害等。

(曾 勇)

**第九节** **正** **念** **疗** **法**

**一、概况**

当今西方医学、心理学、脑神经科学、教育学界，正兴起一股研究和应用东方佛道文化与修行技能 的潮流。基于正念的疗法已经成为现代心理治疗的一个重要势力。

**(一)正念的源流与概念**

正念源自根本佛教的八正道即正见，正志，正语，正业，正命，正精进，正念，正定。正念的巴利文 称为Sati,本意是全神贯注对目标保持清楚的觉知。此即正念的本质。正念在英语中翻译为“mindful-

**228**



第十三章 心理干预各论

ness”,其意是留心、专注、全神贯注，是一种注意力和觉知力。

自20世纪50年代，日本禅学家铃木大拙(Suzuki)开始在美国各地传播佛学，将禅宗与精神分析 理论进行比较，禅宗所蕴含的人本主义精神受到美国的广泛注意。佛教的修行理念与方法，曾以各种 机缘影响到心理治疗的发展。许多心理学家和心理治疗师认真阅读禅学著作，并积极参与禅修实践。 美国的禅宗热潮是正念思想进入心理学的直接原因。在美国人眼里，佛教不但能满足个人精神需求， 也特别强调人与人之间的温情，能填补人心灵上的空虚感。心理学家们对意识活动与心理状态的研 究产生了新的兴趣，他们意识到禅(zen)具有满足精神需求，缓解压力与心理治疗的功效。到70年 代，禅宗在西方心理学中，尤其是在精神分析与心理动力学派、人本主义与超个人心理学派中已经变 得不再陌生。现代社会人们更倾向于自己解决问题，而不是从治疗师那里被动地接受询问、审查以及 建议。这是一个自我学习、自由发展，自我保健治疗的热潮兴起的时代。

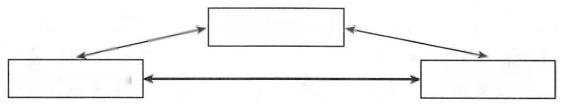
正念状态的自我指导、全面健康思想以及神秘性、简单性，不仅满足了现代社会的需求，也满足了 心理治疗系统进一步发展与变革的需求。

美国麻省大学的卡巴金(Kabat-Zinn J)博士，在70年代首先将正念从佛教禅修中引入心理学领 域，以正念为理论基础发展出正念减压疗法(mindfulness-based stress reduction,MBSR),推动了现代心 理治疗的新发展。卡巴金将正念定义为： 一种觉知力，是通过有目的地将注意力集中于当下，不加评 判地觉知一个又一个瞬间所呈现的体验，而涌现出的一种觉知力。正念的核心在于两点： 一是将注意 力集中于当下；二是对当下所呈现的所有观念均不作评价。即培养一种对此时此地的觉知力，并保持 一个开放和接纳的态度。非评判是指不埋怨自己、环境和他人，这是充分意识到当下心身感受或经验 的必要条件。

在正念的状态中，人是没有任何的目标和欲望的，但在这个过程中， 一个人为什么能够保持这种 状态?为什么一个人能够进行不断的正念练习?这就说明这个人可能就是渴求这种正念的状态。 一 个人持续不断地进行正念练习，就是想减轻以至消除痛苦，洞悉事物的本质特征。这就是正念的奇妙 之处，在无欲无求中实现训练者的目标。

正念状态的三轴模型：

美国心理治疗师Shapiro等人基于正念的心理状态，提出了正念要素的三轴模型(图13-3)

目 的(Intention)

注意(Attention 态度(Attitude)

图13-3 正念要素的三轴模型 (IAA 模型)

轴 I: 目的——为什么做正念训练。

轴Ⅱ:注意——正念训练的核心。即在正念训练的背景下，注意个人当下身心内外的体验。 轴Ⅲ:态度—— 以一种没有价值评判、接纳、善意、开放的态度对待内在和外在的体验。

从上述模型中可提取出正念状态的主要心理的要素：

**1.** **再感知** 目的、注意、态度是正念的三个基本因素，也是正念练习者获得改变的重要变量。基 于这几个因素，我们可以发现正念的机制，即：再感知—— 以有意的、开放的、非评判的注意导致信念 的根本改变。

**2.** **暴露** 直面痛苦的想法、情绪、身体感觉等，不回避。越是敢于面对，就越不会为这些想法、情 绪、身体感觉所控制、困扰。德山禅师用“棒打”,临济禅师用“喝斥”,以引起学徒的震惊和醒悟，使他 们不再默守陈规和陋俗，即熟称的“当头棒喝法”。认知、情绪、行为的弹性：促进个人做出更适宜的、 灵活的对环境的反应，而不是由认同于个人当前体验而导致的反射性想法、情绪和行为。

**3.** **接纳** 接纳认知、情绪、思维、感觉等，不试图改变它们。在道法自然，返朴归真的思想指导



第十三章心理干预各论 **229**

下，尽力利用自然环境的空旷、宁静、清新的有利因素，以减轻和放松来访者的精神创伤和压力，逐步 转换并完善自我意识。

**4.** **自我调节** 有意地培养非评判的注意，将一个人与当下身心内外的真实体验连接，进而引起 自我调节，做出合适的反应。

**5.** **价值澄清** 通过观察分离我们的价值观，更客观地反思，发现和选择对我们来说更真实的价 值观。

**(二)正念治疗的有效因素**

正念的状态，要求心理总处于注意眼前发生的事情，同时也体验自身感觉的状态，这并不容易做 到。因为人的习性反应所致，对快乐的追求和痛苦的回避，使人总是处于一种焦虑和痛苦当中。使心 理处于正念状态，能够把人从痛苦的思维、情绪中抽离出来，减轻症状造成的伤害，称为去中心化过 程。这些机制能够使意识从僵化的关于自己和世界的框架中解脱出来。当正念的意识状态能够建立 起来时， 一个人能对他的环境进行重新的定位，能够产生心理弹性。正念训练可使病人的意识功能变 得更强大，如注意稳定、觉知清晰，能接纳和承受痛苦，化解冲突和超越障碍的柔软心态，使思维从冲 突和障碍中解脱出来。“注意”是对这种意识的定向关注，“觉知”是对自身和外部环境的意识，通过 定向的觉知个体可以全面了解内外部世界而不是局限于某种心念。

在正念训练过程中，最新的正念神经机制研究还揭示了身心相互作用对正念训练和状态保持的 重要性，即中枢神经系统与自主神经系统的协调与互动，这种相互作用可以有效促进“身心整合”的 优化状态，进而获取更多的大脑资源去有效地注意、觉知、去中心化以及改变固化的自我思维定式。

正念可以被看作是一种集中注意力的方法，也可以被看作是一种包含自我意识的对此时此刻的 觉知或一系列与自我调节、元认知和接纳相关的心理过程。正念概念从古典向现代发展的过程中，其 宗教色彩逐渐淡化。现代意义上的正念已经成为一个不断发展、内涵不断丰富的心理学概念。

**二、方法**

**(一)正念减压疗法**

卡巴金于1979年创立并开始推广其基于正念的减压疗法(MBSR)。MBSR 采取的是连续8～10 周，每周1次的团体训练课程形式，每个团体不超过30人，每次2.5～3小时，不仅实际练习正念禅 修，也讨论如何以正念和平等心来面对与处理生活中的压力和自身疾病，并在第六周进行一整天约7 至8小时的全程禁语的密集型正念禅修。具体练习有45分钟的身体感受扫描以及坐禅(以端坐的方 式观察呼吸的感受)、行禅(在日常的走路、站立和吃饭等活动过程中保持正念)等等。 MBSR 受到病 人的欢迎，减压门诊也于1995年扩大为“医疗、保健与社会正念中心”。现在正念中心不仅提供治疗， 也为医学院学生及医护人员、心理治疗师、教育工作者等提供相关的师资训练。 MBSR 也是当前得到 应用和研究最多的正念疗法。

正念减压疗法的基本技术：

1. 静坐冥想 是正念训练最核心、最基本、最主要的技术，包括正念呼吸、正念身体、正念声音、 正念想法四个方面，它们是循序渐进的过程。在练习中，有意地、不逃避、不加评判地、如其所是地观 察伴随呼吸时腹部的起伏，观察身体的各种感觉，注意周围的声音，注意想法的升起、发展、变化，以至 消失。

2. 身体扫描练习者闭上眼睛，按照一定的顺序(从头到脚或从脚到头)逐个扫描并觉知不同身 体部位的感受，旨在精细觉知身体的每一个部位。身体觉知能力的增强可以帮助我们处理情绪，同时 把注意力从思维状态中转移到对身体的觉知上来。

3. 行禅是在行走之中进行的正念训练。练习时，将注意力集中在脚部，注意脚底与地面接触 的感觉，注意行走中脚的抬起、移动、放下，注意脚部、小腿等部位的各种感觉。整个过程自然地呼吸， 不加控制。

230

笔记

第十三章 心理干预各论

4. 三分钟呼吸空间三分钟呼吸空间是在练习中，练习者采用坐姿，闭上双眼，体验此时此刻的 想法、情绪状态、身体的各种感觉。慢慢地把注意力集中到呼吸，注意腹部的起伏。围绕呼吸，将身体 作为一个整体去觉知。快速地做一次身体扫描，注意身体的感觉，将注意力停留在异样的感觉上，并 对这种感觉进行命名或标记。

5. 正念瑜伽正念瑜伽整合了正念训练和瑜伽，它不追求动作姿势的完美，而是强调在练习瑜 伽的过程中体验运动和拉伸的躯体感觉。

(二)正念认知疗法

正念认知疗法(mindfulness-based cognitive therapy,MBCT)是在卡巴金的正念减压项目的基础上 发展起来的，用于对有不止一次复发经历的抑郁症病人，在康复期减少复发的干预方法。

**(三)辩证行为疗法**

辩证行为疗法(dialectical behavioral therapy,DBT),源于20世纪90年代美国华盛顿大学教授 Linehan M(1993)最初对有自杀倾向的边缘性人格障碍病人的治疗，后来逐渐扩展到对进食障碍、有 治疗阻抗的抑郁症病人，及物质滥用等类型病人行为问题的治疗。

**(四)接受承诺疗法**

接纳承诺疗法(acceptance and commitment therapy,ACT)是美国临床心理学教授海斯(Hayes SC) 及其同事于20世纪80年代末至90年代初创立的一种新的行为治疗。 ACT 与正念减压(MBSR)、 正 念认知疗法(MBCT)、 辨证行为疗法(DBT) 等被认为是认知行为治疗的第三代浪潮。

