

唐晶 (杭州大学心理学系) 博士 沙冰 (中国社会科学院心理所) 博士 策划
林泳海 (北京师范大学心理系) 博士 倪健 (澳大利亚悉尼大学心理系) 博士

21世纪
家庭版

心理门诊

X I N L I M E N Z H E N

200例各类心理病案详情分析

心理医学实用大全/居家医、疗、养必备

四十多类上百种心理疾病的治疗方法

天津人民出版社
TIANJINRENMINCHUBANSHE

吕武平/金善国/唐晶/沙冰/林泳海/董晓兰/凌云/编著

主要参考书目

- 阿德勒著，黄光国译：《自卑与超越》，作家出版社，1986年
- 阿尔伯特·埃利斯著，李长安译：《战胜惰性》，学苑出版社，1988年
- 阿瑟·克罗普利著，沈金荣等译：《终身教育》，职工教育出版社，1990年
- 艾米·哈里斯等著，程元善等译《保持自信》，文化艺术出版社，1989年
- 蔼理士著，潘光旦译：《性心理学》，三联书店，1987年
- 安藤公平：《心理检查の理论与实际》，骏河台出版社（日本），1981年
- 柏桦编著，《EQ·情商》，中国文史出版社，1997年
- 布尔著，王新德译：《医疗催眠术》，人民卫生出版社，1956年
- 布鲁克著，许又新等译：《如何学习心理治疗》，北京医科大学精神卫生研究所，1990年
- 布鲁诺著，王晶译：《通向心理健康的七条路》，上海文化出版社，1988年
- 车文博主编：《心理治疗指南》，吉林人民出版社，1990年
- 陈家麟、赵平歌编著：《中学生心理咨询》，教育科学出版社，1992年
- 陈永胜主编：《小学生心理咨询》，山东教育出版社，1994年
- 陈仲庚等编著：《心理治疗与咨询》，辽宁人民出版社，1989年
- 陈仲庚、张雨新编著：《人格心理学》，辽宁人民出版社，1986年
- 春山茂雄著，魏珠恩译：《脑内革命》，创意力文化事业公司（台湾），1996年
- 大原健士郎著：《心の健康法》，太阳出版株式会社，昭和50年
- 戴埃著，杨立军等译：《无限度的人》，浙江人民出版社，1989年
- 戴维·伯恩斯著，吴颂先等译：《感觉良好》，学苑出版社，1988年
- 丹尼什著，陈一筠译：《精神心理学》，社会科学文献出版社，1996年
- 董奇编著：《心理教育研究方法》，广东教育出版社，1992年
- 董奇主编：《开发人生—心理发展学》，山东教育出版社，1996年
- 董奇、周勇等编著：《自我监控与智力》，浙江人民出版社，1996年
- 多湖辉著，林小利译：《读心术》，中国青年出版社，1997年
- 多湖辉著，刘秋岳译：《奇妙的自我心理暗示》，世界图书出版公司，1991年
- 番场一雄著，阎海译：《亿万人瑜伽》，人民体育出版社，1994年
- 樊富珉主编：《大学生心理咨询案例集》，清华大学出版社，1993年
- 范肖冬等译：《ICD—10 精神与行为障碍分类》，人民卫生出版社，1993年
- 方迪著，尚衡译：《微精神分析学》，三联书店，1993年
- 冯志颖、刘建勋编著：《精神与心理障碍》，天津科技翻译出版公司，1992年
- 弗恩著，傅鉴译：《精神分析学的过去与现在》，学林出版社，1988年
- 弗洛伊德著：《精神分析引论》，商务印书馆，1984年

- 高玉祥等编著：《人际交往心理学》，中国社会科学出版社，1990年
- 葛道、陆琳编著：《自我心理平衡术》，中国社会科学出版社，1997年
- 戈尔曼著，张美惠译：《EQ》，时报文化出版公司（台湾），1996年
- 国分康孝著，王江等译：《婚姻心理》，世界知识出版社，1987年
- 哈伯德著，于晓等译：《戴尼提：自我心理调节技术》，三联书店，1989年
- 海云明主编：《情感智商》，中国城市出版社，1997年
- 何成银主编：《大学生心理咨询与治疗》，四川教育出版社，1992年
- 何诺德著，谢光进译：《儿童游戏》，社会科学文献出版社，1989年
- 亨德里克斯著，伊万等译：《爱可遇亦可求》，中国妇女出版社，1991年
- 胡旋主编：《卡耐基成功之道全书》，沈阳出版社，1995年
- 华鲁士著，郑慧玲译：《家庭沟通》，社会科学文献出版社，1989年
- 霍妮著，王虹川译：《我们内心的冲突》，贵州人民出版社，1991年
- 吉尼斯著，张燕云译：《心灵学》，辽宁人民出版社，1988年
- 加藤隆胜著，芜蓼译：《女中学生心理学》，中国青年出版社，1989年
- 焦书兰等译：《国际心理学科学》，北京科学技术出版社，1994年
- 杰肯斯著，李美格等译：《人类人性的一面》，文津出版社，1990年
- 卡耐基著，丹宁译：《处理人际关系的艺术》，北京出版社，1988年
- 卡耐基著，刘源编译：《语言的艺术》，中国文联出版公司，1987年
- 李丹主编：《儿童发展心理学》，华东师范大学出版社，1987年
- 李军、徐君编译：《少女·妻子·母亲·女人》，吉林人民出版社，1990年
- 李树荫著：《成功心理》，知识出版社，1995年
- 李树珍、李镜流编著：《心理诊断指要》，黑龙江教育出版社，1989年
- 李伟民、吴少宪等编著：《男性心理学》，知识出版社，1990年
- 李小融、钟杨编著：《实用商业心理学》，中国商业出版社，1987年
- 李心天主编：《医学心理学》，人民卫生出版社，1991年
- 廖素菊著：《心理卫生与保健》，水牛出版社（台湾），1987年
- 林孟平著：《辅导与心理治疗》，香港商务印书馆，1988年
- 凌文轻、滨治世编著：《心理测验法》，科学出版社，1988年
- 凌云、麦吉编著：《情商：唤醒心中的巨人》，企业管理出版社，1997年
- 刘苇编著：《心理测试集锦》，广西民族出版社，1990年
- 刘翔平著：《学校心理学》，世界图书出版公司，1996年
- 鲁龙光著：《疏导心理疗法》，上海科学技术出版社，1989年
- 罗恩·哈伯德著：《戴尼提》，三联书店，1988年
- 马丁等著，林殷沪等译：《行为矫正》，科学出版社，1991年
- 马尔兹著，晏樵译：《你的潜能》，工人出版社，1987年
- 马建青著：《辅导人生—心理咨询学》，山东教育出版社，1992年
- 马斯洛等著，林方编译：《人的潜能与价值》，华夏出版社，1987年
- 迈耶、萨门著，丁煌译：《变态心理学》，辽宁人民出版社，1983年
- 梅多、卡霍著，陈麟书等译：《宗教心理学》，四川人民出版社，1990年

年

南博著，宋金明译：《记忆术》，中国青年出版社，1997年

彭聃龄主编：《普通心理学》，北京师范大学出版社，1988年

片口安夫著：《新·心理诊断法，口》，の解说と研究，金子书房（日本），1974年

平井富雄著，张克云译：《自我催眠术》，中国青年出版社，1997年

七田真著，刘天祥译：《超右脑革命》，中国生产力中心（台湾），1996年

年

千叶康则著，朱福明译：《自我暗示术》，中国青年出版社，1997年

钱铭怡编著：《心理咨询》，光明日报出版社，1989年

乔兰德著，许金声、莫文彬译：《健全的人格》，北京大学出版社，1989年

年

乔治·奥尼尔等著，关山译：《开放的婚姻》，社会科学文献出版社，1987年

荣宋著：《心理症学》，沈阳出版社，1995年

森田马正著：《神经质 本态及疗法》，东京吐凤堂，昭和16年（1941年）

斯托曼著，张燕云译：《情绪心理学》，辽宁人民出版社，1986年

沙莲香著：《人格的健康与治疗手册》，中国人民大学出版社，1988年

时蓉华、张登华编著：《老年心理学》，甘肃人民出版社，1989年

时蓉华主编：《现代社会心理学》，华东师范大学出版社，1989年

松原达哉著：《学校力 事例集》，1版，1990年

谭玉慈著：《一个心理咨询医生札记》，群众出版社，1988年

唐映红主编：《EQ——戈尔曼的人生处方》，企业管理出版社，1997年

唐映红主编：《EQ——营造温馨的家》，企业管理出版社，1997年

唐映红主编：《EQ——托起明天的太阳》，企业管理出版社，1997年

唐映红主编：《EQ——寻找人生的位置》，企业管理出版社，1997年

汪向东主编：《心理卫生评定量表手册》，中国心理卫生杂志增刊，1993年

年

王登凤、张伯源主编：《大学生心理卫生与咨询》，北京大学出版社，1992年

王凤兰主编：《人际交流与咨询技巧》，北医大、协和医大联合出版社，1995年

王极盛编著：《心理与健康》，科学普及出版社，1988年

王米渠编著：《中医心理学纲要》，四川科学技术出版社，1990年

王裕如等著：《成长与烦恼》，复旦大学出版社，1994年

温泉润主编：《矫正人生——心理治疗学》，山东教育出版社，1992年

沃尔什著，汤慈美译：《神经心理学》，科学出版社，1987年

悉尼·布洛克著，刘平等译：《心理治疗讲座》，天津科技翻译出版公司，1990年

谢家安著：《开启您的智慧》，科学出版社、香港大脑潜能中心，1996年

年

徐俊冕等编著：《医学心理学》，上海医科大学出版社，1990年

许又新编著：《神经症》，人民卫生出版社，1993年

- 叶汉基主编：《实用精神病学》，华夏出版社，1992年
- 易法健主编：《心理医生》，重庆大学出版社，1996年
- 阴国恩、李洪玉等编著：《非智力因素及其培养》，浙江人民出版社，1996年
- 余展飞编著：《青少年
期心理卫生指导》，上海科学普及出版社，1989年
- 俞国良编著：《创造力心理学》，浙江人民出版社，1996年
- 俞文钊主编：《职业心理与职业指导》，人民教育出版社，1996年
- 曾文星、徐静合著：《心理治疗：理论与分析》，北医大、协和医大联合出版社。1994年
- 斋藤茂太著，金初政译：《神经质的人》，世界图书出版公司，1993年
- 张伯源、任宝崇主编：《残疾人心理及其诊断与训练》，光明日报出版社，1989年
- 张伯源、陈仲庚编著：《变态心理学》，北京科学技术出版社，1986年
- 张伯源等编著：《心理咨询与行为治疗》，团结出版社，1989年
- 张明园主编：《精神科评定量表手册》，湖南科学技术出版社，1993年
- 张全信编著：《探索心理的奥秘》，山东教育出版社，1993年
- 张日升著：《青年心理学》，北京师范大学出版社，1993年
- 张燕逸主编：《管理心理学》，甘肃人民出版社，1989年
- 张源侠、王涛等编著：《实用心理自我疗法》，华东师范大学出版社，1994年
- 张雨新编著：《行为治疗的理论和技术》，光明日报出版社，1989年
- 郑日昌等编译：《怎样控制你的情绪》，书海出版社，1989年
- 郑日昌等编译：《怎样使你的个性更完美》，书海出版社，1989年
- 郑日昌等编译：《帮助人的艺术》，书海出版社，1989年
- 郑日昌等编译：《思考的艺术》，书海出版社，1989年
- 郑日昌、陈永胜著：《学校心理咨询》，人民教育出版社，1991年
- 郑日昌主编：《大学生心理诊断》，山东教育出版社，1996年
- 郑日昌、陈永胜编著：《考试焦虑的诊断与治疗》，黑龙江科学技术出版社，1990年
- 郑贻培主编：《心理健康与心理障碍》，上海科学技术出版社，1989年
- 钟友彬著：《现代心理咨询》，科学出版社，1993年
- 朱智贤主编：《心理学大词典》，北京师范大学出版社，1989年