由海斯发展的接纳承诺疗法(ACT) 更强调情景与症状的联结性，用体验性的改变策略补充直接 的认知说教性的策略；旨在寻求建立更宽广、灵活、有效的应对方式而不仅针对狭窄的心理问题的具 体认知内容进行反驳；治疗中强调所检验问题间的联系性。 ACT 采取一种功能情境主义的取向，这决 定其与传统的行为疗法在问题定义、治疗目标以及治疗策略与具体技术的不同。功能情境主义与机 械论相对立，强调理解事物与分析问题必须动态地考虑整个事件及其发生的背景。由于以预测和影 响行为为目标，行为分析被置于功能情境主义框架中，其核心命题为，心理事件被看作是“一系列正在 发生于有机体整体与历史和环境决定的情景之间的交互作用”。因此，ACT 对那些“负性的”“非理性 的”心理事件也保持开放态度，于是冥想、接纳，去融合等成为重要的技术。

治疗目标与六大核心概念：

ACT 治疗的目标在于提高心理灵活性，即更多地与此时此刻联结，在改变与坚持某种行为之间保 持灵活，进而实现有价值的结果。 ACT 治疗的六大核心概念，从不同侧面用于改变原有的语言进程带 来的影响：

(1)接纳(acceptance):帮助来访者建立一种积极而无防御的态度拥抱各种经验。

(2)认知去融合(cognitive defusion):调整思维、想象和记忆的功能以及来访者与它们的相互作 用，退后一步去观察这些内容而不陷入其中。

(3)情景化自我(self as context):改变来访者关于“自我”的概念，从一种被评价的概念化的自 我，转变成一种作为各种心理事件的载体的自我。

(4)此时此刻(being present):将注意力放在当前的情景与正在发生的事情上，而不是过去和将 来。学会以一种非评价的方式感受当下的过程。

(5)澄清价值观(value):在生活的不同领域帮助来访者寻找生活的方向，建立有意义的生活；价 值观是一个不断被实践的方向而不是某个具体的可实现的目标。

(6)承诺的行动(committed action):帮助来访者将价值观落实到具体的短期、中期、长期目标并 加以实践。接纳、认识去融合、联结此时此刻、情境化自我这四者属于接纳与正念(mindfulness)技术； 联结此时此刻、情景化自我、澄清价值观、承诺的行动这四者属于承诺与行为改变技术。

ACT 治疗的具体技术：

(1)挑战旧思路：由于ACT 要挑战来访者日常使用的应对策略，所以治疗师通常在治疗开始就



第十三章心理干预各论 **231**

会让来访者反思之前尝试过多少种失败的方法，并询问来访者是相信自己的思维还是相信实际经验， 目的在于用来访者的亲身经历去挑战之前的直接消灭问题的思路。

(2)明确“控制是问题”:试图压制思维与情感反而会使被压制的对象得到重复而增加，为了使 来访者明白这个原理，治疗师会指导来访者进行“不要想咖啡”的实验：先简单描述咖啡的各种性质， 然后要求来访者在接下来的时间里唯一要做的就是不要想任何前面提到的咖啡的性质。通过类似实 验使来访者明白他们试图控制自动化思维、情感与记忆的过程是在进行一场绝不会获胜的游戏。

(3)去融合练习：“牛奶牛奶”是认知去融合技术的典型练习：治疗师和来访者在短时间内大声 地重复“牛奶”一词， 一段时间后来访者会发现“牛奶”一词失去了原有的意义，而变成了一个单纯的 词汇。这个练习使得来访者体验认知去融合的含义，理解词语仅仅是词语。

(4)学习正念技术：为使来访者更好地掌握正念的技术，治疗师将正念技术形象化：要求来访者 想象一队小人列队从左耳走出绕过眼前走进右耳，每个小人举着印有图片和词语的牌子，要求来访者 保持旁观，让队列自由行进而不使自己陷入其中。这一过程经常作为家庭作业，可以使来访者体验观 察自己的思维与依思维观察世界的区别。

(5)情境化自我：为使来访者从概念化自我的视角转换到情境化自我的视角，治疗师会用棋盘比 喻：让来访者想象一个无限延伸的棋盘上摆着对阵的白子和黑子，白子是积极体验，黑子是消极体验。 来访者努力支持白子赢过黑子，因为黑子占优就意味着来访者的自我概念受到威胁，于是来访者的一 部分体验成了自己的敌人。而治疗师会提醒来访者，与其认为自己是白子，不如认识到自己只是棋 盘，来访者可以有痛苦的记忆和不好的想法，白子和黑子的战斗也还会继续，但来访者可以让战斗继 续，而不必生活在战区。通过这一比喻，来访者对自我的理解，从被各种标签概念化的自我(conceptu- alized self),转换成了作为情景化自我。通过这一转化，来访者不再视负性体验为威胁，进而也增强了 与此时此地的联结。

(6)澄清价值观：以价值观为行动导向是ACT 的特色。治疗师会问来访者希望自己的生命彰显 了什么，甚至让来访者想象自己的葬礼，希望墓碑或悼词上写些什么，以此澄清来访者在若干主要生 活领域的价值观。治疗师会强调价值观是一个不断追求的方向而不是某个具体的可实现的目标，强 调价值观的澄清是个人选择而非受限于评估或判断。

(7)行动承诺：最后来访者要承诺做出与价值观相联结的行动，这一部分广泛地采用传统行为疗 法的各种技术。此阶段会设定短期与长期的具体目标，使来访者一步一步地实践更加灵活的行为 模式。

**三** **、适应证和评价**

正念疗法在临床治疗、医疗和发展性应用中成效显著。正念减压疗法(MBSR) 的疗效已得到非 常多的研究所证实，不仅用于高压力人群如慢性疾病儿童的照顾者的减压，也用于心理疾患的治疗。 其中Carlson对接受和未接受MBSR 训练的癌症病人所进行的系列研究；Garland等对已婚女性乳腺癌 病人的研究；Miller对焦虑症病人在MBSR 训练前后的研究，都提示MBSR 有很好的临床效果。

正念训练可能导致很多好处，包括治疗上的好处。但是有些实验设计还不够理想。研究设计较 简单，仅少量研究采用了控制组设计或对比研究，而且目前的研究亦很难确定，其在临床上的效果是 否优于其他自我调节策略，如放松练习、生物反馈、自我催眠等。另一方面，正念训练者常常报告正念 禅修比起其他方法更有意义，更令人愉快，也更容易坚持，并且能培养一种自我探索的兴趣。但是严 格地讲，正念训练会导致哪些效果也不很清楚。尽管对于正念禅修的实验研究已经得出一些有益的 结果，但对于正念禅修的研究仍然处于初期阶段。正念禅修的适应证和适用人群，仍然是一个值得进 一步探索的领域。

(傅文青)

232 第十三章 心理干预各论

**第十节** **危** **机** **干** **预**

**一、概况**

**(** **一)危机的概念**

危机(crisis)是指超越个体或者群体承受力的事件或境遇，导致个体处于心理失衡状态。换句话说， 危机是指个体运用固有应对应激的方式或机制仍不能处理目前所遇到的外界或内部应激时，所表现出 一种偏离常态的反应。危机往往是突发的、出乎预料的；对遭遇危机的个体而言，通常危险和机遇并存。

**(二)危机的分类**

根据James和 Gilliland对危机的分类，可分为四类：

1. 发展性危机 (developmental crisis) 是指在正常成长和发展过程中出现的具有重大人生 转折意义的事件，导致个体出现的异常反应，如大学毕业面临择业问题，人到中年面临职业的变换，临 近老年面临退休问题等。发展性危机一般认为是正常的，个体会从失衡状态中寻找新的自我秩序；如 果处理得当，可以成为重新认识自我和学习成长的发展契机。

2. 境遇性危机 (situational crisis) 是指对于异乎寻常的事件，个体无法预测和控制其何时出 现的危机。境遇性危机常具有突发性、震撼性、强烈性和灾难性等特点，个体可产生强烈的情绪体验。 此类危机，通常超出个体的应对能力之外。

**3.** **存在性危机** **(existential** **crisis)** 是指对有关人生目的、自由、责任、生命意义及价值等重要 哲学及心理问题，所出现的内心冲突和焦虑。这些往往是诸多心理困扰的深层次原因。如果个体能 找到真正的自我和生活的意义，他心理将会更健康、内心更富智慧。

4. 环境性危机 (environmental crisis) 根据生态系统论的观点，对于一个生态系统而言，所 有的子系统之间都是相互关联、相互依赖的。当自然或人为的灾难降临到某人或某一人群时，这些人 身陷其中，反过来又影响生活中的其他人。

(三)危机干预的概念

危机干预(crisis intervention)是对处于困境或遭受挫折的人予以关怀和短程帮助的一种方式。尽 管危机干预是在短程心理治疗基础上发展起来的治疗方法，但干预者通常把心理危机视作心理问题 处理，而不作为疾病进行处理。通常危机干预主要以解决问题为目的，强调时间紧迫性和效果，不涉 及对当事人的人格矫正。

**二、方法**

**(一)危机干预的评估**

评估是实施危机干预的首要步骤，也是实施危机干预的重要部分。评估时需注意以下几点：

1. 对危机的评估要全面在干预初期，危机干预者必须对干预对象的情绪、认知、行为和躯体功 能活动状况，危机事件的严重程度，当事人自杀或他杀的可能性，可利用的资源，及可供选择的应对方 案等，进行全面评估，并与当事人建立良好的工作关系。

2. 对危机的评估要快速 与其他的心理治疗不同，危机干预非常强调时间紧迫性。在实际干预 时，危机干预者通常不能像其他心理治疗师有充足的时间进行心理评估。比如当个体遭遇强暴、乱 伦、虐待、意外、堕胎、文化冲突、失业、地震、水灾、空难、疾病爆发、恐怖袭击、战争等，心理处于危机或 崩溃状态时，在短时间内尽可能收集有效信息并分析出症结所在，就变得非常重要。

3. 对自杀风险的评估确保安全是工作的首要前提，因此如果当事人存在自伤、自杀、伤害他人 及破坏公共设施的可能性时，应高度重视其潜在的风险。应从当事人人身安全及心理安全的角度，对 当事人的自杀或他杀的可能性、危机事件的严重性和紧迫性、当事人面对危机的调节能力及危险性等

笔记

方面做出评估。

**4.** **危机评估的询问技巧**

面对处于危机中的当事人，危机干预者也会体验到很复杂的情感，包



第十三章 心理干预各论 **233**

括绝望、愤怒、焦虑、矛盾、悲伤、拒绝。重要的是危机干预者不能让这样的感受影响到他们对当事人 的专业评估和干预。在初始评估中，从共情的、无威胁性的陈述和询问开始，使当事人能够更容易与 危机干预者分享他们内心的感受和想法。

**5.** **附加信息的佐证作用** 从与当事人熟悉的人那里获得附加的信息也很关键。对于危机干预 者，当事人的家庭成员、朋友、老师、同事都可能是完成评估的重要资源。在与青少年的工作中，常会 发现他们很忌讳泄露其私人信息。因此，在工作中要给他们说明，面谈中获得的信息是保密的，但那 些属于危害性极大、可能伤害青少年的信息除外。