前 言

现代人的生活是充满竞争的拥挤生活。特别是对今天的中国人而言，一方面要应付变化很快的社会，另一方面又不得不压抑自己。与西方人不一样，当他们受到压抑时，他们会很轻易地找到合格的心理医生来对他们进行心理辅导。目前的中国还没有这个条件。很大程度上，当人们感到需要心理辅导的时候，他们更能做到的是去书店买一本心理调节类的书，通过自己阅读来达到自我辅导。

本书可以说就是为了适应现代中国普通百姓的现实而编写的一本实用普及型心理门诊大全。本书的编写者绝大多数是北京师范大学心理系、中国科学院心理研究所以及杭州大学心理系的一批年轻的博士、硕士们。他们查阅大量心理学和心理医学的资料，把各位名家的精髓悉数收录。因为读者是普通百姓，因此，书中没有过多地罗列理论，而是通过大量病例分析，深入浅出地对深奥复杂的心理学理论进行通俗的阐述。

本书的第一部分至第三部分，本身稍作完善就可以成为一本完整的关于心理疾病和心理治疗的书籍；里面的病例，都是从浩瀚的心理医学资料里面精选出来的。其中第一部分针对中年人、青年人常见的心理障碍和心理疾病进行了详细的分析；第二部分对那些特殊时期的人群，主要是儿童和老年人的特殊心理障碍和疾病作了分析。第三部分是关于心理治疗的讲解和案例。在第四部分，我们经过反复比较、权衡，觉得作为学术报告的病例并不适合普通读者阅读，因此，我们在引用病例时都作了适当的改写，以增加可读性和通俗性。全书共收列各类心理疾病、治疗和咨询的典型病例近 200 个，以及各类心理测验量表 19 种。

相信广大读者能从这本书中受到启发和指导，果能如此，也不枉我们的一番心血。

编者
1997 年 7 月于北京

心理门诊

第一部分 常见心理障碍与心理疾病

心理障碍和心理疾病是成年人容易罹患，却又容易忽视的问题。这里我们把各种常见的心理障碍和心理疾病作了详细而通俗的讲述，并列举大量典型病例来帮助大家理解。这部分内容主要是青年、中年人，特别是更年期人们容易罹患的各类疾病包括各类神经症、人格障碍、性障碍知性变态，精神病、酒精和药物依赖、行为问题和行为障碍以及青春期及更年期的典型障碍。这部分收列典型病例 86 例。

第一章 常见心理疾病的病因和分类

导致心理障碍的各种因素

心理疾病和躯体疾病一样，有其发生、发展的原因和规律，只是由于人的心理活动太复杂，目前的科学技术水平远远不能对其进行完满的解释而已。下面将从生物遗传因素、社会心理因素、个人因素三大方面探讨影响心理健康、造成心理障碍的原因。

一、生物遗传因素

遗传因素

各种各样的心理疾病能否遗传？这是人们共同关心的一个问题。一舱说来，人的心理活动是不能遗传的，主要是在后天的社会环境影响下，在社会活动过程中形成和发展起来的。但是，人们的心理究竟是由什么因素来决定的？有的人认为是由环境决定的，而有的人则认为是遗传决定的。这就是所谓遗传决定论与环境决定论之争，这个争论已持续了两千多年，至今仍未见分晓。

一个人，作为一个整体（包括他的身心两个方面）与遗传因素关系是十分密切的，尤其是一个人的体形、气状、神经结构的活动的特点、能力与性格的某些成分等等更是受到遗传因素的直接影响。当代的大量调查数据表明，在心理疾病中，如精神分裂症、躁狂抑郁症、癫痫发作、精神发育不全、脑神经萎缩、性情乖僻等等，遗传占有十分重要的地位。上海市（1964年）对精神病患者的家属做了普查，发现其家属中血缘关系从远到近，则患病率有由少到多的趋势。精神病人的亲属中得精神病的可能性比正常人的亲属高出6倍，具体见表1—1。

表1—1 精神病患者家属中远、近亲的患病率另外有人对躁狂抑郁症和精神分裂症患者亲属的患病率进行了调查，得出了同样的结论，具体结果见表1—2（北医大精神卫生研究所主编《精神病学》）：

表1—2 躁狂抑郁症、精神分裂症患者亲属中远、近亲的患病率

另外，关于双生子的研究数据也有力支持了这种观点，这些结果说明在心理疾病的发病原因上，遗传因素确实起着重要的作用。现代遗传学的研究发现，与遗传有关的疾病可归纳为三大类，一类是由单个基因突变引起的称为“单基因遗传病”；一类是由染色体畸变引起的称为“染色体遗传病”；一类是由许多基因突变引起的，且与环境因素有关的称为“多基因遗传病”。与遗传因素有关的心理疾病，一般认为躁抑型（特别是抑郁型的），与“单基因显性遗传”的因素有关；先天愚型（又称舌样痴呆或唐恩氏综合征），则是染色体畸变造成的遗传病；精神分裂症，有人认为是一种“单基因隐性遗传”疾病，但更多的人则认为与多基因遗传因素有关。

生物因素

全身性的特别是累及中枢神经系统的感染、中毒、外伤、癌瘤、缺氧、代谢障碍、内分泌疾病、营养缺乏、血管与变性疾病等，以及高温中暑、放射线损伤均可能直接或间接地损害人脑的正常结构与机能，引起心理疾病。

从胚胎时期起，宫内、宫外环境中的生物性致病因素，如孕妇患风疹、梅毒、艾滋病等，孕妇酗酒、吸食麻醉剂毒品或依赖安眠药物，孕妇有严重营养不良、贫血、缺氧、尿毒症、癫痫以及分娩时的胎儿颅脑损伤，早产与新生儿窒息等，都可能引起胎儿畸形或导致严重发育障碍、人格发展异常以及心理疾病。婴儿时期的营养缺乏，流行性脑膜炎、白喉、百日咳、猩红热等传染病以及病毒性脑炎感染，药物、食品或煤气中毒、颅脑损伤等，都可能引起心理发育迟滞、人格发展异常与心理疾病。

另外，大脑的外伤，如因摔伤、碰伤或战争时的战伤造成的脑震荡、脑挫伤等也都可能导致心理障碍，如意识障碍、遗忘症、言语障碍和人格改变等。同时某些严重的躯体疾病或生理机能障碍也可以成为心理障碍与精神失

常的原因。例如内分泌机能障碍，最突出的如甲状腺机能紊乱，机能亢进时可出现敏感、易怒、暴躁、情绪不稳和自制力减弱等心理异常表现；而在机能缺失时，在儿童期可引起智力发育迟滞，在成人期则可引起整个心理活动过程的迟钝，不仅智力受损害，性格上还会变得幼稚、保守和狭隘。

二、个人因素

人格特征

世界上没有两个人是完全相同的，这不仅指人的外表，更主要指每个人都有自己的独特的人格特征。人格对人的心理健康有着非常明显的影响，是造成心理障碍或精神失常的一个重要因素。

研究资料表明，各种精神疾病，特别是神经官能症往往都有相应的特殊人格特征为其发病基础。例如强迫性神经症，其相应的特殊人格特征称为强迫性人格，其具体表现一是谨小慎微、求全求美、自我克制、优柔寡断、墨守成规、拘谨呆板、敏感多疑、心胸狭窄、事后易后悔、责任心过重和苛求自己等。又如，与癔病相联系的特殊人格特征是富于暗示性、情绪多变、容易激动、耽于幻想、自我中心和爱自我表现等。如果与癔病相联系的人格特征越明显，则只要有较轻微的精神刺激因素即可致病；相反，与宿病相联系的特殊人格特征越不明显，则需要有较强烈的精神刺激因素的作用才能致病。此外，精神分裂症被认为是与孤僻离群、多疑敏感、情感内向、胆小怯懦、较爱幻想等特殊人格特征密切相关。

躯体的机能状态

个体的躯体机能状态是指个体发生心理疾病时所处的生理与心理状态。它本身不是发病原因，但是不良的机能状态可能诱使疾病发生，例如饥饿、长途跋涉、日夜工作、分娩难产造成体力耗竭、睡眠缺乏、精神持续紧张的机能状态，或酗酒、药物依赖状态下被削弱的机能状态，均极可能诱发心理疾病。儿童期大脑发育尚未成熟的机能状态；青春期内分泌系统功能变化，心理与生理功能急剧变化的机能状态，女性经期、妊娠、分娩期因为内分泌功能变化，生理功能明显改变的机能状态；更年期性腺功能衰退、植物神经功能不稳定的机能状态与老年期各种躯体机能逐渐衰退、防御与代谢机能明显削弱的机能状态，都成为某些潜在的精神障碍开始显现的时机，儿童神经症、青年期的癔症、经前期紧张与月经周期性精神病、产褥期精神病、更年期神经症与精神病，老年性精神病等的发生，与不同性别，年龄的特殊机能状态密切相关。

三、社会心理因素

家庭因素

家庭是每一个人走向社会的港口，家庭环境是影响个体心理健康的一个极其重要的因素。

个体早期与父母的关系以及父母对儿童的态度也是影响个体心理健康的重要因素，这种早期的母婴依恋关系以至稍后的儿童与父母的亲密程度对个体以后的人际关系和社会适应有着很大的影响。个体在早期若能与父母建立和保持良好的关系，对其以后的社会适应和人际关系有着积极的促进作用。相反，如果儿童在早期不能与父母建立亲密关系，或者早期与父母的分离等都会对他们以后的成长产生消极的影响。

家庭环境影响的另一方面表现在父母对子女的态度和教养方式。随着我国独生子女家庭的增加，人们逐渐重视父母的教养方式对子女的影响。根据中国医科大学医学心理学教研室岳冬梅等（1990年、1991年）对神经症病人父母教养方式的调查，发现神经症病人的父母对他们的教养方式可以分为三种主要的类型：即冷漠型、严厉型、以及过分保护型。在这样的父母教养方式下成长起来的孩子们，其人格特征和人际关系方面都存在较多的问题，当面对复杂的社会环境时，容易出现各种各样的适应障碍甚至出现神经症。国外很多学者对恐怖症、强迫症、焦虑症和抑郁症四种神经症个体早期家庭关系的调查研究表明，这四种病人的父母与正常个体的父母相比，表现出较少的情感温暖，较多的拒绝态度，或较多的过度保护。

总之，关于家庭环境的大量研究资料说明，在个体的早期发展中，父母的爱、支持和鼓励容易使个体建立起对初始接触者的信任感和安全感。而这种信任感和安全感的建立保证了子女成年后与他人的顺利交往。而儿童早期的这种信任感和安全感的缺乏会随儿童的发展逐渐产生一种孤独、无助的性格，难以与人相处，因而容易产生心理异常，特别是人际交往方面的障碍。

生活事件

生活事件指的是人们在日常生活中遇到的各种各样的社会生活的变动。如结婚、升学、亲人亡故等。生活事件是预测身体和心理健康的重要指标。大量研究发现，即使是中等紧张水平的生活事件，如果持续发生，它们对个体抵抗力的影响就可以累加，因而对个体的心理健康影响很严重。如高血压病、冠心病、糖尿病、类风湿性关节炎、胃肠溃疡、癌症、神经症、事故、体育活动中的损伤，以及学习成绩的下降都与生活事件的明显增加有着密切的关系。

关于生活事件与心理紧张量之间的关系存在两种说法：一种说法认为生活事件之间是相互独立的，而且每一种事件所产生的心理紧张量是一定的。多个事件发生后所产生的心理紧张量等于每一个生活事件所引起的心理紧张量之和，当总和超出个体心理承受力时，就会产生心理疾病。另一种说法认为两者之间并不是一种简单的相加关系，而是一种幂函数的关系，即生活事件所引起的心理紧张可能存在一个最高点，当生活事件增加到一定程度后，再发生什么生活事件也不会引起心理紧张量的增加。倒霉事太多，再增加一件不顺心也就无所谓，即“死猪不怕开水烫”。

生活经验和研究结果都说明，生活事件的增加会在一定程度上使个体遭受更大的心理紧张。而心理紧张水平的增加则会破坏个体的生理和心理平

衡，从而对个体的躯体和心理健康产生不良的影响。

性创伤

人既具有社会属性，也具有生物属性，性对于人来说自然是不可避免的。据调查发现人类的性启蒙大大早于性生理成熟，占相当比例的人从幼年、儿童时期就出现了性启蒙。性启蒙后，较表面化的性行为就相应出现，比如游戏性性交，异性问及同性问相互观察或触摸等。对于他们中的一部分来说，这些早年的性经历在他们成年以后仍遗留一些较严重的心理阴影，由此影响心理安宁、与他人交往，甚至会影响到他们的婚姻生活，导致心理疾病。

部分心理疾病患者在幼年、少年及青年阶段，由于种种意外曾遭受过某种性伤害。严重的性伤害给当事者后来的学习、生活、社交、自我发展，甚至个性造成相当程度的恶性影响，从而导致心理失常。

四、各种导致心理疾病因素的相互作用

随着治疗水平的提高，人类科学技术的发展，人类对自己身体健康与疾病本质的认识，包括对精神疾患的认识正在不断地深入，已经逐渐认识到人体疾病，尤其是精神疾患绝不会由单一的因素造成，必须从多维的角度来考虑心理异常的原因及其治疗方法的问题。当然，与人的身心健康有关的因素，概括三个方面，即生物学因素、心理学因素和社会-文化因素。

从这个角度来解释心理与行为异常的观点，称为综合分析观点或生物-心理-社会模式。

在生物-心理-社会模式中，生物因素、心理因素和社会-文化因素各有各的独特内容，同时又具有相互联系、相互包含和相互制约的不可分割的关系。生物学因素是最基本的因素，是整个模式图的核心部分，是心理学因素赖以产生的物质基础，也是心理和社会-文化因素所作用的物质承受者。心理学因素是在生物学因素上产生出来的，而它一旦产生就时时刻刻给予生物学因素以深刻的影响和制约。社会-文化因素则是在生物学和心理学因素的共同基础上产生的，它反过来又直接影响制约着心理学因素，是心理学因素赖以形成和出现的根源所在；对生物学因素的影响和制约是间接的，一般来说是通过心理学因素的折射作用才能实现。这个模式还告诉我们，在人的心理与行为活动（包括正常和变态）的发生、发展和变化过程中，所有这些因素是错综复杂地交织在一起而起作用的。

总之，在解释各种各样的变态心理现象时，不应片面地只从某一个侧面来加以说明，而应运用综合分析的观点，同时从社会的、心理的和生物的几个方面来探索心理异常发生的根源。这样才能避免简单化和片面性的偏向。当然这样做是困难的，而且“生物-心理-社会模式”刚刚为人们所认识，还需进行许许多多艰苦的研究和探索工作。但是，客观世界的事物和现象本来就是复杂的，我们必须遵循这一模式才能对复杂的心理现象作出真正科学的说明。

心理疾病的分类

同生理疾病一样，心理障碍和心理疾病可以是严重的，也可以是轻微的。据世界卫生组织的估计，在同一时期里，几乎可有 20% - 30% 的人有不同程度的心理异常。那么怎样去区分不同种类、不同程度的心理障碍和心理疾病呢？

目前，各国都有自己应用的分类体系或方案，我国精神病学者于 1958 年开始制订出分类方案，1978 年，1979 年两次进行修订，这一草案将精神疾病分为十大类，其中除儿童精神病按年龄区分外，其他均按病因和症状来区分。美国精神诊断分类手册（DSM）1978 年修订为第三版，即 DSM-III，这版的分类系统把全部精神疾病归属于 17 个类别，并分为五个诊断轴以确定每个病人的特点。这样医生对病人不仅有了诊断标准，也可以从分类过程中看到临床特点和研究情况。世界卫生组织《国际疾病分类》（ICD）于 1965 年第六次修订时增加了精神疾病的分类，1977 年世界卫生会议通过和正式出版了《国际疾病分类》第九版，即 ICD - 9。这一分类把精神疾病分为器质性（290 ~ 294）和其他精神病（295 ~ 299），神经官能症、人格障碍和其他非精神病性精神障碍（300 ~ 316）及精神发育不全（317 ~ 319）四大类别。

国际上较为常见的分类

根据不同的分类标准可以将心理障碍和心理疾病分为不同种类。

根据心理疾病的异常程度

根据疾病的异常程度可以将心理疾病分为神经症和精神病两大类，前者属于程度较轻的心理障碍，后者则属于严重的心理疾病。两者又分别包括不同的心理障碍和心理疾病类型，具体见图 1 - 3。

根据心理疾病的性质

根据心理障碍和心理疾病的内容性质可以将其分为人格障碍、性心理障碍、行为障碍、药物或酒精依赖等，具体见图 1—4。

图 1 - 4 心理障碍和心理疾病的分类（按性质）

根据心理疾病的表现

根据人们日常生活中所常见的心理障碍表现可以将心理障碍和心理疾病分为以下五大类（见张伯源、陈伯庚编著的《变态心理学》）。

1. 严重的心理异常是指人的整体心理活动瓦解；
 2. 轻度的心理异常是指人的整体心理活动的某些方面受到损害；
 3. 心身障碍是指在身体某个器官系统的病变表现出来的心理异常现象；
 4. 大脑疾患及躯体缺陷时的心理异常这里又包括器质性损害、发育不全、躯体缺陷等三种原因所导致的心理异常。
 5. 特殊条件下，如药物作用、催眠、梦境、人格偏离等出现的心理障碍。
- 心理障碍和心理疾病的划分标准还很多。如根据年龄段划分为儿童、成人、老年心理障碍和心理疾病。在这就不一一列举。

第二章神经症及典型病例

神经症，全称是神经官能症，是指由于各种精神因素引起高级神经活动的过度紧张，致使大脑机能活动暂时失调而造成的一种疾病的总称。神经症一般没有任何可以查明的器质性病变，但确实有心理异常的表现，甚至可以表现得非常严重不过病人对自己的病态有充分的自知力，并能主动求医；病人一般不会像重性精神病人那样把自己的病态主观体验与幻想跟外在现实混同起来；而且生活自理能力、社会适应能力和工作能力基本没有缺损。

按照上述定义，神经症具有以下四个特点：

1. 意识的心理冲突神经症病人觉察到他处于一种无力自拔的自相矛盾的心理状态，其典型体验是，病人感到不能控制他自认为应该加以控制的心理活动，如焦虑、持续的紧张心情、恐惧、缠人的烦恼、易激惹、自认毫无意义的胡思乱想、强迫观念等。势不两立的两种情绪、欲望、行动倾向、态度和价值观在他们的心灵里不断地进行争斗，病人既无法抛弃任何一方，也无法把两者协调统一起来，他们力图摆脱这种狼狈的两难心态，却一而再，再而三地失败了。

2. 适应性差由于受疾病的影响，患者的社会适应能力明显减弱，易引起人际关系冲突。神经症患者常被描写成为生硬、固执、不合群、自我陶醉、怀有敌意或受人摆布的人，由于他们适应不良的行为和焦虑情绪，往往过分要求别人和以我为中心，他们和任何人甚至自己最亲近的人都很难保持良好的关系，而且很少能真正了解自己，并不能设身处地为别人着想，放纵自己而又不能容忍别人。因此，病人到一个新的环境后会感到很难与人相处，很难适应。

3. 心因性至目前为止，还没有发现神经症是由器质性病变所导致的，这条阳性标准也是目前诊断神经症的重要指标之一。

4. 躯体不适感神经症病人总是诉说其身体或其中一部分有不适感。几乎所有的神经症病人都诉说自己是一个不幸的人，因为病人常常感到自己“满身是病”，而身边的人却常常不能报以同情，甚至不能理解。病人老是感到不愉快，心情紧张和不适。有些病人常常表现为冷漠无情，缺乏兴趣，多愁善感，情感活动很容易变化。这种病人可能大部分时间感到心灰意冷，无能为力和忧伤；但当他们碰上一点顺心的小事情，如遇到一位新朋友或读到一本好书的时候，则又可能使他们马上消除烦恼，变得愉快起来，不过这种热情终究是比较短暂的。经常诉说的那些典型的不适感和痛苦的心情迟早又会再次表现出来。