**6.** **儿童评估的特殊性**

(1)优先关注儿童：儿童处在身心快速成长发育的关键阶段，其身心的发展更容易受到各种自然 与人为灾难的破坏。因此，在危机干预中要优先关注儿童。

(2)错误不在儿童：儿童面临灾难的反应有别于成人，他们常常会认为灾难的发生是他们自己的 错。因此，需要反复向儿童说明，灾难的发生不是他们的错。

(3)鼓励多种表达方式：处于危机中的儿童，其表达方式也有别于成人。成人要反复向儿童承诺 爱他，会照顾他免受伤害，鼓励儿童说出内心的恐惧，允许儿童哭泣和表达悲伤，不要过分强调勇敢或 坚强，不要批评儿童暂时出现的一些幼稚行为。当有些孩子不能使用语言来表达他们内心的恐惧时， 可以鼓励他们采用玩具、道具、画笔等工具进行表达，也可以就地取材选用石头、沙子等，进行各种游 戏活动帮助他们表达。

(4)帮助儿童理解灾祸：成人要在恰当的时间，以儿童能够理解的方式，为儿童提供有关灾难的 准确信息，鼓励儿童提问，并给予积极的解释和引导。

**(二)危机干预的实施步骤**

1. 明确危机问题 进行危机干预的第一步是，需从当事人的角度理解和明确所面临的危机是什 么，使用有效的提问技术和积极的倾听技术，设身处地地理解什么样的事件使当事人处于危机当中。 在关注言语信息的同时，也需注意当事人的非言语信息。

2. 确保当事人的安全 是指尽可能将当事人在身体上或心理上，对自己或他人造成危险的可能 性降到最低，这是进行危机干预最重要的内容。

(1)对自杀的干预：如果当事人的自杀风险很高，而且家庭支持系统不良，这时候最紧急的干预 就是要收其住院。如果病人自杀是因为精神疾病的发作，首先考虑药物干预。但如果是失恋等心理 问题，更多的是要给予共情和陪伴。待当事人度过急性期，不再自杀的时候，可建议转入下一步的心 理治疗，处理其内心的丧失感、早年的分离体验等心理问题。

(2)对其他危机的干预：告诉当事人，会有更好的方案来替代目前表现出的冲动性和自我毁灭行 为，并采取适当的措施确保安全。如将遭遇家庭性创伤或暴力的当事人转移到安全场所，让受灾人群 尽可能迅速地撤离灾难现场等。

3. 提供支持支持意味着危机干预人员，更多的像妈妈一样，给予病人理解和陪伴；支持也意味 着在必要的时候，要帮助其寻求法律等援助；支持还意味着要帮助病人寻找其生活中积极资源。危机 干预者以一种无条件、积极关注的态度，通过言语和非言语的行为，让当事人感到危机工作者是真正 关心他、在乎他的人，使当事人相信他的事情就是危机干预者的事情。

4. 诊察可供选择的方案帮助当事人寻找目前可供利用的各种方案，寻求有效的环境支持、应 对机制和积极的思维方式。如对于无家可归的当事人，可建议其联系亲友，或向政府有关部门寻求帮 助，以找到临时的居住场所。

5. 制定计划和当事人商量及讨论，帮助当事人制定出一个切实可行的应急方案，以促使当事 人尽快恢复心理的平衡，顺利度过危机状态。

6. 获取承诺促使当事人对自己做出承诺，保证以实际行动实施所制定的具体方案，并积极行 动，从而度过危机时刻，重新恢复正常。



234 第十三章 心理干预各论

(三)危机干预的主要技术

危机干预是一种急救工作，是预防性的，必须在事件发生的短期内完成，其工作的形式可以是小 组，也可以是个别。危机干预的技术主要包括以下几类。

1. 心理急救技术 心理急救(psychological first aid,PFA)是指对遭受创伤而需要支援的个体提 供人道性质的支持。 PFA 包括以下的主题：在不侵扰的前提下，提供实际的关怀和支持；评估需求和 关注；协助人们满足基本需求；聆听倾诉，但不强迫交谈；安慰求助者，帮助他们感到平静；帮助求助者 获得信息、服务和社会支持；保护求助者免受进一步的伤害。

2. 支持性技术 包括建立相互信任、沟通良好的治疗关系，应用倾听、共情、关注、接纳、鼓励、解 释、保证等干预手段，使当事人感到被理解、关怀和温暖，减少绝望感，缓解当事人的情绪危机，帮助当 事人理性面对危机事件。

3. 稳定化技术 就是通过引导想象练习，帮助当事人在内心世界中构建一个安全的地方，适当 远离令人痛苦的情景，并且寻找内心的积极资源，激发内在的生命力，重新解决和面对当前困难的能 力，促进对未来生活的希望。常用的稳定化技术主要有放松技术、保险箱技术、遥控器技术、内在智者 技术和安全岛技术等5种。

4. 问题解决技术 是指根据当事人的需要及可利用的资源，采用非指导性的、合作性或指导性 的方式，让当事人找到应对危机和挫折的方法，帮助其度过危机，增强其适应力。该技术以改变求助 者的认知为前提，可以采取以下步骤：①会谈：疏泄被压抑的情绪情感；②认识和理解危机发展的过程 及与诱因的关系；③学习问题的解决技巧和应对方式；④帮助求助者建立新的人际交往关系；⑤鼓励 个体积极面对现实、关注社会支持系统的作用。

5. 危机事件应激晤谈技术 对于灾难的危机干预一种最为有效的方式是危机事件应激晤谈 (critical incidence stress debriefing,CISD)。这种疗法主要采取一种结构化的小组讨论的形式，引导灾难 幸存者谈论应激性的危机事件。干预通常在危机发生的1~2天内进行，每次需要大概2~3小时的活动 时间。整个活动分为介绍阶段、事实阶段、感受阶段、症状阶段、辅导阶段及恢复阶段等6个部分。

**6.** **哀伤处理技术** 哀伤是一种涉及心理、行为和躯体感觉的整体感受。哀伤的处理对于求助者 重建心理平衡、恢复自我功能是极其重要的。哀伤处理过程包括接受丧失、经历痛苦、重新适应及重

建关系等4部分。

**三、适应证和评价**

危机干预的适应证有：①个人和群体性灾难的受害者，重大事件目击者，有伤害自身和他人企图 等人群的心理干预；②遭遇财产、职业、躯体、爱情、地位、尊严等的严重丧失等；③对新的环境或状态 的适应障碍；④长期的难以摆脱的人际紧张或严重的持续的人事纠纷等。

危机干预经历了近200年的历史，但是作为一门学科的发展始于20世纪50年代。我国近年也 日益重视危机干预工作，并逐渐开展了多项富有成效的危机干预，但目前还有待于建立快捷高效、集 中有效卫生资源的危机干预管理模式，完善危机干预的制度，加强危机干预人才队伍的培养与建设， 尤为重要的是危机干预要更多地朝向预防为主的方向发展。

(薛云珍)

**第十一节** **其** **他** **疗** **法**

**一、积极心理干预**

**(** **一** **)概况**

积极心理学(positive psychology)是由美国心理学家Seligman和 Csikzentmihaly于2000年创立，积 极心理干预(positive psychological interventions,PPI)是一种以积极心理学为指导的心理疗法，被定义 为有意识地增加正面状态的认知或行为(如积极情绪，对生活的满意度),而不是减少负面状态(如抑



第十三章 心理干预各论 **235**

郁，焦虑)的活动，也就是通过有意向的活动培养积极的态度、积极的行为或积极的认知，以增强幸福 感而改善抑郁症状。简而言之，PPI是通过积极进程促进积极成果的一种心理干预。 PPI 旨在促进幸 福，间接降低精神痛苦的严重性。 PPI 不是简单地告诉人们“积极地”或“快乐地”,而是一种具体的策 略，允许人们通过一些间接的手段来经常提高他们的幸福—— 比如通过寻找自己的优势或参与善意 的行为。

根据这个定义，PPI通常分为七类形式：

1. 品尝式经历 指以目标延长或放大该时刻的故意关注为目标，有意识地享受感官体验(如品 味或触感),保持目前的时刻(活在当下),或者在生活中重播或分享积极的事件。

2. 学习感恩和表达谢意 旨在培养自己对于来源于其他人及生活中积极事物的感激之情。 一 些感激的活动包括通过信件或访问以表达对他人的感激，其他活动如通过记录自己对生命的祝福等 等正性事件。

**3.** **练习善意的行为** 包括故意为他人做好事，无论是花钱还是时间。如花费少量的钱为陌生人 购买咖啡或捐赠慈善机构，又如志愿为非营利组织提供自己的时间做义工。

**4.** **以追求生命意义为导向的活动** 即着重于理解自己的价值观和奋斗目标，在某些情况下，规 划符合自己价值观或者积极追求目标的方式。这个类别可以涉及诸如设定目标的活动，反映一个人 的工作意义，或者反映一个人的整体生活，促进一体化和一致性。

**5.** **建立对未来的希望** 是指通过有意向的乐观活动促使人们培养积极的未来预期。换句话说， 人们被要求想象他们的“最好的未来的自己”,假设一切美好的未来都尽可能的会发生，或者积极预 测人生中的具体事件。

**6.** **识别和运用自己的优点** 是要求人们专注于自己的优势(而不是他们的缺陷)。例如，以优势 为基础的活动将促使人们以新的方式写出自己的优点或者有意识的使用它们。

**7.** **建立对自我和他人的同情心** 旨在通过培养理解感来理解自己和他人。这些活动包括爱心冥 想，宽恕和内省等策略。例如，在慈爱冥想中，个人通过练习冥想技巧培养对自己和他人的积极情绪。

**(** **二** **)** **方** **法**

积极心理干预注重挖掘和培养人的积极力量和积极品质，常用的方法包括：建立积极的关系、设 立积极的目标、强化积极的经验、见诸积极的行动、探索改变的意义等等。 Seligman 的积极心理治疗 总时长为6周，以小组形式或是以个体形式两种模式实施。在两种模式中，遵循 PPI 指导的协调人员 每周向参与者介绍一项新活动。然后，参与者被要求将每项活动作为家庭作业执行，并在接下来的一 周进行汇报

本节以为轻度至中度抑郁症设计的小组PPI方案为例介绍PPI 的众多干预方法中的一种。每周都 遵循类似的形式： 一周内推出具体的活动，参与者在此周内按要求练习该项活动，并在下周进行汇报。 参与者在某一周活动中遇到的任何问题都会在下一次活动开始时得到讨论和解决。具体内容如下：

第一周：识别和发挥自己的长处。

参与者在24个性格优点中找到哪5个能够代表他们。这一周之内的每一天他们都要以一种新 的方式使用这些优点中的一个，并记录他们是如何做到的。

第二周：记录三件愉快的事件。

该周的每晚，参与者写下三件发生在当天的愉快事件。在每个事件旁边，他们都要回答这个问 题：“为什么这件事情会发生?”