总之，神经症是一组复杂的疾病。按照世界卫生组织出版的国际疾病分类（ICD - 9），神经病包括神经衰弱、歇斯底里、强迫症、焦虑症、疑病症、恐怖症、抑郁症以及其它未确定的其他神经症。本章我们就这几个方面逐一作些介绍，以飨读者。

一、神经衰弱

神经衰弱是一种最常见的神经症病，其特征是易兴奋、易激惹，同时又易疲劳、易衰竭，常有失眠、头痛、抑郁、注意力涣散、记忆力减弱和情感脆弱等，病人多为青壮年，绝大多数发病于 16 - 40 岁之间，男女两性无明显差别，脑力劳动者居多，尤其是青年学生中间更常见。

病因和发病机理

本病易于发生在性格不开朗、心胸狭窄、敏感、多疑、急躁和过分主观的人中。长期持续过度紧张的脑力劳动，工作生活环境不良，精神创伤或负性情绪体验，以及躯体性疾病等因素的相互影响和共同作用，成为本病的病因。

神经衰弱主要的病理和生理基础是大脑皮质的内抑制过程减弱，此时，神经细胞的刺激阈降低，便产生了兴奋性增高的表现。由于对外界刺激产生的反应强而迅速，大大增加了神经细胞的能量消耗，内抑制过程减弱又使神经细胞的恢复能力减低，造成了神经细胞的能量减少和衰竭性增高，故表现为高级神经系统的功能易于兴奋也易于疲劳和衰竭。

临床表现

神经衰弱主要有如下临床表现：

衰弱性症状：精神疲乏，脑力迟钝，注意力不集中，记忆困难，工作或学习不能持久，效力下降。易兴奋，回忆脑联想多且难自控，对声光刺激敏感。

情绪症状：易激惹、烦恼、焦急、苦恼。但无广泛性焦虑或原因不明的心境低落。

紧张性头痛和肌肉痛。

睡眠障碍，入睡困难，易惊醒、多梦、易醒，醒后仍不解困乏甚至更难受。

神经衰弱多数呈缓慢起病，病知长短不等。病程的结局主要取决于生活处境和人格。

例一：家境不好心难宁

患者及症状，白某，男，20 岁，其工科大学大一学生。自进入大学以来，情绪常不稳定。自本期开学以来常忧郁、苦闷、孤闷、孤独。学习注意力很难集中，记忆力下降，成绩不理想。近半年来，夜间盗汗，难入睡，易惊醒。白天头昏，四肢乏力，常感胸闷、心悸。

主诉：我来自贫困山区。父亲在我几岁时就去世了。母亲含辛茹苦将我们三个孩子养大。为了我多读些书，姐姐初中未毕业就辍学了。哥哥近三十岁才成家。姐姐出嫁了，但去年又患了重病，借了几千元医药费，病还未痊愈。现在家中只有 60 多岁的多病的老母亲。有好多事她不干了，经济状况更不好了。我上大学后，除了亲戚和哥给点资助外，没有固定的经济来源，每月只能靠 30 元贷款维持学习生活。有时要交一些费用时，我就得苦苦地考虑怎么才能文够这份钱，时常被经济问题弄得心神不安。所以，这一年多，我基本上不能把心思放在学习上，很多时间学不进去。这样，我的学习成绩很不理想。

成绩不理想，又觉得很对不起亲人和家乡父老。由于我是解放以来全村唯一的考上大学的学生，所以在来上大学之前，老乡们特意凑钱给我放了庆祝电影。当时，心里很激动，决心好好学习，还想争取考上研究生。我为如今这种学习状况内疚，忧虑，有时感到自己简直是个低能儿。

为了不辜负父老乡亲的期望，能完成学业，我下决心节衣缩食度过经济难关。我一周只吃一份菜；进大学后没买过新衣服，人长高了，衣服穿上又小又短；班上开展的要花钱的活动，如郊游、生日宴会等，能不参加就不参加；平时尽量节约几角钱甚至几分钱。可这样一来，有的同学嘲笑我，讥讽我，说我“农村来的就是小家子气”，“吝啬”，“没有小伙子的潇洒气度”。每当这时，我就只能用苦笑来回答他们。但我感到这是对我的自尊的伤害，人格的侮辱。我心里很气，但也只能苦涩地咽下去。由于我的经济条件差，参加集体活动少，有些同学又指责我不关心集体。我委屈、苦恼、孤独、自卑，常常叹息命运对我不公平。

诊断分析

从白某的病症来看，明显是患有神经衰弱，他的病因源于家境不好，经济拮据，窘困导致生活，学习困难并产生了心理上的烦恼，再加上父老乡亲的重负产生的压力和自尊受伤害产生的委屈感、受辱感、不公平感而形成的综合反应。

例二：结扎导致心理紧张

张×，男性，32岁，四川合江人，小学文化，工人，既往身体健康，性格内向，于两年前为响应号召而做了男扎手术。术前有顾虑怕影响劳动力，怕影响性生活，手术经过顺利，术后感阴囊坠胀，性交时感到阴囊牵扯性疼痛，以为是手术损伤了“性神经”，由于在手术过程中主刀医生在和别人说说笑笑使手术失败而造成的，此后，每当性交时焦虑紧张，阴茎不能勃起或半不能勃起，多梦失眠，头昏、头痛、记忆力减退，注意力不集中，思考困难，对工作有不能胜任之感、性情急躁，易因小事发脾气。

诊断分析

这是一例结扎手术后的神经衰弱，其特征表现为头昏、头能、多梦、失眠、记忆力减退、注意力不集中，易因小事发脾气，很明显，患者患病的原因是对手术的顾虑和手术后的不适感综合作用的结果。

二、歇斯底里

歇斯底里，或称癔症，是由于心理因素或暗示或自我暗示等而引起的一组疾病。起病急可表现出各种不同的症状，如感觉和运动机能障碍，内脏器官的植物性神经机能失调以及心理异常等。本病多发生于青壮年期，年龄以16—35岁为多。且以女性患病为多。

病因和发病机理

1. 心理因素 使患者感到委屈，气愤、惊恐，羞惭，窘怕，悲伤等精神刺激，往往是宿症患者的直接致病因素，或为第一次发病的因素。患者对于精神刺激或创伤体验较深而起病，有一部分患者多次发病后则无明显的诱发因素，可能通过触景生情，或联想，或自我暗示而发病。

2. 遗传 据英国的统计，癔症患者的家族中，男性患病率为2.4%，女性患病率为6.4%，可能高于一般居民中的患病率。但根据孪生子的研究不支持遗传的假说，因为在单卵双生子中未发现相同的发病者。

3. 性格特征 一般认为具有癔症性格特点的人，在精神因素的影响下，较易发生癔症。

(1) 情感丰富：情感鲜明强烈但极不稳定，往往易从一个极端走向另外一个极端，对事物的判断完全凭一时情感出发，常随情感的变化而变化，即所谓癔症患者的情感逻辑。

(2) 暗示性强：癔症患者具有高度暗示性，基于某种环境气氛和在情感的基础上，对外界某种影响和观念易于接受，称暗示，如癔症患者在医生言语诱导下进行催眠状态，另外，易对自身感觉或某种观念无条件的接受，称自我暗示，如一大学生参加运动会后很疲乏，腿软，不慎跌倒，则认为瘫痪了，而不能站立。即发病。

(3) 自我中心：即处处吸引他人对她（或他）的注目，爱炫耀自己。甚至不惜当众表演。对病情的表达常有表演色彩，或夸张，目的在于博得人们的同情与重视。

(4) 富于幻想：系在情感的基础上，想象丰富、生动、活泼，给人以难以分辨现实与虚幻，可有幻想性说谎的现象。

4. 器质性因素 某种神经系统的器质性病变，可伴癔症发作，往往是躯体疾病为癔症提供了发病的条件，使脑器质性疾病与癔症同时存在。如癫痫患者常同时有癔症发作。

特征及临床表现

歇斯底里的临床表现多种多样，颇为复杂。既可有精神异常和类似神经病的各种症状，又可有内脏机能失调和植物神经机能障碍的症状。

1. 身体障碍 (1) 瘫痪(运动麻痹)：临床表现类似各种麻痹或不全麻痹。如偏瘫、截瘫或单瘫等各种形式。这种现象与神经系统器质性病变所致使不同，并不伴有上或下运动神经元受损伤的特征，无器官上的损害，肌腱反射和肌肉张力是正常的，不会出现病理反射或肌肉萎缩（但由于长期不用仍然可以出现废用性萎缩。

(2) 感觉缺失：表现为躯体感觉缺乏或视听机能障碍，而且这种障碍很难找到其神经病理的基础。如视觉障碍可表现为失明、弱视、同心性视野缩小、盲窥等。癔病性失明常突然出现，但对光反射大都保存，步行时可绕过障碍物。听觉障碍主要为耳聋，亦多突然，但前庭器官功能大多正常，而且

有时对声音刺激可有瞬间反应，有时可在睡眠中被唤醒。对于皮肤感觉缺失的病人，如把他的眼睛蒙上，然后用针刺其麻木部位，虽无感觉，但在刺完后立刻让病人说出心里想到的第一数字，则准是与针刺数目相同。

(3) 感觉过敏：表现为某些皮肤过敏区的存在，此时，即使轻微的触摸亦可引起剧烈疼痛。有的病人在咽部有梗阻感，但用喉镜检查无阳性所见，此称“歇斯底里球”。有的患者尚可诉说头部紧压感，皮肤感觉异常或各种内感受性不适。

(4) 痉挛发作(抽搐)：这是癔病发作最常见的形式。表现为类似于癫痫样的抽搐。发作以前可有头痛、胸闷、心烦、委屈等表现。发作时四肢抽动或挺直，两眼球上翻，在发作过程中常常有各种活动，如撕衣服、扯头发、捶胸，抓周围的人或发出怪声等。同时面部可有各种表现，显得夸张与做作。发作的持续时间也大大超过癫痫的发作时间。痉挛发作后往往哭泣或不语，病人感到全身酸痛、疲乏无力。

2. 情感障碍(1) 情感爆发：是本病常见的发作形式。病人在精神因素作用下，突然精神失常、哭笑、狂怒、叫喊、打人、打自己、毁物等。有时表现委屈、悲伤、痛哭流涕，或又突然兴高采烈，又唱又舞，且常伴随幼稚、做作、撒娇或演戏样的动作表现。共发作更为频繁。一般发作时间较短，发作过程中病人心里大致明白，但直觉控制不住。

(2) 意识障碍：可为意识朦胧状态，或为昏睡，后者呼之不应，推之不动，四肢发硬，僵卧于床，仅见眼睑颤动，或为癔症性木僵，动其肢体则有抗力。意识朦胧状态，则患者情感丰富，表情生动，行为夸张，富于表演色彩，谈话常以歌谣式，说出内容多与精神创伤有关、有的病人可出现假性痴呆的表现，如有问必答，答案近似正确，如问几个耳朵则答3个耳朵等。

(3) 遗忘：患者常不能回忆某一段期间的生活经历，甚至否认既往的生活和身分，有一种连整个生活经历被遗忘称全部遗忘。持续时间可长可短。

(4) 神游症：不仅记忆丧失，而且从原地出走，当发现，则否认全部经历，甚至否认他的身份。除癔症外，尚可见于癫痫。

例一：晴天转多云

患者张某，21岁，某省市中专生，张某从小好胜心强，对生活和自己的未来有着美好的憧憬，但高考两次落榜，对她的打击很大，第三次虽然勉强榜上有名，但看到那些昔日不如自己的同学很多都考上了比自己好的学校，内心又深受刺激，起而是愤愤不平，继而郁郁寡欢，因此，虽然踏进了中等学府，但她的内心深处极及不平衡，感觉到很压抑、行为逐渐变得很让人费解，让人无所适从。例如有一次。

她的一位好友责怪她两句，她就把那位同学的书抛到地下，宣称与之绝交，气消之后，她又主动要求与之和好，弄得那位同学哭笑不得。

还有一次，她高高兴兴地帮一位男同乡洗被子，因为一件小事，她又大发雷霆，抓起洗好的被子，一下子扔到了楼底。其时正值五楼停水，她又抓起那位同乡辛辛苦苦从三楼提上来的水泼个底朝天，令在场的人无不诧异。

近来，每逢她感到压抑、心情不爽时，晚上就发出惊恐的喃喃声，把同寝室的同乡吓醒，喊她摇她都不起作用，嚷嚷说，“胸闷”、“憋气”；若不拉她，她就四肢打挺，自己无法坐起，继续发出梦呓。

诊断分析

张某患的是轻度情感爆发型歇斯底里，情感上突然爆发和喜怒无常是这类病人的最大特点。“飞得越高，摔得越痛”，高考的落榜和学校不理想，使张某失去内心的平衡，心里的苦闷无法发泄，于是就冲着同学和老乡“出气”，导致人际关系紧张，内心冲突和外部压力两方面就直接导致疾病的产生。

三、强迫症

强迫症指患者在主观上感到有某种不可抗拒和被迫无奈的观念、情绪、意向或行为上的存在。病人认识到，强行进入的、自己并不愿意的思想，纠缠不断的观念或穷思竭虑，都是不恰当的或毫无意义的；病人也认识到那些强迫性欲望或观念是同他的人格不相容的，但又是被迫地出于自己内心的；为了排除这些令人不快的思想、观念或欲望会导致严重的内心斗争并伴随强烈的焦虑和恐惧：有时可以是为了减轻焦虑而做出一些近似于仪式性的动作，病人明知没有必要，但不能自我控制和克服，因而感到痛苦。

病因

1. 社会心理因素是一种诱发因素，正常偶尔有强迫观念，并不持续，往往在社会心理因素影响下被强化则持续存在，此种社会心理因素常见的有工作和生活环境的变换，加重了责任，要求过分严格，或处境困难，担心意外，或由于家庭不和，性生活困难，怀孕，分娩等造成的紧张，或由于亲人的丧亡，突然惊吓，遭受政治上的冲击，频于破产等均给患者带来了沉重打击。使患者谨小慎微，遇事犹豫不决，反复思考，忧心忡忡，容易促发强迫症状。

2. 人格因素 强迫症与一定的人格特征有着密切关系。精神分析学家弗洛伊德认为强迫症患者具有“肛门性格”倾向。强迫人格的特征可能概括为“不完善感”、“不安全感”，“不确定感”。“三不”之中只要有一个非常突出。就是典型的强迫人格。这种人一般具有主观任性、急躁、好强、自制力差或胆小怕事、优柔寡断、遇事过于谨慎、缺乏自信心、墨守成规、生活习惯比较呆板、喜欢仔细地思考问题等特点。

症状表现

1. 强迫观念（1）强迫回忆：患者对刚做过的或早已过去的事；经历，那怕是无关紧要的也要进行反复回忆，虽然明知无意义，却无法克制。

（2）强迫怀疑：这种病人自己做过的事情经反复的考虑和检查以后仍不能放心。如写好信后老怀疑自己写错或漏掉了字，投信后怀疑自己是否把信投进信箱去了，锁门后怀疑是否真把门锁好了，洗手后担心没有洗干净等等。

（3）强迫联想：这时病人听见或看见某一事物，就会出现与这种事物有关的联想。如见一幼儿园的儿童就立即想起自己夭折了孩子而无法摆脱；有一个病人当看见树枝树叶时便不由自主地联想到森林、熊、豺狼虎豹等咬伤人的情境，因而表现情绪紧张和恐惧。

（4）强迫性穷思竭虑：患者对自然现象或日常生活事件发生的原因进行反复无效的思考，患者本人虽感到荒谬，但却难以控制。如“人为什么长两条腿？长三条腿成不成？”“人为什么要小便？坐飞机、上课小便怎么办？”“什么叫规律？什么是定理？”“无穷大有多大，无穷小有多小？永远有乡长？”等等。

2. 强迫意向和动作（1）强迫意向：患者在作某事时总出现相反的意愿，如一个外科医生，双手已清洁准备上手术台时、则出现要解大便的想法，无法克制，但决不采取行动，因此有这种想法的外科医生总想回避上台做手术，以免引起恐惧和焦虑不安。

（2）强迫性洗涤：怕不清洁而罹患某种传染病，患者接触了某物。则要反复洗手，明知已清洁，无须再洗，但无法控制。并扩展为洗衣服及洗澡，否则心情不宁。

(3) 强迫计数：患者不可克制的计数，与强迫性联想有关，如见到电杆，计数；见到窗子，也要计数。不计数则感到烦躁，难以克制。

(4) 强迫性仪式动作：患者总是要做一定动作，以此象征着吉凶祸福，如一患者进门时先进二步，再后退一步，表示他父亲的病就能逢凶化吉，如果没有完成这样的动作，则必须重复。明知这是毫无意义，但不做此动作，则焦虑不安。

病例

例一：强迫搬车

患者，男，52岁，小学教师，患强迫症多年。事业心强，做事特别认真，对什么事都要求做得尽善尽美。在居室外，只要邻居的自行车放在走道上，自己看到了，心里就忐忑不安。难过异常，总希望把它搬走。否则，脑中始终想着这车的事。情绪烦躁，从头到脚感到气胀，肠子蠕动。如果强迫自己继续在这种环境呆下去，那就睡不着觉，甚至浑身直冒冷汗，心跳加快，头的左侧疼痛，并伴随腰的左侧隐痛。倘若能立即把自行车搬走，则会感到心情舒畅，浑身轻松，放屁，气肿也逐步消退，各种不适症状也就自行消失，还能睡一个安稳觉。为此，以前也曾试图采取“回避法”对付。如为了摆脱这种环境，经常异地睡觉，甚至在回家或出门时干脆闭上眼睛不去看那辆自行车，但终究没有根除这种强迫的念头。自己也感到这种想法是可笑的、无聊的，没有任何实际意义，但就是克服不了。由于外界情况的出现（自行车）不是按自己的意志为转移的，因此当外界情况反复出现时，自己的内心矛盾也就一再加剧，各种不适的病症反复出现，在长时间里精神沮丧，情绪忧郁不堪，头脑昏昏沉沉，工作效率降低，内心十分痛既往病史约在27年前（当时是青年时代），受过比较强烈的精神刺激。当时因自己的右肘部关节脱臼复位后，留下右手不能完全伸直的后遗症，因此，当时做广播操时就感到不好意思，怕人笑话。一听到放广播体操的音乐和看到广播体操喇叭，就不安害怕起来，思想上受到强烈的刺激，内心烦躁，浑身气肿，夜间不能入睡。这种情况一直延续了好久，后来发展到甚至只要自己的居室外安装有大喇叭时，就非要把它搬走，否则就不愿再在那个环境里呆下去。如果再呆下去，就浑身不舒服、睡不着觉。

诊断分析

从患者的症状不难看出他患典型的强迫性思维和强迫性行为，青年时代的强烈精神刺激作为外因，其自身的人格特征：做事特别认真，要求尽善尽美，遇事多疑，敏感是发病的内因，外因通过内因起作用，诱发强迫症的发生。

四、焦虑症

焦虑症是指持续性精神紧张或发作性惊恐状态，常有头晕、胸闷、心悸、呼吸困难、口干、尿频、尿急、出汗、震颤和运行性不安，但并非由实际威胁所引起，或其紧张惊恐程度与现实很不相称。即是一种无明显原因的恐惧紧张，并伴有植物神经功能障碍和运行性紧张。焦虑症是一种常见病，在一般居民中的发病率为5%，占精神门诊的6—26%，占有心脏科门诊的10—14%。

病因

1. 人格因素患者性格多有些自卑、易于紧张、恐惧、对困难估计过分，患得患失、惶惶不安、依赖性强，对自身躯体和内脏情况过分关注。

2. 内心冲突精神分析学派，焦虑来源是精神内在冲突，包括本能冲动与现实原则，本能冲动和道德准则之间的冲突。国防御行为而使原始冲动得不到满足或发泄，本能冲动继续积累到某一程度时，自我的控制能力失效。由于致力于激烈的内部防御工作，神经症患者在本能冲动负荷过盛的情况下，防御无效则变为焦虑，表现出坐立不安、激动、浮躁、紧张与失眠。

3. 遗传据统计焦虑症在患者的亲族中发病率为14%，而一般居民为5%。单卵双生子的焦虑同病率为41%，而双卵双生子的同病率仅为6%。故认为焦虑可能与遗传素质有关。

4. 生化因素在焦虑发作时常有肾上腺素和去甲肾上腺素分量的增加，但可能是伴发而非诱因，有研究发现在运动后焦虑症者其乳酸分泌远较正常者多，而同时灌注乳酸也可激发焦虑。

症状表现

1. 慢性焦虑症(1) 焦虑情绪：表现对客观上并不存在某种威胁或危险和坏的结局，患者总是担心，不安和害怕，只管也知道这是一种主观的过虑，然常常不能控制，使患者颇为苦恼。此外尚有易激惹。对声音过敏，注意力不集中，记忆力不好。

(2) 躯体症状：以植物神经功能亢进为主，如口干，上腹不适，恶心、胀气，腹泻，胸紧，吸气困难，或呼吸迫促，心悸，胸痛，心动过速，尿频尿急，阳痿，性感缺乏，月经时不适或痛经。此外有昏晕，出汗，面色潮红等。