第三周：写感谢信。

参与者写出一封信，详细说明他们对生活中重要的但从未得到过恰当感谢的人的感激之情。然 后他们要将这封信读给对方，最好是以面对面的方式，并反思这次经历。

第四周：有意识地品尝。

参与者学习品味感官体验的技巧。然后要求他们一周中每天进行两到三次的练习。

第五周：积极、有建设性地回应。

236



第十三章 心理干预各论

指导参与者在他人与自己分享好消息的时候仔细聆听并练习如何回应，改变自己原本的应对方 式，学会以积极的(也就是可见的、热情的)、具有建设性的(也就是正面的)方式回应。

第六周：总结人生。

参与者想象他们希望传记作家在结束一段漫长而精彩充实的人生结束时如何描述自己。要求参 与者写一篇一到两页的文章，描述自己希望如何定义自己的个性和成就，然后反思他们是否在日常生 活中追求到这些目标。

维持阶段-要求参与者选择一到两个活动，在接下来的几个月内定期进行实践，以此作为维持疗 效的一种方式。活动可以根据需要进行适当调整，以适应个人的生活。

**(三)评价与适应证**

PPI是一种可行性和耐受性较好的心理治疗，病人接受度高，总体疗效明确，但PPI 的个体化差异 很大，人们需要时间来确定哪些治疗方式以及治疗的频率适合自己。动机水平、活动偏好，对于幸福 的信仰以及幸福的基准水平都在不同的程度上影响着PPI在个人应用上的发挥。

此外，有些证据表明，刻意追求幸福可能会带来相反的结果。例如，如果人们刻意追求幸福后不 能增加幸福感，那么随之的失望可能会带来更大的沮丧。

文化差异也影响PPI 的效果，尽管全球各地的人们都希望为自己和孩子带来幸福，但证据表明， 不同文化中快乐的意义也有所不同。例如，西方文化中的人们在评估自己的幸福时，倾向于考虑个人 的成就和追求的目标，而东方文化的人更倾向于重视社会关系中的和谐。

在临床领域里，PPI被报道适用于以下疾病：

1. 抑郁症 PPI在临床中最早用于抑郁症的治疗，关于PPI的随机双盲对照研究有许多。大多 数研究报道，PPI能小至中等程度的减轻抑郁症状，有项发表于2009年的荟萃分析报道PPI帮助在基 线抑郁症状较多的被试中呈现出更高的总体改善程度。

2. 精神分裂症 精神分裂症病人与各种严重症状斗争，如幻觉和妄想，以及社会功能、认知功能 的减退，快感的缺失等。传统的心理治疗中，精神分裂症的治疗通常被设计为改善负面症状，PPI直 接针对治疗的临床意义和远期康复目标等正面变量，不仅帮助病人建立信心，也有助于通过帮助病人 建立与他人和活动有意义的联系来减少复发。此外，通过使用PPI可以开发有意义的应对策略，建立 积极的情绪，更好的管理症状。

3. 戒烟 通过使用PPI来聚焦于积极的情绪有助于增加戒烟的成功率。特别在戒烟开始了一 段时间难以坚持准备放弃时，负性情绪容易削弱坚持下去的决心。戒烟者在试图戒烟前2周开始记 录三件愉快的事件，写感恩信，有意识地品味等措施有助于把戒烟坚持下去。

此外，PPI适用于情感障碍(特别是伴有自杀观念和自杀行为者)、慢性疼痛等。它有助于病人的 心理康复，并且能有效的稳定消极情绪，减少自杀意念，缓解慢性疼痛症状等。

**二、人际心理治疗**

**(** **一** **)概况**

人际心理治疗(interpersonal psychotherapy,IPT)是一种短期的，可操作性的心理治疗，旨在减轻病 人心理上的痛苦并改善病人的人际交往。 IPT 专注于人际关系，通过引起人际关系变化和帮助症状 康复等手段，以帮助病人改善人际关系，并帮助病人更加清楚自身需要怎样的情感和实际支持。此 外，IPT还帮助病人改善他们的社会支持，以便更好地管理他们目前的人际关系。 IPT 最初是在针对 抑郁症治疗的研究背景下开发的，并于20世纪70年代由美国哈佛大学医学院精神医学教授Klerman GL 等人编纂成册。从IPT 问世起，随着临床经验和支持IPT 的经验证据的积累，其使用范围已扩大 到不仅包括对精神疾病诊断和统计手册中描述的各种指定的诊断的病人的治疗，也用于治疗呈现各 种人际关系问题的病人和具有广泛概念化心理“痛苦”的病人。 IPT 理论不是静态或固定的，而是通 过不断进行的临床经验和研究结果继续修改和不断地发展。 IPT 的改进和灵活的结构促进了其在一 般临床环境中的传播和利用，超越了IPT 以前在学术研究环境中随机治疗试验中的单一用途。此外，



第十三章 心理干预各论 **237**

这种灵活的结构允许和鼓励治疗师根据临床判断提供IPT,增加了IPT 的有效性，应用于更多样化的 病人人群。

**(二)方法**

IPT最初是针对抗抑郁治疗而设计，治疗时间与药物治疗相对应，对急性期的治疗通常为每周 1~2次(每次50~60分钟)的门诊治疗，共持续12～20周；维持治疗每月一次，可持续几年。其治疗 目标是针对病人的核心症状，即情绪障碍，而非改变性格。 IPT 与其他心理治疗方法不完全一样，它 不强调病因学以及因果的关系，如假设不幸的社会事件引起抑郁，并不关注引起抑郁的社会事件，而 是让病人学会把情绪与人际交往联系起来，通过适当地调整和改善人际关系来减轻抑郁。

IPT一般被分成三个阶段，在治疗的不同阶段中治疗者会采取不同的方法。第一阶段包括评估 诊断和建立治疗关系，来访者被赋予病人的角色，使用相关的量表、问卷来了解病人的病情、生活事 件、人际关系等情况，治疗者需要对疑似与症状相关的事件和人际关系进行澄清。中期阶段是治疗的 核心阶段，治疗师围绕病人的主要人际问题展开工作，常见的人际问题包括：悲伤反应、人际角色困 扰、角色转换、人际缺陷。对于不同的人际问题，治疗师的任务也不尽相同。悲伤反应是丧失至亲之 人的反应，治疗师需抚平病人的悲伤和帮助其发展新的活动与关系。人际角色困扰是，如与配偶、其 他家庭成员、同事以及亲朋好友间存在多种人际困扰，治疗师需协助病人全面分析这些人际关系及其 中的本质和处理方案。角色转换指社会角色、人际角色发生了变化，治疗师的任务是协助病人应对改 变，通过启发帮助病人觉察新角色的优缺点来使其接受新的角色。人际缺陷指病人缺乏社交技能，在 人际关系上缺乏，很可能源于人格方面的缺陷，治疗者需关注病人可改变的方面，帮助病人建立新的 人际关系和行为模式，避免单调的角色和与社会隔绝。最后阶段的重点是巩固疗效，提高病人的自信 心和独立性，使病人发展出掌控自己人际关系的能力。

在整个IPT过程中，治疗师必须完成五个基本任务：

(1)治疗师必须建立强大的治疗联盟，创造一个具有高度融入和归属感的治疗环境。

(2)治疗师必须确定病人有哪些适应不良的沟通，通过识别病人在治疗之外的人际领域和治疗 关系中发生的不良人际沟通模式来帮助病人理解什么是合适的沟通方式。

(3)治疗师必须帮助病人了解自己的适应不良的沟通方式是什么风格，治疗师需要了解病人沟 通的方式，病人对沟通的回应，以及病人的沟通方式如何延续。此外，治疗师必须协助病人了解她的 沟通是无效的——即没有达到满足病人沟通需求的目标。

(4)治疗师必须帮助病人修改沟通方式并实践这些变化，通过发展和实践新的行为方式来帮助 病人改变原有的沟通。

(5)治疗师必须协助病人建立更好的社会支持网络，学会利用当前可获得的社会支持，社会环境 与病人处理人际危机的能力密切相关，支持越多，病人越有可能接触人际危机并有机会解决这些危

机。因此，治疗师的任务是鼓励病人识别现有和潜在的支持来源，并尝试建设性地利用它们。

IPT治疗师通过以上5个任务用于帮助病人改善人际沟通，解决人际关系问题并更充分地发展和 利用自身的社会支持系统。

(三)适应证和评价

1. 情绪障碍 IPT用于治疗重性抑郁障碍(major depressive disorder,MDD)的疗效已在诸如美国 国家心理健康研究所(national institute of mental health,NIMH)抑郁治疗的合作研究计划等具有里程 碑意义的研究中证实并得到进一步肯定，其中几项研究中报道IPT 与药物丙咪嗪在疗效上有统计学 的相似性。其他试验已经发现IPT在治疗抑郁症病人、围产期妇女、青少年抑郁症和老年抑郁症病人 中有效。也有临床试验显示在复发性抑郁症维持三年治疗中接受每月一次的IPT带来的益处。

临床试验报道IPT 适用于恶劣心境的治疗，并作为双相情感障碍药物的辅助治疗。 Frank将 IPT 移植到行为社会节律疗法中，从而产生了双相情感障碍的人际社会节律疗法。该治疗旨在稳定昼夜 活动，特别是帮助控制睡眠模式，从而避免躁狂发作。

2. 非情绪障碍 IPT 治疗情绪障碍的成功使心理治疗师尝试将IPT 用于非情绪障碍的治疗。除

**238**

艺记

第十三章 心理干预各论

有两项临床试验报道IPT 无益于药物滥用的治疗外，各种临床研究显示IPT作为社交恐惧症、创伤后 应激障碍以及具有明显的人际成分的焦虑症和饮食失调、临界人格障碍、原发性失眠的辅助治疗都有 进一步发展的可能。

**三、艺术疗法**

**(** **一** **)概况**

艺术疗法(art psychotherapy)是以多种艺术形式(包括绘画、音乐、舞蹈、心理剧等)为媒介进行心 理咨询与治疗的方法。这些疗法因其实践过程中是通过各种活动而较少用语言来进行的，从而具有 传统心理治疗所没有的优势和效果。艺术疗法可以反映出个人的人格发展、人格特质和潜意识，因此 在治疗的过程和方式中，联想或想象变得非常重要。由来访者以艺术活动来表达自己的内心世界，比 用语言表达更为灵活、生动并具有丰富的内心体验。

英国艺术治疗师协会将艺术疗法定义为：使用艺术媒体作为主要交流方式的心理治疗形式。通 常由合格的，注册艺术治疗师，与儿童、青少年、成人和老人一起工作。来访者接受艺术不需要有任何 以往的艺术经验或专业知识。

美国艺术治疗协会将艺术疗法定义为：在专业关系中，经历疾病、创伤或生活中的挑战的人以及 寻求个人发展的人可通过艺术活动的体验疗愈心理的疾患。通过创造艺术，体验艺术产品的创作流 程，人们可以提高对自我和对其他人的认识，提高应对症状、压力和创伤经历的能力，增强认知能力以 及享受制作艺术的生命乐趣。