(3) 运动症状：与肌肉紧张有关，有紧张性头痛，在顶、枕区，有一种紧压感。肌肉是张痛和强直，特别在背部和肩部，手有轻微震颤，做精细动作更明显。

2. 急性焦虑症(1) 在躯体症状方面：当急性焦虑发作时，常会伴随严重的心血管系统的症状，如病人感到“心跳得像要爆炸似的”，觉得“心脏快要跳出来了”，不时地出现心悸、心慌，严重时甚至会出现昏厥。由于过度的呼吸，导致血中碱性成分增加而发生手足麻木、头部发胀，以至出现肌肉抖动。病人也可以有胃肠症状，如上腹部不适感、腹痛、大小便紧迫感、腹泻或便秘等。此外，病人还可以出现震颤、多汗、阳痿、早泄、月经失调和性欲缺乏等症状。

(2) 睡眠障碍：患者几乎总是或多或少地存在睡眠障碍，大多表现为不易入睡，入睡后易醒，醒时不安宁、常诉有恶梦、醒后很恐惧。

病例

例一：女中学生的考试焦虑

患者，女，16岁，中学生。患焦虑病两年。

她父母说，孩子常常感到疲劳、焦虑，进入重点中学后，变得更加严重，甚至孤僻，并伴有记忆力下降的现象，学习成绩也退步了。最怕考试，最怕将成绩给别人看。大凡考前食欲不振，睡眠不足，坐卧不安，心情惶乱，不能集中注意，记忆效果不佳，缺乏克服困难的信心，智力活动效果下降。随着焦虑反应的持续往往引起生理的心悸，多汗，呼吸急促，肌肉紧张，头昏，恶心，食欲不振，手脚发冷等症状。而生理上的症状又可导致健忘，失去学习兴趣和生活情趣，进而更加焦虑起来。

诊断分析

考试焦虑是一种固定性焦虑，在学生中极为常见，有调查表明，1/3多的学生在高考前患有不同程度的焦虑症，它是学生在考试前预料到威胁性刺激而又无能为力去应付的痛苦反应，是处于失助状态下或处于阻断威胁中而不能采取变式行为去对付的时候产生的情绪。

例二：中年男子的晋升忧虑

患者男性，最近几个月来，常常感到心里发慌，无缘无故地紧张且害怕。追溯其不安状态的产生，发觉症状开始于3个月前，当他接到上级任命，被调派到一个新单位负责领导工作时。他是一位好强、工作认真的同志，数年来一直渴望能得到现在的职位，但当他一旦真的得到此机会时，精神上又不安起来。在家中他排行老二，自小常与比他大几岁的哥哥相比较和竞争。一方面很羡慕哥哥比他经验多且能干，常与之竞争，想超过哥哥；但另一方面又害怕，假如一旦真的比哥哥好，会惹哥哥生气，会被哥哥欺负，心理总是战战兢兢的。这一次，在他原来工作的单位，有一位比他年资高的同事，原来被大家认为是晋升的对象。但由于病人平时工作认真，表现好，乃被领导重用，被提拔晋升。这样一来，就触发了他小时与哥哥竞争而唯恐哥哥欺负的心理症结，潜意识中害怕那位年资较他高的同事可能会暗地里向他报复，做一些对他不利的东西。由于这种潜意识的心理症结，就一直感到坐立不安，心情焦虑。

患者的疾病是来自于幼年的心中结下的症结，当目前的情形和幼年相雷同时，自然而然就激发其内心的焦虑，消除焦虑的最佳方法便是去解开他心中的小“疙瘩”。

五、疑病症

疑病症是以过分关心自身的健康，不切实际地解释体象或感觉异常，因深信自己患有严重疾病中焦虑不安为特点的一种神经症。女性发病稍多于男性。

病因

1. 人格因素患疑病症病人，男性多具强迫性人格，女性则与癯病个性有关。个性敏感、多疑、主观、固执、自我中心、自怜和孤独者多见。本病在有过度执拗、要求过度精确、过分坚持以及无力性的人格中较常见。半数病人发病前有诱因，如重大生活刺激事件，躯体疾病之后，自我暗示和条件联想，尤其是不当的过多检查和解释的医源性暗示的影响，在疾病的发生发展中起了重要作用。

2. 社会心理因素如婚姻的改变，子女的离别，朋友交往减少，孤独，生活的稳定性受到影响，缺乏安全感，均可成为本病的诱因。有一部分病人系医源性的，医生不恰当的话语，态度和行为引起患者的多疑。或者医生做出诊断不确切，反复令病人作些检查，则易造成病人产生怀疑患有某种疾病的信念。有一部分病人在躯体疾病之后，通过自我暗示或联想而疑病。

症状表现

患者的症状表现可概括为疑病性烦恼，疑病性不适感和感觉过敏、疑病观念，对自身健康过分关注。具体表现为如下几个方面：

1. 疑病的心理障碍病人相信自己患有严重的疾病或不治之症，并往往坚信不疑，为此到处求治，跑过许多医院和找过许多医生。但仅复查均无阳性特征，或有小毛病但与本人感觉不相称。在病人诉说时，常以迫切心情详细描述症状，连一点细节也不遗漏，把病史背得滚瓜烂熟，而且熟练应用医学术语，并出现许多无法解释的感觉，如喉部某种东西堵塞，肠子被扭曲，血液在皮下流动，小虫在某个器官组织或系统中爬行。

2. 疼痛是本病中最常见的症状，约有 2/3 的患者有疼痛症状，常见部位为头部、下腰部或右腋窝。这种疼痛描述清楚，有时甚至诉全身痛，但查无实据。患者常四处求医，展转于内外各科，毫无结果，最后才到精神科。

病例

例一：没病疑病也是病

患者，女性，37岁，高小文化，工人。

患者追述病史如下：24岁结婚，因无生育于婚后四年领养一女孩。活泼可爱，但该女孩10岁时因车祸丧身，患者悲痛不已。丈夫又不仅因肺癌夺去生命，悲伤孤独加深。大夫死后两年再婚。夫妻尚感温暖，但好景不长，后夫也因肺癌去世。患者伤心致极，乡亲舆论说她是丧门星，克子克夫。病人感到压力很大，终日抑郁，少与外界交往。

患者于前年因发热干咳、头昏头痛、服中药三天无效，咳嗽加重、吐痰、胸部隐痛，胸透发现“右心隔角区有小斑片模糊阴影”，经青霉素治疗十余天，热退、咳嗽吐痰好转，但感胸痛加重，自认患了肺癌，谓活不久了，终日哭泣，焦虑紧张、恐惧不安，到处求医。某天遇一游医说她确是肺癌，花费三百元钱买了十剂草药，服后仍无好转。期间曾赴省城、北京、上海等地

均未做肺癌诊断。但病人自觉症状加重，后经介绍来精神病院就诊。

诊断分析

家庭的不幸：养女，两任丈夫先后去世，使患者悲痛欲绝，再加上外界的封建迷信说法，造成患者内心的矛盾冲突，尤其是前后两任丈夫均死于肺癌，使患者对肺癌产生一种莫名的恐惧，另外又由于近年的胸部不适，偶得肺炎，就自然而然地联想到自己也得了肺癌，越是去医院诊断不了，越是加重其疑心。进而怀疑大夫是在隐瞒病情。

例二：身体不适需放松

患者，男，19岁，某农业大学二年级学生。

近一年常感心跳快，心慌，尤其是中午、晚上，稍一紧张更加快。查了许多医学书籍，怀疑得了心脏病。为此情绪消沉，平时经常注意心跳情况，稍微加速就很害怕，不敢参加剧烈的体育活动，中午睡不着觉，更不敢对同学老师讲，怕让其退学。曾经到医院看专家门诊，开的药吃完后仍无改观，认为这本身就说明医生的治疗错误，随之更加确信为心脏病，并产生恐惧心理。对心跳的变化很敏感，以至正常的心跳加快如跑步后的加快、上课回答问题时紧张所致的加快都被认为是“病态”的。中午常因心跳加快而难以入睡，可一到老师家就没事。

既往病史：

他在家排行老小，父母没文化，大嫂对他很好，但却在他读高中时去世时，对他打击很大。在高考的第二天晚上复习功课时突然心跳剧烈，躺下休息一会儿后好了，但睡不好觉。他没对任何人讲。从此后干什么特别小心，不敢干体力活。已这样提心吊胆地过了两年。

诊断分析

患者在面临大嫂去世的悲痛和高考紧张的双重压力下，导致身体不适，而且性格胆小，内向，不敢向人倾诉内心的苦闷和抑郁，长期的压抑，使得身体不适——心跳加速得不到缓解，于是导致患者的恐惧心理，怀疑自己患上了心脏病。

六、恐怖症

恐怖症是指恐怖性神经症又称是转对于某些事物或特殊情境产生十分强烈的恐惧感。这种强烈的恐惧与引起恐惧的情境通常都很不相称、难以理解。由于不能自我控制而极力回避引起恐惧的事物或情境，患者常常明知自己的害怕是不切实际的，因为引起恐怖反应的事物或情境实际上对个人往往并无伤害或威胁；也知道别人并不会因这些事物或情境引起恐惧，因此，这种恐怖是不合理的，是一种异常的表现。

一般来说，恐怖症女性多于男性，多发生于青少年或成年早期，而且起病较急，往往在某一事物或情境面前引起一次焦虑和恐惧发作以后，该事物或情境就可能成为恐怖的对象。

病因

1. 性格特点常偏于胆小、怕事、害羞、依赖性强及高度内向。
2. 遗传因素根据国外调查，恐怖病症人的父母和同胞中患神经症的较多。
3. 心理因素强烈的精神刺激可诱发本病。如夫妻分离、亲人死亡、意外事件、恐吓事件。

症状表现

1. 社交恐怖主要是害怕在众人面前出现，特别是对于被人注意尤为敏感。他们不敢到公共场所是因为害怕自己的发抖、脸红、出汗或行为笨拙、拘束无措和懦怯等而引起别人的注意。因此，患者不敢从成排的人面前走过，不敢在餐馆与别人对坐吃饭，不敢在乘坐舟车时与别人面对面就坐，不敢去排队买东西等，尤其回避与别人谈话。

(1) 赤颜恐怖：病人只要出现在公共场合就感到害羞而怕自己脸红，因而很不自然，内心忐忑不安。

(2) 见人恐怖：主要表现为患者害怕见人。

有的病人表现为害怕会见陌生人，有的男病人怕见到女人，而女病人怕见到男人，以致不敢出门、不敢上街。甚至有的病人为了避免看见人，不管什么时候出门都要戴上一付深色的墨镜。

2. 空间恐怖 (1) 旷野恐怖：患者在经过空旷的地方时就发生恐怖发作，并伴有强烈的焦虑和不安。因此，病人怕越过旷野，严重时甚至害怕越过任何空间。例如，害怕越过街道，害怕过桥，害怕穿过庭院和走廊等。