总之，艺术治疗是利用艺术创作过程来改善和增强所有年龄段个人的身心健康，建立在艺术自我 表达的创作过程的基础上，帮助人们解决冲突和问题，发展人际关系技巧，管理行为，减轻压力，增加 自尊和自我意识，增强接受治疗者的洞察力。

**(二)方法**

艺术疗法可以在各种不同的设置中进行，艺术治疗师可以根据治疗的需要，改变艺术疗法的目标 和艺术疗法的方式。

艺术疗法可能集中在创作艺术作品过程本身，或者通过分析病人和治疗师互动获得的表达来探 索病人的内在心理活动。精神分析方法是艺术心理治疗的最早形式之一。这种方法通过治疗师和创 作艺术的病人之间的交流，由治疗师解释病人在创作过程中的象征性的自我表达，并最终引出病人自 我的解释。

艺术治疗的方法多种多样，任何类型的视觉艺术和艺术媒介可以在治疗过程中使用，包括绘画、 雕刻、摄影和数字艺术等。除了这些经常使用的艺术形式外，还有大量其他方法，如以人为中心、认 知、行为、格式塔、叙事、阿德勒、家庭(系统)疗法等，各种治疗流派都可以引入艺术治疗的形式。艺 术治疗原则包含多种疗愈因素，如让来访者体验某些人文思想，焕发自身的创造力，调节内在的情感 冲突，促进自我意识和个人潜能的成长。

常见的艺术疗法包括绘画疗法、音乐疗法、舞蹈疗法、心理剧疗法等。

绘画疗法是以绘画为中介，基于投射、表达、象征、升华、外化等原理的非语言性心理治疗，来访者 通过绘画呈现其人格与潜意识中压抑的内容，并在绘画的过程中达到宣泄、改善情绪、修复创伤和人 格整合等效果。

前美国音乐治疗协会主席Bruscia K将音乐疗法定义为：“一个系统的干预过程，在这个过程中，音 乐治疗师利用音乐体验的各种形式，以及在治疗过程中发展起来的，作为治疗的动力的治疗关系来帮助 来访者达到健康的目的。”主要形式包括接受式音乐疗法、再创造式音乐疗法、即兴演奏式音乐疗法。

美国舞蹈治疗协会(ADTA) 对舞蹈疗法定义为：“一种运用舞蹈或动作过程以促进个体情绪、身 体、认知和社会整合的心理疗法。”舞蹈疗法运用肢体动作这种非言语的象征方式来表达出潜意识中 的内容，对动作的分析使来访者察觉自身的潜在问题，对意识过程产生新的理解，帮助个体建立心身 连接和正常行为操作功能，以解决其心理问题。



第十三章 心理干预各论 **239**

心理剧疗法创始于奥地利精神科医师Moreno JL,这是一种以戏剧的形式，诱发来访者的自发行为， 以直接观察其人格、心理冲突、人际互动模式中的问题，通过表演来宣泄的情绪来解决心理问题的方法。

**(三)评价和适应证**

艺术疗法不同于传统的心理治疗，来访者多通过非言语形式的交流表达自己的情感与内心。常 用于以下疾患：

**1.** **儿童创伤** 与传统的心理治疗相比，艺术疗法可以帮助儿童青少年更加信任他们的治疗师， 更加开放地表达儿童的内心世界。对儿童青少年而言，用图片或绘画来表达自己的感觉比言语表达 更舒适和放松。虽然有报道，艺术疗法并不能减少儿童创伤后应激障碍的症状，但接受了艺术治疗干 预的儿童，其急性应激障碍症状有所减少。

**2.** **癌** **症** 艺术治疗有助于病人专注于积极的生活经验，减轻病人对癌症的关注。通过向病人提 供展示连续性的挑战和通过艺术创作获得成就的机会，增强自我价值和自我认同，增加病人的生命质 量和积极体验。

**3.** **诵读困难** 艺术疗法通过非言语交流的方式为诵读困难的孩子提供了新的表达方式，有研究 认为诵读困难的孩子本身具备较高的视空间能力，艺术疗法有助于帮助此类孩子最大限度地运用这 些能力。

此外，有研究报道将艺术疗法试用于注意力不集中、痴呆、孤独症和精神分裂症病人，也取得了一 定的疗效。

( 曾 勇)

**第十二节** **临床心理会诊服务**

**一、概况**

( 一)定义和背景

“临床心理会诊”(clinical psychological consultation)一方面指各科医师要随时注意观察和评估病 人的心理状况，自然地使用相关技巧把心理服务融入医患沟通、医患关系及本专科的日常诊疗流程之 中。同时，当病人存在的心理问题较严重、复杂，自己不能解决时，则应邀请精神科医师、心理治疗师 等来会诊，进行心理评估和处理。有些条件较好的医院还常规地向某些心理卫生需求服务较多的科 室部门，如心血管病科、神经内科、消化内科、ICU、麻醉-疼痛科、老年医学科等，派驻精神科医师、临床 心理师，与这些科室的医护常规地合作开展临床工作。

心身医学(psychosomatic medicine)是临床心理会诊服务的主要理论技术基础，作为一种临床服务 模式的心身医学起源于20世纪前半叶的德国和美国，经过80多年的发展，现在既与医学心理学高度 重叠，又是精神医学的一个临床分支，成为联接心理-行为科学与精神病学、躯体医学的重要桥梁。

随着社会发展、医学进步，我国对心理健康促进及精神障碍的预防、治疗、康复日渐重视，并通过 立法来保障和规范精神卫生工作。于2013年5月1日起实施的《中华人民共和国精神卫生法》,要求 医务人员对就诊者进行心理健康指导，及时发现、转诊患有精神障碍的就诊者；要求从事精神障碍诊 断、治疗的专科机构配备从事心理治疗的人员；要求综合性医疗机构应当开设精神科门诊或者心理治 疗门诊，提高精神障碍预防、诊断、治疗能力。

我国的精神卫生机构有两大类， 一类是精神专科医疗机构， 一类是设有精神科的综合性医疗机 构。综合医院一般开设精神科或以精神科名目下的二级专科名称——如“心理咨询科”、“临床心理 科”或“心身医学科”一命名的科室，这些科室主要的工作方式之一，就是实践心身医学和“生物-心理- 社会”医学模式，为所有临床部门提供临床心理会诊服务。

近20年来，社会对各种躯体疾病人群心理健康问题的关注越来越多，我国的心身医学也得到了 长足发展：涉及综合医院焦虑、抑郁的评估和诊治、应激的评估和生理机制、心身疾病的危险因素和发 病机制等相关领域的研究日益增多；培训方面，在过去的10余年中，旨在提高医患沟通技巧、培养医

**240** 第十三章 心理干预各论

务人员心身医学概念和整体思维的巴林特小组(Balint group)已在全国多家医院开展了培训及科研合 作；与德国、美国等心身医学实践较先进国家的交流和合作也日益紧密和频繁。

**(二)临床心理会诊服务对临床和管理的意义**

临床上躯体疾病/症状和心理问题共病的现象非常普遍，多种躯体疾病伴发焦虑/抑郁情绪的比 例都较高，如高血压约30%、冠心病40%、卒中后33%、帕金森病40%、糖尿病31%、恶性肿瘤42% 等，但这些病人绝大部分求助于神经科、心脏科、消化科等内科、以及中医科，而非精神科或心理科门 诊，易被临床各科室忽视，常常直接或间接地导致医学、法律、经济和伦理问题。例如：心理行为问题 使临床信息复杂化，增加了诊断的难度，导致多余的检查；使治疗复杂化，常在实施躯体治疗方案时出 现非预期的治疗后果；容易出现医患间交流、沟通困难，影响治疗关系和依从性。这些因素导致日均 费用增加，住院时间延长，容易促发医患矛盾。所以，临床心理会诊实际上是一个筛查和处理心理、行 为问题，缓解病人心理痛苦的重要手段，其意义在于：

1. 通过促进病人症状改善，可以减少过度检查和治疗、缩短平均住院日、降低医疗费用、并提高 医疗服务品质。

2. 提高医务人员医患沟通的能力和技巧，改善医患关系，提高病人满意度，降低医患矛盾和医疗 纠纷的风险，可以减轻医务人员心理压力和应激。

3. 向临床各科室传播和演示实践新医学模式的技巧，帮助其他科室医务人员形成诊治病人过程 中的整体思维。

以哈佛大学麻省总医院(Massachusetts General Hospital,MGH)为例，其精神科开设约80年以来， 长期居于国际领先水平。该科仅有住院病床25张，但有执业精神科医师500多名、临床心理学家100 多名。他们的主要临床工作是为精神科门诊病人及各科住院病人服务。在这个平均住院日仅为 4.8～6.0天的医院里，有高达10%～13%的住院病人接受了精神科医师的会诊服务。 MGH 的临床 心理会诊服务为医院在提高医疗质量、缩短住院日、提高医院经济效益等方面做出了贡献。

**二、方法**

(**一)多维观察、诊断与解释：培养临床工作者的整体观和全面看待分析临床问题的能力**

**1.** **由宏观到微观的不同观察视野来认识心身问题**

(1)社会-文化背景：社会文化背景因素对某些疾病有重要的影响。如汽车文化与交通事故，饮 食文化与心血管疾病等。所以，应该注意社会经济地位、宗教、性别及家庭角色、习俗、政策、法律、传 媒等因素对病人当前临床情况的影响。

(2)人际系统： 一个人能从中获取情感支持或资源的“社会支持系统”尤其重要，它通常包括家 庭、社区、工作单位、亲属网络、朋友与伙伴圈子，以及各种社团组织。许多对于疾病过程有影响的积 极或消极因素起源于此，如应激性处境或事件。

(3)个体心理特征与行为：临床上关注的心理特点及相关因素有：①人格特点；②应激性处境、事 件；③应对方式及心理防御机制；④社会支持资源的利用；⑤情绪状态；⑥认知特点。

(4)躯体情况：对于躯体与心理疾患的共病问题，生物医学的检查、诊断必不可少，尤其是神经系 统的检查。

**2.** **对心身医学问题进行系统分析** 以上各种因素的交互作用共同构成了病人的素质基础，在个 体层面形成有倾向性和特定性的心身反应模式，也即对某些障碍的易感性，影响个体对内外变化进行 认知、评价、反应、缓冲和储存，并通过神经-内分泌-免疫中介机制产生躯体后果。临床医师不可只从 自己专科角度出发，仅仅着眼于躯体问题，而是要考虑病人的成长和社会文化背景，在对病人的社会、 心理、生理功能的情况有整体了解之后，制定全面的治疗方案。

**(二)综合治疗策略**

2记 身同治”的原则，其处理措施一般包括：

临床心理会诊以整体思维考察病人的状况，治疗都必然是心理、生理兼顾的综合性治疗，强调“心



第十三章 心理干预各论 **241**

1. 躯体疾病治疗积极治疗躯体原发病是解决心理障碍的前提。临床上需要细致辨别心理因 素对躯体症状的影响，但亦不可走向另外一个极端：如一旦发现心理问题就忽视应有的躯体检查而遗 漏了躯体疾病。

2. 精神药物治疗 在处理躯体疾病的同时，对有指征的病人应该合理使用精神科药物。但由于 躯体方面的合并问题，精神药物容易引起不良反应；而由于其他科医师不熟悉精神药物，不易保证足 量、足疗程，有时又会使用过量或形成药物依赖。所以，临床心理会诊医师应就医嘱与主管医师协商、 交流，动态观察和调整药物使用非常重要。

3. 心理治疗 心理治疗是一种以助人为目的的专业性人际互动过程。通过言语和非言语的方式 影响病人或其他来访者，可引起心理、行为和躯体功能的积极变化，达到治疗疾病、促进康复的目的。

广义的心理治疗，涉及到所有临床专业领域的医务人员与病人之间的交流、互动过程，体现在医 务人员随时随地表现出来的基本素质、专业精神与态度之中。 一些欧洲的教科书使用“心理学治疗” (psychological treatments)或“心理学干预”(psychological interventions)来表示任何一种应用心理学原 理的工作技术；而“心理治疗”(psychotherapy)是指只有经过系统培训后才能掌握、使用的专门心理 治疗。

按照这样的定义，医师在日常工作中，如看门诊、查房、与病人及其家属谈话、病人健康教育与培 训等工作中所体现出语气、躯体语言、态度，随时都在应用心理学原理和技术。然而，如果处理不当 临床上大量的医患关系问题，甚至严重的纠纷、差错、事故，恰恰容易产生于这些日常交往、沟通过程 之中。而临床心理会诊常常可以在这些方面提供有益的帮助。

例如，在门诊咨询、医师谈话方面，如果其他科的非精神科医师认为与病人或其家属沟通不良，经 过耐心听讲、分析、解释仍无改善，已经产生明显困惑、误解甚至冲突，可以考虑请精神科或临床心理 科协助，以便探询并澄清对方的不解、疑惑、犹豫、阻抗等认知性屏障，减轻其恐惧、焦虑、忧郁，甚至不 满、敌对等负性情绪，争取合作。

同样重要的是，在病人健康教育与培训中，在许多慢性疾病的长期治疗和康复计划中，有计划地 促进病人行为、心理上的改变或适应，与躯体治疗同等重要。所以，应该有意识地融合医学、心理学和 教育学原理，邀请精神科医师、心理治疗师参加。例如，高血压病、糖尿病、肿瘤、支气管哮喘、骨质疏 松症等都有比较成熟的健康教育培训课程包。

临床心理会诊人员擅长在传达有关知识、建议、医嘱时，十分注意话语的语用学效果，即病人方对 信息真正理解、采纳的程度。非精神科人员能够从与他们的联合工作中，改进沟通技巧，更加注意使 用适应于病人认知水平、情感状态、价值观、意志力和期待的语言，简明扼要地传达专业信息，让病人 能更好地理解和接纳，从而增强应对疾病的能力。

临床心理会诊中使用的心理治疗技术分为两大类：

(1)解释、支持及建立关系技术：为心理治疗的一般性治愈机制，相对容易掌握。可由临床各科 室医务人员应用于上述日常工作过程中的各种互动，包括医务人员之间、医师与病人及其家属之间， 能够发挥非特异性的心理治疗效果。医务人员针对与当前疾病有关的情绪、认知、行为和人际关系问 题，有意地进行解说、劝导、安慰、鼓励、承诺，使病人增强信心，改变对医疗环境、程序、措施、后果的错 误认知或不良情绪反应，增加对医务人员的信任和依从性。

巴林特小组(Balint group)是非精神/心理科医师学习医患沟通技巧、以及一般性心理支持技术的 有效途径。巴林特小组由匈牙利精神分析学家米歇尔 · 巴林特(Michael Balint)20世纪五、六十年代 创立，是一种以小组讨论的形式对医师进行临床督导的过程。巴林特小组强调“以病人为中心”,倡 导人文关怀，坚持心身合一。在督导过程中注重不断启发医师应用“生物-心理-社会”医学模式的眼 光去理解疾病的发生、发展，并重新思考医患关系及其对自身和病人治疗的影响。通过巴林特小组的 训练可以显著提高医务人员实践心身医学的基本技能，提高医疗服务质量，同时在改善医患关系、以 及降低医务人员心理应激方面也有重要的价值。

(2)促进变化的技术：为心理治疗的特殊治愈机制，是针对特定心理问题(如心理创伤、严重的家

242

笔记

第十三章 心理干预各论

庭人际冲突等)、系统实施的特殊心理治疗形式，需要由接受过专门培训的人员实施。具体技术参见 本章前几节内容。

**4.** **社会网络支持** 病人疾病的改善和稳定需要持续的社会支持。可以提供支持的系统包括：家 庭系统(配偶、父母、同胞、子女等)、同类疾病的交流互助小组(如乳腺癌)、政府和机构(如居民委员 会、单位)等。针对这些病人病情紧密相关的社会系统，临床治疗师可以提供协助性和咨询性的帮助， 如推荐病人加入疾病互助小组、向有关机构报告信息等。

**三、适应证和评价**

国内越来越多的综合医院开始重视临床心理会诊服务工作，其在改善医患关系、预防或消解医患 冲突、保障病人安全、预防病人自杀、缩短住院周期、降低医疗成本、提高医务人员心理素质与能力等 方面，取得非常好的效果。

近2～3年国内的相关研究显示，全国各综合医院临床心理会诊(精神科会诊)服务的需求呈现增 长趋势，涉及临床各科室及各年龄段，有两个高峰段：20～29岁和40～69岁。内科申请会诊服务排在 前几位的科室是心脏内科、神经内科、呼吸内科、消化内科、老年科、内分泌科、儿科及康复科，常见的 问题是躯体形式障碍、焦虑抑郁状态、失眠、以及急性脑病综合征(谵妄)。

一般来说，临床心理会诊服务的适应证包括：

**1.** **心身疾病(也称为生理心理性障碍)** 如原发性高血压病、冠状动脉硬化性心脏病、肠易激 综合征、2型糖尿病、代谢综合征、神经性皮炎、类风湿关节炎、肿瘤等疾病等。这类疾病的特点是，均 有躯体方面器质性的病变，但其发生、发展、转归、结局与心理、社会、文化因素有较密切的关系。在处 理方面，除了治疗躯体疾病外，往往还需临床心理会诊为病人提供心理治疗、以及必要时的精神药物 治疗。

2. 轻性精神障碍包括应激相关障碍、焦虑障碍、躯体形式障碍、心境障碍中的抑郁障碍，以及 睡眠障碍，还有儿童少年情绪及品行障碍等，也是临床心理会诊的主要内容。这类病人一般没有明确 的躯体疾病，但常常因呈现各种躯体不适/症状(但并无器质性改变)而在其他临床科室就诊或住院， 从而由其他科室提起临床心理会诊服务申请。这类病人反复检查却不能发现器质性病变基础，但由 于普通内科的治疗不能缓解症状，常接受过度检查与过度治疗。

《国际疾病分类》第10版( International Classification of Diseases 10th Revision,ICD-10)中定义的躯 体形式障碍也被称为“医学无法解释的躯体症状”(medically unexplained physical symptoms,MUS),在 美国《精神障碍诊断与统计手册》(第5版)(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition,DSM-5)中被新命名为躯体症状障碍(Somatic Symptom Disorder,SSD)。 另外，慢性疲劳综合 征、心脏神经官能症、肠易激综合征等常见疾病被称为“功能性医学综合征”(functional medical syn- drome)。 上述两种情况都是常见的临床会诊服务范畴。

3. 精神障碍共患躯体疾病 精神障碍的病人也可以因发生了躯体疾病而在其他各临床科室就 诊和住院治疗。常见而严重的问题如：意识障碍背景下出现的谵妄、严重抑郁所致自伤和自杀、慢性 精神障碍和神经性厌食的营养不良等等。在这种情况下临床心理会诊可协助处理病人的精神障碍， 稳定病人的情绪和精神状态，保证对躯体疾病的治疗顺利完成。

4. 处理与生病、求医环境及诊疗流程相关的心理反应 罹患躯体疾病可能带来强烈心理反应， 如急性发作的疾病、外伤、肿瘤等都会迅速引起焦虑、恐慌、茫然，慢性疾病常导致虚弱感、行为退化和 依赖、悲观、绝望。在诊疗过程中，这些反应常受到医院环境、与医院员工间的人际互动、诊疗操作(尤 其是有创技术)、费用负担、家庭负担、工作任务等因素的影响。需要在所有医疗环节加以注意和处 理，通过友好环境、友善沟通，娴熟、安全、有效、经济的诊疗安排和操作，尽量减轻此类反应；必要时提 供抗焦虑、抗抑郁剂，以缓解情绪问题。

**5.** **其他** 如临终关怀、群体性事件的心理干预、协助其他科室处理医患冲突和纠纷等。

(康传媛)



**参考文献**

1. 李心天.医学心理学.北京：人民卫生出版社，1991

2. 赵耕源，黄铎香.医学心理学概论.广州：广东高等教育出版社，1991

3. 钱铭怡.心理咨询与心理治疗.北京：北京大学出版社，1993

4. 龚耀先.医学心理学.2版.北京：人民卫生出版社，1995

5. 徐俊冕.医学心理咨询方法.上海：上海医科大学出版社，1995

6. 张伯源.医学心理学.北京：中国科学技术出版社，1996

7. 岳文浩，赵耕源.现代临床心理学手册.济南：山东科学技术出版社，1996

8. 徐俊冕，季建林.认知心理治疗.贵阳：贵州教育出版社，1999

9. 梁宝勇，王栋.医学心理学.吉林：吉林科学技术出版社，1998

10. 李心天.医学心理学.北京：北京医科大学中国协和医科大学联合出版社，1998

11. 汪向东，王希林，马弘.心理卫生评定量表手册.北京：中国心理卫生杂志，1999 12.Best JB.认知心理学.黄希庭，译.北京：中国轻工业出版社，2000