(2) 闭室恐怖：病人表现出恐惧封闭的空间。如怕独自呆在一间房子，怕乘电梯、怕乘地铁、怕进电影院、怕乘船乘车等。

(3) 高空恐怖：病人表现出害怕登高，如上楼，过天桥，坐飞机等。

3. 动物恐怖病人表现出害怕看见或接触某种常人可以接近的动物，如狗、猫、蝴蝶等。动物恐怖应和怕蛇，怕毛毛虫等让常人都感到恶心、害怕的动物恐惧区分开。

4. 疾病恐怖表现为病人害怕得某种可怕的疾病，如麻疯、结核、性病、癌症等，为了防止“感染”以至于在与别人握手前都要戴上手套，或根本不敢与人接触。

恐怖症除上面的四大类外，还有利器恐怖、不洁恐怖、黑暗恐怖和雷雨恐怖等。

病例

例一：害怕雷雨夜的女子

孙×，女，55岁，是某服装公司资料保管员。由于职业的关系，常年坐办公室，养成了好静的性格。

五年前，她所住的宿舍楼房附近开始建造一幢大饭店，施工昼夜进行。晚上打桩声特别响，使她心跳不止，整夜难于入睡。就是白天，听到敲打声，也感到心烦意乱。一日雷雨交加，透过七层楼上的窗户，她看到下面一幢二层旧楼房将要倾倒，许多人正在冒雨搬木料进行支撑。此时孙×突然感到自己的宿舍晃动，心想：这下完了，楼倒了那还能活命呢！立时感到非常恐惧。赶紧钻到床底下进行躲避，直到两小时后雨停了，才出来。此后，每逢雷雨，她就逃至楼梯底下藏匿，听到气象预报有阴雨时，即惶惶不安。她自己也觉得这样害怕不应该，但无法控制。有时其爱人看到她那种狼狈相，好心痛又好笑，对她说：“我在家里，你不用怕，我可以保护你。再说我们住的楼房很结实，是不会倒塌的。”但妻子听不进，还是照样害怕。丈夫担心妻子发生意外，曾多次带她去医院求治。二年来虽服氯丙咪嗪（一种治疗强迫与抑郁症的药物），但雷雨时她的逃避行为未能消除，对其日常生活带来很大的苦恼。

孙某患的是雷雨恐怖症、性格胆小、好静使得她对周围的噪音产生厌恶心情，雷雨中的情景——房屋倒塌使她产生恐惧心理，回避行为——躲避使她感放松，两者一结合，久而久之便形成条件反射，一旦雷雨天气出现，就感到恐怖，就必须去躲藏起来，心情才能放松。

例二：怕见目光的少年

患者，男性，8岁，中学生。患病三年三年来目光不敢与人相对，否则就惊恐万状而来咨询。原患者在三年前发现有近视，因而去配了付眼镜，但配后迟迟不敢戴，怕别人见了笑话。某日上课时，因感到老师在黑板上写的字模糊看不清，而试着第一次戴上了眼镜，谁知这时老师正好回转身，无意中看了病人一眼，患者在与老师目光相对的一瞬间，突感内心一阵莫明莫妙的恐惧，因而赶快低头，但仍心跳不已。此后再也不敢与这老师对视。为了回避老师的目光，他由前排座位调到后排，但仍不敢抬头看黑板，总觉得一抬头会与老师目光相对。其后一进教室，内心即感忐忑不安，自己形容“简直象在法庭受审判一样”。不久，他扩大到怕见其他老师、同学、以致所有人的目光，继而又发展到怕与电视、电影荧幕上的人相视，最后竟连回想起与别人目光相视时的情景，都会感到心惊肉跳。他想控制自己不看别人，如走路、吃饭都低着头，不敢到人多的地方去，但在他思想中却愈是想要与别人对视。偶而真的与别人目光对视了，他就紧张害怕到浑身发抖，面部肌肉抽搐，为此他痛苦不已，曾想弄瞎自己的双眼，也曾想轻生，但却下不了决心。

诊断分析

很明显，该生患有严重的对视恐怖症，这是社交恐怖症中的一种，一般起因于患者自身的人格特点、敏感、多疑、胆小，担心别人能从其目光、眼睛里看出其内心的秘密，故不敢和人对视，咨询的关键是打破患者的这种猜

測和疑慮。

七、忧郁症

抑郁症是在长期持续的精神刺激因素的作用下而产生的一种以情绪低沉、忧郁、沮丧焦虑和自责自罪为主要表现的一种神经病。病人一般有自知力，能主动求治，而且与周围关系良好，日常的工作，学习及生活无太明显的异常。

病因

1. 人格因素忧郁症患者一般具有忧郁性人格障碍，其特征是情绪低落、寡言少语、喜欢思考、精神不足，凡事均看得悲以，回忆过去谴责自己，展望未来缺乏信心，面对现实则困难重重等。

2. 社会心理因素忧郁症常由于社会心理因素等诱发，如夫妻的争吵、离异、亲人的分别、意外的伤残、工作困难、人际关系的紧张等，另外，严重的躯体疾病等因素，患者担心，焦虑等，以致发生抑郁、苦闷、沮丧。

症状表现

1. 心理障碍扰郁症的主要表现为病人特别地多愁善感，情绪极端消沉、沮丧、忧郁，有时也可有焦虑、紧张情绪；对人、对事都缺乏应有的兴趣，病人既不愿主动去接近别人或主动地去做事，也不愿意听从别人的劝告；终日沉溺于自己的创伤性体验之中而不能自拔，凡是与精神刺激因素有联系的情境，都能引起病人的情绪反应，即使时过境迁，仍然会“触景生情”。病人总是消极悲观，严重时有自责、自罪以及厌世观念，因此，常常企图自杀。

2. 躯体障碍由于在抑郁情绪的影响下，常出现身体不适感如头疼头晕、食欲不振、动作迟钝和全身乏力等。

3. 睡眠障碍入睡困难，睡后易惊醒，恶梦不断。

病例

例一：祸不单行的女职员

患者，女性，27岁，某机关职员。患者出生于农民家庭。父母均无文化，她自小勤奋好学，家中寄予的希望很大，她也想依靠自身的努力使父母生活得更好一些，因此，她自小就埋头苦读，从小学到高中、到大学，她学习都很好，但由于一心读书，很少交朋友，根本没有什么知心伙伴，因此，常感到很孤单，很寂寞，尤其是参加工作后、在机关上班，工资较低，仍旧无法救济家中父母，心里很自责，另一方面，她很难与人相处，总是一人独来独往，心中也很想与人交往，但又不敢，也不知道怎样去结交朋友，四年前经人介绍和一同事结婚，但两人感情基础不好，常为一些小事吵架。因此，两年来她有一种难以言状的苦闷与忧郁感，但又说不出什么原因，总是感到前途渺茫，对一切都不顺心，老是想哭，但又哭不出来。即使是遇有喜事，也毫无喜悦的心情。过去很有兴趣去看电影、听音乐，但后来就索然无味工作上亦无法振作起来。她深知自己如此长期忧郁愁苦会伤害身体，但又苦于无法解脱，并逐渐导致睡眠不好、多恶梦及胃口不开有时她感到很悲观，甚至想一死了之，但对人生又有留恋，觉得死得不值得，因而下不了决心。

诊断分析

这是一例抑郁症患者，自小在“长大后帮助父母”的动力下埋头苦读，“两耳不闻窗外事”使她缺乏知心朋友，缺乏结交朋友的能力，工作上，婚

姻上的不愉快使她感到“万事均不顺”，感到很悲观，长此以往，抑郁症状就自然而然地发生了。

第三章 人格障碍及典型病例

人格障碍

一、人格的成分及人格障碍

人格又称个性，它表现为个别差异，人与其他人相区别的特质或个人特征，是一个人在与其环境相互作用过程中所表现出来的独特的行为模式、思维方式和情绪反应的特征。

人格（或个性）包括下述四个主要部分：

1. 个人的需要、兴趣与爱好、思想与信念等心理活动的倾向性；
2. 情感反应与心境的倾向性、乐观或抑郁、焦虑或平静、暴躁或温和等；
3. 意志特征与行为方式的选择性，如果断或犹豫不决、坚强或怯弱、好动或爱静、合群与孤僻等；
4. 认知能力特征，感知能力的敏锐或迟钝、观察的细致与粗糙、注意力与记忆力的强弱、想象力的丰富与贫乏。

人格主要表现在社会活动的人际关系中，在社会生活中得以塑造和发展。因此，我们将对社会生活适应良好的人格称为正常人格，反之，将不能适应社会环境、待人接物、为人处事、情感反应和意志行为均与常人格格格不入或不相协调，给人一种“脾气古怪”感觉的这种人称为人格障碍患者。

人格障碍是指一种发展的内在不协调，是在没有认知过程障碍或没有智力障碍的情况下出现的情绪反应。动机和行为活动的异常，这种人格发展的不协调若是出现极端的表现就是异常的心理障碍。如，一个人抽象思维过分地或畸形地发展，就会变得过分理智化，缺乏“人情味”和应有的情感色彩。而一个人形象思维过分或畸形发展，就会陷于幻想之中，或感情用事，有较高的受暗示性，显得矫柔做作。因此，人格障碍患者常常难以正确估价社会对自己的要求，及自身应采取的方式，难以对周围环境作出恰当的反应，难以正确地处理复杂的人际关系，常常和周围的人，甚至亲人发生冲突，对工作缺乏责任感，经常玩忽职守，甚至超越社会的伦理道德规范，作出违反法律或扰乱他人的危害社会的行为。

有人将人格障碍和精神病等同起来，范围内这是不正确的。它只是“一种正常人的病症”，是正常的变异。因此人格障碍缺乏起病的病因，发病日期、病程和转归等作为一种疾病所必具有的特征。所以，人们将人格障碍归为精神病和正常的中间环节，既不是“精神病”，又不是“正常人”。

二、导致人格障碍的因素

遗传因素

俗语说：“种瓜得瓜、装豆得豆”，表明生物界的遗传现象，人类作为万物之灵，其延续和发展是离不开遗传的，大量的研究表明人类的许多行为，包括人格障碍受遗传的影响，如在家谱调查研究方面，卡尔曼指出人格障碍的发生率与血缘关系成正比，即血缘关系越近，发生率越高，斯莱特调查 8 对单卵双生儿和 43 对异卵双生儿，发生人格或神经官能症的同病率，单卵为 25%，异卵为 20%；对被收养人与其亲生父母的人格障碍的一致率进行研究。由于被收养的人很早就与其亲生父母分开了，几乎没有受其亲生父母的后天影响。结果表明：亲生父母有人格障碍的，被收养子女患人格障碍的概率高，这些研究都表明遗传因素起着一定程度的影响作用。