13. 曾文星，徐静.心理治疗：原则与方法.北京：北京医科大学出版社，2000

14. 徐斌，王效道，刘士林.心身医学.北京：中国科学科技出版社，2000

15.胡佩诚.医学心理学.北京：北京医科大学出版社，2000

16.石林.健康心理学.北京：北京师范大学出版社，2001

17.Judith S.Beck.认知疗法：基础与应用.翟书涛，译.北京：中国轻工业出版社，2001

18. 陈新，严由伟.心理咨询与心理治疗.南京：南京师范大学出版社，2001

19. 吴均林，林大熙，姜乾金.医学心理学教程.北京：高等教育出版社，2001

20. 姜乾金.医学心理.3版，北京：人民卫生出版社，2002

21. 岳文浩，张红静，潘芳.医学心理学.北京：科学出版社，2002

22. 张培信.心身疾病与心身治疗.济南：山东科学技术出版社，2002

23.Jongsma AE,Peterson LM.成人心理治疗方案.傅文青，李茹，译.北京：人民卫生出版社，2003

24.龚耀先.心理评估.北京：高等教育出版社，2003

25. 郑延平，姚树桥，朱熊兆.生物反馈的临床实践.北京：高等教育出版社，2003

26.姜乾金.医学心理学.4版.北京：人民卫生出版社，2004

27.Miltenberger R C.行为矫正一原理与方法.3版.石林，等译.北京：中国轻工业出版社，2004

28. 徐斌，吴爱勤.心理生理障碍—心身疾病.北京：中国医药科技出版社，2005

29.李心天，岳文浩，顾瑜琦.当代中国医学心理学.北京：科学出版社，2005

30. 姜乾金.医学心理学.北京：人民卫生出版社，2006

31. 姜乾金.医学心理学一临床心理问题指南.北京：人民卫生出版社，2006

32. 姜乾金.心身医学.北京：人民卫生出版社，2007

33.Weiner IB.心理治疗的法则.周博林，李悦，等，译.成都：四川人民出版社，2007

34. 姚树桥，孙学礼.医学心理学.5版.北京：人民卫生出版社，2008

35.刘新民.变态心理学.北京：人民卫生出版社，2008

36. 沈渔郫.精神病学.5版.北京：人民卫生出版社，2009

37.Gelder M,Harrison P,Cowen P.牛津精神病学教科书.刘协和，李涛，译.5版.成都，四川大学出版社，2010 38.严由伟.心理咨询与治疗流派体系.北京：人民卫生出版社，2011

39.Ronald D.Siegel.正念之道：每天解脱一点点.李迎潮，李孟潮，译.北京：中国轻工业出版社，2011

40. 泰勒(美).健康心理学，7版.朱熊兆，唐秋萍，蚁金瑶，译.北京：中国人民大学出版社，2012

41. 姚树桥，杨彦春.医学心理学.6版.北京：人民卫生出版社，2013

42.钱明.健康心理学.2版.北京：人民卫生出版社.2013

244 参 考 文 献

43. 姚树桥.心理评估.2版.北京：人民卫生出版社，2013

44. 理查德 ·格里格，菲利普 ·津巴多.心理学与生活.王垒，王姓，译.北京：人民邮电出版社，2013

45. 黄希庭，郑涌.心理学导论.3版.北京：人民教育出版社，2015

46.Judith SB.认知疗法：基础与应用.张怡，译.2版.北京：中国轻工业出版社，2015

47.Vingoe FJ.Clinical Psychology and Medicine.Oxford:Oxford Univ Press,1981

48.Norton JC.Introduction to Medical Psychology.NY:Free Press,1982

49.Kent G.Psychology and Medicine Care.Beilliere:Tidull,1986

50.Worlberg LR.The Technique of Psychotherapy.4th ed.Orlando:Grune and Strattion,1988

51.Frank JD.A comparative Study of Psychotherapy. The Johns Hopkins University Press,1991

52.Mc Manus C.Psychology in Medicine.Eng:Butterworths,1992

53.Phares EJ.Clinical Psychology,4th ed. California:Brooks/Cole Pubishing Co,1992

54.Nichols KA.Psychological care in physical illness.2nd ed. Chapman & Hall,1993

55.Livneh H.Psychological Adaptation to Chronic Illness and Disability. Maryland:An Aspen Publication,1997 56.Tulsky D.WAIS-Ⅲ and WMS-Ⅲ:Technical manual.San Antonio:The Psychological Corporation,1997

57. Bernstein DA,Borkovec TD,Stevens HH.New directions in progression training:a guidebook for helping professionals. West- port,CT:Greenwood Publishing Group,2000

58.Ogden J.Health Psychology.3rd.Berkshire:Open University Press,2005



**中英文名词对照索引**

16项人格因素问卷 16 personality factor questionnaire,

16PF 87

90项症状自评量表 symptom check list 90,SCL-90 90 A 型行为模式 type A behavior pattern,TABP 124

T 小组或训练小组 T group 226

A

埃里克森 Erikson EH,1902—1982 43

艾森克人格问卷 Eysenck personality questionnaire,EPQ

86

暗示疗法 suggestion therapy 218

B

巴林特小组 Balint group 240

保持 retention 19

保护因素 protective factor 188

悖论(反常)干预 paradoxical intervention 224

被确认病人 identified patient 222

本我 id 57

辩证行为疗法 dialectical behavioral therapy,DBT 230

标准分 standard score 79

表情 emotional expression 25

表象 representation 21

病感 illness 158

病例对照设计 case-control design 9

病人角色 patient role 159

C

测量 measure 77

测量误差 error 78

测验 test 77

差异性提问 difference-making questioning 223

禅 zen 228

常规思维 normative thinking 20

常模 norm 79

超我 superego 57

重构 reconstruct 221

闯入 intrusive 109

成长性需要 growth needs 67

承诺的行动 committed action 230

澄清价值观 value 230

冲击疗法 flooding therapy 204

抽象思维 abstract thinking 20

抽样研究 sampling study 9

初级评价 primary appraisal 101

创 伤 后 应 激 障 碍 posttraumatic stress disorder,PTSD

100,112

创造性思维 creative thinking 20

此时此刻 being present 230

次级评价 secondary appraisal 101

刺激模型 stimulus-based model of stress 97

催眠疗法 hypnosis therapy 219

存在性危机 existential crisis 232

挫折 frustration 32

D

单、双日作业 homework for odd-numbered and even-num- bered days 224

道德感 moral feeling 24

敌对 hostility 110

第三势力 third force 67

动机 motivation 32

动作思维 motoric thinking 20

度人之心 mind reading 208

锻炼 physical exercise 153

对照组 control group 9

F

发散思维 divergent thinking 20

发展量表 developmental scale 83

发展性危机 developmental crisis 232

反复沉思 rumination 109

反馈圈 feedback loop 221

反向形成 reaction formation 59

反移情 counter transference 198

防御反应 defensive reaction 108

放松疗法 relaxation therapy 202

非此即彼 all-or-nothing thinking 208

**246** 中英文名词对照索引

肥胖 obesity 154

分离焦虑 dissociative anxiety 47

愤怒 anger 108

封闭性提问 closed question 195

否认 denial 59

负性情绪 negative emotion 123

负性生活事件 negative events 100

负性自动思维 negative automatic thoughts 208

G

改释 reframing 223

概念化的自我 conceptualized self 231

感觉 sensation 14

肛门期 anal stage 58

格式塔小组 gestalt group 226

个案研究 case study 9

个性 individuality 28

个性化 personalization 208

更年期综合征 perimenopausal syndrome 53

功能失调性假设 underlying dysfunctional assumptions

208

攻击 attack 110

共情 empathy 215

“共同参与型”模式 mutual-participation mode 176

共同性 universality 226

沟通 communication 178

鼓励 encouragement 195

观察法 observation method 75

管状视力 tunnel vision 209

H

汉密尔顿抑郁量表 Hamilton Depression Scale,HAMD

95

合理化 rationalization 59

横断研究 cross sectional study 8

护理心理学 nursing psychology 4

华生 Watson JB 43

环境 environment 40

环境性危机 environmental crisis 232

患者角色 sick role 173

回避 avoidance 109

回顾性研究 retrospective study 8

会谈法 interview method 76

J

机体内平衡 homeostasis 72

积极的心理健康 positive mental health 188

积极赋义 positive connotation 223

积极关注的需要 need of positive regard 69

积极心理干预 positive psychological interventions,PPI

234

积极心理学 positive psychology 234

积极应对反应 active coping reaction 108

基因 genes 39

激情 intense emotion 24

急性应激障碍 acute stress disorder,ASD 111 记秘密红账 keeping merit-accounts 224

记忆 memory 18

寄养儿童 adoptive children 40

家谱图 family diagram 222

家庭雕塑 family sculpture 224

家庭治疗 family therapy 220

家庭作业 homework assignment 224

价值条件 conditions of worth 69

假设提问 hypothetical questioning 223

建构主义 constructivism 221

健康促进 health promotion 188

健康危险行为 risk behavior 144

健康心理学 health psychology 4

健康信念 health belief 145

健康信念模型 health belief model 146

健康行为 health behavior 144

渐进性放松疗法 progressive relaxation therapy 202

交互作用分析 transactional analysis 185

焦虑 anxiety 108,138

焦虑障碍 anxiety disorder 138

焦虑自评量表 self-rating anxiety scale,SAS 93

角色扮演 role playing 225

角色适应 role adaptation 159

角色适应不良 role maladjustment 159

角色行为冲突 role conflict 160

角色行为减退 role reduction 160

角色行为强化 role intensification 160

角色行为缺如 role scarcity 160

角色行为异常 role disorder 160

接纳 acceptance 230

接纳承诺疗法 Acceptance and Commitment Therapy,ACT

192,230

结构式家庭治疗 Structural Family Therapy 221

解释 interpretation 196

进食障碍 eating disorder 143

经前期情绪障碍 premenstrual mood disorder,PMDD

131

晶体智力 crystallized intelligence 43

中英文名词对照索弓 **247**

精神分析疗法 psychoanalytic therapy 197

精神过滤 mental filter 208

境遇性危机 situational crisis 232

聚合思维 convergent thinking 20

K

开放式提问 open question 195

客观事件 objective events 100

客体关系理论 object-relations theory 60

恐惧 fear 108

控制论 cybernetics 221

口唇期 oral stage 58

快乐原则 principle of pleasure 57

L

来访者中心疗法 Client-centered therapy 214

雷诺病 Raynaud disease 126

雷诺现象 Raynaud phenomenon 126

理想自我 ideal self 68

理性情绪疗法 rational-emotive therapy 206

理智感 rational feeling 24

理智化 intellectualization 59

恋父情结 electra complex 58

恋母情结 oedipus complex 58

两性期 genital stage 58

临床心理会诊 clinical psychological consultation 239

临床心理学 clinical psychology 3

临终关怀 hospice 167

流体智力 fluid intelligence 43

M

马斯洛 Maslow 45

美感 aesthetic feeling 24

梦 dreaming 142

梦的工作 dream work 199

米特尔曼 Mittelman 45

面部表情 facial expression 25

面质 confrontation 196

民族文化 national culture 41

明尼苏达多项人格调查表 Minnesota multiphasic person- ality inventory,MMPI 85

N

能 力 ability 33

P

盘问追根法 downward arrow 212

皮亚杰 Piaget J 43

偏执 paranoia 109

评定量表 rating scale 90

评价 evaluation or appraisal 101

普遍性干预 universal preventive interventions 189

Q

气质 temperament 35

企业员工辅助计划 employees'assistance program,EAP

221

前馈提问 feed-forward questioning 223

前实验设计 pre-experimental designs 9

前意识 preconsciousness 56

前瞻性研究 prospective study 8

潜伏期 latency stage 58

潜意识 unconsciousness 56

潜知觉 subception 69

倾听 attending 195

情感 affection 21

情感反应 reflection of feeling 195

情景化自我 self as context 230

情绪 emotion 21

情绪反应 emotional response 108

情绪关注应对 emotion-focused coping 102

情绪推理 emotional reasoning 208

躯体形式障碍 somatoform disorder 140

躯体言语 body language 196

缺失性需要 deficiency needs 67

群体人格 group personality 41

R

人本主义心理学 humanistic psychology 64,67

人格 personality 28

人格障碍 personality disorder 140

人际沟通 interpersonal communication 23

人际心理治疗 interpersonal psychotherapy,IPT 236

认同 identification 59

认知 cognition 64

认知过程 cognitive process 14

认知疗法 cognitive therapy 64,206

认知评价模型 cognitive appraisal model of stress 97

认知去融合 cognitive defusion 230

认知行为矫正 cognitive behavior modification 206

S

萨提亚家庭治疗模式 Satir Family Therapy Model 221

森田疗法 Morita therapy 216

**248** 中英文名词对照索引

闪回 flashback 109

设置 setting 190,197

社会化 socialization 41

社会环境 social environment 40

社会交换理论 social exchange theory 185

社会角色 social role 158

社会性参照作用 social referencing of emotion 23

社会支持 social support 104

社区心理学 community psychology 189

身段表情 body expression 25

神经心理学 neuropsychology 4

神经性皮炎 neurodermitis 132

神经质 neuroticism 116

升华 sublimation 59

生活变化单位 life change units,LCU 100

生活事件 life event 125

生活事件量表 life event scale,LES 93

生理心理学 physiological psychology 4

生态平衡 ecological balance 40

生物反馈疗法 biological feedback therapy 205

生物-心理-社会医学模式 biopsychosocial medical model

1

生物医学模式 biological medical model 1

识记 memorization 19

实际年龄 chronologicalage,CA 82

实现倾向 actualization tendency 68

实验研究 experimental study 9

实验组 experimental group 9

使不合格或打折扣 disqualifying or discounting the positive

208

适应量表 adaptive behavior scale 83

适应能力商数 adaptive quotient,ADQ 85

释梦 dream analysis 59

释义 paraphrase 195

双生子 twins 40

双重关系 dual relationships 194

睡眠障碍 sleep disorder 142

思维 thinking 20

松弛训练 relaxation training 124

损伤指数 impairment index 90

索引病人 index patient,IP 222

T

谈话疗法 talking cure 190

逃避 escape 109

特质 trait 103

特质焦虑 trait anxiety 108

特质研究 trait-oriented approach 103

贴标签 labeling 208

同卵双生子 monozygotic twins,MZ 40

投射 projection 59

图式 schemas 208

团体心理治疗 group psychotherapy 225

退化 regression 109

退行 regression 59

W

外部刺激 internal sensation 14

外部感觉 external sensation 14

网络成瘾障碍 internet addiction disorder,IAD 151

网络游戏障碍 internet game disorder 151

危机 crisis 232

危机干预 crisis intervention 232

危机事件应激晤谈 critical incidence stress debriefing,

CISD 234

危险因素 risk factor 188

微环境 microenvironment 116

维果斯基 Vygotsky Lev 43

文化 culture 41

问题关注应对 problem-focused coping 102

无条件积极关注 unconditional positive regard 214

无助 helplessness 110

物理环境 physical environment 40

物质滥用 substance abuse 110

X

系统家庭治疗 systemic family therapy 221

系统(式)思维 systemic thinking 221

系统脱敏疗法 systematic desensitization 203

现实的原则 principle of reality 57

相关研究 correlation study 9

相遇技术 encounter techniques 226

想象 imagination 21

想象暴露 imaginary exposure 203

效度 validity 79

协同检验 collaborative empiricism 211

心境 mood 24

心理测验 psychological test 77

心理动力学理论 psychodynamics 60

心理动力学治疗 psychodynamic therapy 197

心理防御机制 defense mechanism 102

心理干预 psychological intervention 187

心理环境 mental environment 40

心理急救 psychological first aid,PFA 234

中英文名词对照索引 **249**

心理健康 mental health 45

心理剧 psychodrama 225,226

心理年龄 mental age,MA 82

心理评估 psychological assessment 3,75

心理社会困境 psychosocial dilemma 44

心理生理疾病 psychophysiological disease 118

心理生理学 psychological physiology 4

心理现象 psychological phenomena 13

心理学干预 psychological interventions 241

心理学治疗 psychological treatments 241

心理应激 psychological stress 96

心理诊断 psychological diagnosis 75

心理治疗 psychotherapy 3,64,190,241

心理咨询 psychological counseling 3,189

心率变异度 heart rate variability,HRV 115

心率和血压 heart rate & blood pressure 115

心身反应 psychosomatic response 107

心身疾病 psychosomatic disease 118

心身医学 psychosomatic medicine 4,239

心身中介机制 mediating mechanism 107

新精神分析 neo-psychoanalysis 60

信度 reliability 79

信任行走 trust walk 226

信息 65

行为疗法 behavior therapy 200

行为塑造法 behavior modeling 205

行为医学 behavioral medicine 4

形象思维 imaginal thinking 20

性格 character 36

性器期 phallic stage 58

性行为 sexual behavior 155

需要 need 30

需要层次理论 hierarchy of needs theory 31,184

叙事治疗 Narrative Therapy 221

酗酒 alcohol abuse 150

选择性预防干预 selective preventive interventions 189

循环提问 circular questioning 223

Y

压抑 repression 58

亚文化 subculture 41

言语表情 language expression 25

厌恶疗法 aversion therapy 204

一般适应综合征 general adaptation syndrome,GAS 72,

96,116

医患关系 doctor-patient relationship 174

医 师 doctor 173

医学心理学 medical psychology 1

医学心理咨询 medical psychological counseling 189

依赖 dependence 109

依恋 attachment 47

移情 transference 198

遗传 heredity 39

遗传易感性 genetic predispositions 115

以偏概全 overgeneralization 208

以人为中心疗法 person centered psychotherapy 68,214

艺术疗法 art psychotherapy 238

异常心理 abnormal psychology 135

异常心理学 abnormal psychology 3

异卵双生子 dizygotic twins,DZ 40

抑郁 depression 108,139

抑郁发作 depressive episode 139

抑郁障碍 depression disorder 139

抑郁自评量表 self-rating depression scale,SDS 92

意识 consciousness 56

意志 will 26

应对 coping 102

应对策略 coping strategies 102

应对风格 coping styles 103

“应该”和“必须”陈述 “should”and“must”statement

209

应激 stress 24,96

应激反应 stress reaction 107

应激反应模型 response-based model of stress 97

应激系统 stress system 106

应激性溃疡 stress ulcer 111

应激易感性 vulnerability of the individual exposed to

stressful stimuli 115

应激源 stressors 99

应急反应 emergency reaction 72,107

有机体的评价过程 organismic valuing process 69

预防性干预 preventive intervention 188

原发性高血压 primary hypertension 123

Z

灾难化 catastrophizing 109,208

再认 recognition 19

再现 reproduction 19

真诚一致 congruence 214

真实验设计 true experimental designs 9

真实自我 real self 68

正念 mindfulness 230

正念减压疗法 Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR

192,228

**250** 中英文名词对照索引

正念认知疗法 mindfulness-based cognitive therapy,MBCT

230

正性生活事件 positive events 100

症状处方 symptom-prescription 224

支气管哮喘 bronchial asthma 129

知觉 perception 16

“指导-合作型”模式 guidance-cooperation mode 175 指导性预防干预 indicated preventive intervention 189 至善原则 principle of perfect 57

智力 intelligence 34

智力测验 intelligence test 81

智力低下 mental retardation,MR 85

智商 intelligence quotient,IQ 34,82

置换 displacement 59

中立 neutrality 222,223

重性抑郁障碍 major depressive disorder,MDD 237 “主动-被动型”模式 active-passive mode 175

主观事件 subjective events 100

主体间心理治疗 Intersubjectivity psychotherapy 192

注意 attention 17

状态焦虑 state anxiety 108

准实验设计 quasi-experimental designs 9

咨询 counseling 189

咨询特质 attributes of counseling 191

咨询心理学 counseling psychology 3,189

自怜 self-pity 110

自然环境 natural environment 40

自体心理学 self psychology 60,192

自我 ego 57,60,68

自我概念 self concept 68

自我实现 self-actualization 68

自我效能 self efficacy 146

自我心理学 ego psychology 60

自由联想 free association 198

纵向研究 longitudinal study 8

阻抗 resistance 198

最大化/最小化 magnification/minimization 208



国家卫生健康委员会“十三五”规划教材

全 国 高 等 学 校 教 材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

1.医用高等数学

2. 医学物理学

3. 基础化学

4.有机化学

5.医学生物学

6. 系统解剖学

7. 局部解剖学

8.组织学与胚胎学

9.生物化学与分子生物学

10.生理学

11.医学微生物学 12.人体寄生虫学 13.医学免疫学 14.病理学

15.病理生理学

16.药理学

17.医学心理学

18.法医学

19.诊断学

20.医学影像学

21.内科学

22、外科学

23、们产科学

24℃儿科学

25,神经按学

精神户学，

27.传 染 病

第7版

第9版

第 9 版

第9版

第9版

第 9 版

第9版

第9版

第 9 版

第9版

第9版

第9版

第7版

第9版

第 9 版

第 9 片



第9以

第 9 日

第 9 反

第9版

第9版

第 9 版

第 8 版

第8版

第 9 版

28.眼科学 第9版

29.耳鼻咽喉头颈外科学 第 9 版

30.口腔科学 第 9 版

31.皮肤性病学 第 9 版

32.核医学 第 9 版

33.流行病学 第 9 版

34.卫生学 第 9 版

35.预防医学 第7版

36.中医学 第 9 版

37.医学计算机应用 第6版

38.体育 . 6版

39.医学细胞生物学 第 6 版

40.医学遗传学 第 7 版

41.临床药理 第 6 版

 第 7 版

43.区 大 理 学 第 5 版

临流行病学与循证医学 第5版

45.康复医学 第6版

46.医学文献检索与论文写作第5版

47.卫生法 第 5 版

48.医学导论 第 5 版

49. 全科医学概论 第5版

50.麻醉学 第 4 版

51.急诊与灾难医学 第 3 版

52.医患沟通 第 2 版

53.肿瘤学概论 第 2 版

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **扫描圆标二维码或登录jh.ipmph.com享受增值服务** | | | |
| 策划编辑潘丽  责任编辑潘丽崔曼曼  数字编辑徐建美  整体设计郭淼单斯  郑阳 | **人卫智网**  **www.ipmph.com**  医学教育、学术、考试、健康， 购书智慧智能综合服务平台 | 关注人卫健康  提升健康素养 | ISBN 978-7-117-26662-8  17871171126662811> 定价：46.00元 |
| **人卫官网**  **www.pmph.com**  人卫官方资讯发布平台 |