生理病理因素

虽然至目前为止，尚未发现人格障碍患者在神经解剖生理上存在病态，但一般都认为他们在神经系统的先天素质特点上有不健全的地方。如脑电图检查发现半数人格障碍者常有慢波出现，与儿童脑电图相似，表明其大脑发育成熟延迟。攻击性人格障碍患者，睡眠脑电图颞叶常有阵发 6—14/秒高波幅脑波。

另外，孕期与两岁内婴儿的营养不良。缺乏充分蛋白质、脂类与维生素供应，影响大脑正常反应。可能引发智能和适应性行为的正常发育与情绪稳定性。围产期与婴幼儿的轻微脑损害，如产伤、窒息、头部外伤、传染病与毒感染，少年期就开始表现注意力分散、多动、冲动等人格障碍特征。

社会 - 文化环境

某种特殊的社会 - 文化环境的潜移默化的影响，可能是形成人格障碍的关键性因素，如不良家庭与学校教育、不良伙伴与亚文化集团的熏陶，接受了不同于大多数人的社会意识与价值观念，接受大量淫秽、凶杀等内容的小说，影像等文化媒介的诱惑，社会解体、法律松弛等都是培养异常人格的温床。尤其是生长在破裂家庭，父母的离婚或死亡，父母有酗酒、吸毒、斗殴、偷盗、淫乱行为、人格障碍或犯罪记录、父母的遗弃、虐待、专制或溺爱、放纵、均易于形成儿童的异常人格。

总之，促成人格障碍的因素是多方面的。这些因素相互作用，共同促发异常人格的出现，只是在某一具体病例中所占地位的主次或比重略有不同而已。

三、人格障碍的特点

根据大量的调查研究，发现人格障碍主要表现为以下几个共同特点。

1. 早发性人格障碍的特征往往从儿童期就有发端，到青春期开始显著。逐渐而缓慢地发展，因此找不到准确的变态时间；
2. 生理性人格障碍患者从解剖生理上看，可能有某种神经系统功能上的障碍，但一般都没有神经系统的具体的病理变化；
3. 社会适应性情绪不稳、缺乏感情、易激动、行动常受偶然动机和本能支配，自制力差。经常与周围人甚至亲属发生冲突，做出不符合社会与道德规范的事情；
4. 终生性人格障碍形成后一般不易改变，甚至持续终生，具有相对稳定性。只有少数人，在中年以后，由于经验与教训和精力不足等原因而自动缓解；
5. 意识性人格障碍患者一般来说意识是清醒的，认知能力也保持完整。能正确处理自己的日常生活和工作，能理解自己的行为后果，也能理解社会对自己行为后果的评价标准。

四、人格障碍的类型及表现

由于人格障碍的表现十分复杂，因此，不同的人根据自己的经验和知识偏爱将人格障碍划分为不同类型，下面是根据 1980 年的《心理障碍的诊断与统计手册》（DSM - II）中以临床常见的描述将人格障碍分为三大类群。

1. 以行为怪癖、奇异为特点，包括偏执型、分裂型和强迫型人格障碍；
2. 以情感强烈、不稳定为特点，包括癡病型、反社会型、冲动型人格障碍；
3. 以紧张、退缩为特点，主要是依赖型人格障碍；
4. 其他类型，如循环型、边缘型人格和自恋型障碍；

五、各种人格障碍的特征及病例

偏执型人格障碍

偏执型人格又称妄想型人格，其行为特点常常表现为：极度的感觉过敏，对侮辱和伤害耿耿于怀；思想行为固执死板，敏感多疑，心胸狭隘；爱嫉妒，对别人获得成就或荣誉感到紧张不安，妒火中烧，不是寻衅争吵，就是背后说风凉话，或公开抱怨和指责别人，自以为是，自命不凡，对自己的能力估计过高，惯于把失败和责任归于他人，在工作和学习上往往言过其实，同时又很自卑，总是过多过高地要求别人，但从来不承认别人的动机和愿望，认为别人存心不良，不能正确、客观地分析形势、有问题易从个人感情出发，主观片面性大；如果建立家庭，常怀疑自己的配偶不忠等等。持这种人格的人在家不能和睦，在外不能与朋友、同事相处融洽，别人只好对他敬而远之。

病例

例一：别人为什么总是刁难她

某女，36岁，已婚，汉族，中专文化，技术员，6岁时父母离异，她随母改嫁。母性格多疑，常为小事与丈夫争吵。其上小学后表现疑心重，不合群。初中时，多疑敏感更加明显，常向老师告状“某同学说自己坏话”，“某同学联合别人孤立自己……”。老师经常调查发现并非如此，向其解释但不能使其解除怀疑，反而更加恨恨不已，认为老师有意偏袒。学习上很用功，成绩亦较好，自称一定要超过同学，比谁都强。参加工作之初，表面上对同事热情，主动接近领导，但不久就疑心同事及领导看不起自己，对分配的工作挑肥拣瘦，总认为别人占了自己的便宜。常为一点小事与同事争辩不休，耿耿于怀。因此与同事的关系日益紧张。别人小声交谈则认为是在议论自己，大声说笑则认为是对自己的嘲弄。为此曾数次向领导哭诉，要求调动工作，未允。从此记恨领导故意刁难自己。结婚后对丈夫管得很严，不许在外逗留，不许与别的女人接触。一次偶然发现丈夫与一女同事走在一起，回家后反复进行盘问“你们是什么关系，都说了些什么”，此后常对丈夫进行跟踪并干涉丈夫的一切活动，使丈夫异常烦恼。他们居住在大杂院里。邻居洗衣服时，水滴到她门前则认为故意为之，开收音机则是故意吵自己。为此常指桑骂槐，继而发展成对骂。一次终于发展成武斗。结果两败俱伤，该女被送进了医院。诊断分析

患者由于幼年父母离异造成心理创伤，破裂的家庭环境使她形成敏感、多疑、不信任的人格特点。人格发育逐渐偏离常态，与人无法建立正常关系和正常相处。

例二：他为何怀疑一切

邵×，男，18岁，高中三年级学生。该行学习成绩较好，平均分数85分，智商107，该生经常与班主任顶撞和表现出反感情绪。对班集体活动和班干部的工作安排，经常呈逆反心理和违拗行为。粗一看这是思想落后，脾气不好的表现。经过心理测定，发现他的心理量表分值较高，尤其“偏执”一项分值颇高。在个别精神检查中，发现他是一位典型的偏执性格缺陷者。

他说：“我这个人自小对任何人，包括对自己的老师、同学和父母亲都抱着怀疑的态度”，“我对世界上任何人都不持信任态度，存有戒心。老是猜疑他们居心不良，不怀好意。看不习惯后就要顶牛，发脾气，压不住火”。用人格量表测定是典型胆汁质、外向性格。

诊断分析

患者为人直爽急躁，爱与人争执，刚愎自用。最大的毛病是不能很好的适应现代社会生活，尤其难以处理好各种人际关系，老是与别人闹矛盾和冲突，故妨害身心健康和积极的人生追求。

分裂型人格障碍

分裂型人格障碍又称为敏感孤独性格。患社交恐怖症、脸红恐怖症，广场恐怖症的患者，多半持有这种性格，男性多于女性，是青春期常见的一种人格障碍。

分裂型人格障碍患者通常表现为：内向、孤独、不合群、不爱与他人交往，尤其回避繁华的群体环境，喜欢索居离群，自行其事，独来独往，情感反应冷淡，尽管避免与人产生亲密的关系，缺乏热情和激情，他们通常对人既无温情，又无情感交流，冷漠平淡，不通人情，是一个处世待人刻板无情的“怪人”，只有极少数的亲近朋友，兴趣索然，甚至对父母也情感冷漠，平时沉默寡语，对外界事物缺乏兴趣，对表扬和批评也处于无动于衷的超然态度。喜欢一个人躲在房子里看书，想事或做白日梦，在别人看来冷漠孤单，超然自大，分裂型人格障碍患者的思维能力和智力活动不一定低于常人，其中的少数一部人可能毕生沉醉于某种专业中，并做出突出的成就。

病例

例一：迷恋气功的大学生

患者、男，23岁，某师范大学哲学系本科三年级学生。大学三年以来、虽然同宿舍这么长时间，但从不和宿舍同学一起聊天、谈话，也很少见有同学、老乡来找他，因此，同学们都背后戏称他为“怪人”。

他终日离群独处，冥思苦想，偶尔交谈亦不能与人合拍。说的竟是些“玄论”，令人莫明其妙。他学习成绩不错，但性格孤僻，对人冷漠，又很怕羞，敏感。从不肯在公众场合出头露面，也没有什么知心朋友。在一段时期里，他突然着迷于气功，经常不上课，外出去找什么“气功大师”传授“功法”。回来说早晚面壁练功，搅得同学都非常反感，劝也不听，止也不住。他一味我行我素，行为好不奇怪，简直像个“外星人”似的。当学生尚且如此，工作以后适怎能适应社会？同学们都为他着急，他到底怎么了？

诊断分析

患者属于典型的分裂型人格障碍，其脑子里充满着各种体验，感觉和想法，因此往往沉溺于奇异的幻想和自闭性思考。外界事物皆被他摒弃于脑外。因此了脾气古怪，总是躲开大家，看到同学也不打招呼，讲起话也不适应气氛和场合。

例二：“性格古怪”的科学家

国内有一位非常著名的科学家，曾经在科学研究中做出卓越的贡献、解决了一道举世公认的科学难题。尽管在科研上出类拔萃、但是他是一位心理

缺陷者。他为人非常孤僻内向，整天关在小房间内埋头学习研究，攻克科学难题。平时很少与外界接触，谈不上有社会 and 人际交流。他为人沉默寡言，兴趣索然，生活随便，给人一种“性格古怪”的印象。至 40 岁左右，经人催促才组织家庭。婚时不知道如何操办家具布设，婚后不知道上街购物，料理家务。由于对外界反应不敏感，社会适应性和应变能力很差，多次发生车祸，造成较严重的后遗症，给身心带来危害，影响事业的进一步发展。

诊断分析

患有分裂型人格障碍并不代表智力、认知水平低下、正是由于该种人格障碍患者能专注于内心的体验，不受环境干扰，进行自闭性思考，若能毕生沉溺于某一专业，一般都能取得较突出的贡献。

强迫型人格障碍

亦称强迫固执性格。持有此性格的人，其特征为做事谨慎，过分墨守成规，缺少随机应变。其优点为责任心强，谨慎小心、善用理智；但常常太顾虑小事，而忽略了大事。有时，因顾太多，且怕犯错误，常难于作决定。其主要症状是：把事情的黑白、错对分得很明显，不会通融；内心常伴有明显冲突，徘徊于服从或反抗、控制或暴发两个极端。这种人容易与人竞争、比较，过分注重干净、金钱、时间等，常常害怕表露情绪，不习惯体贴、温柔的感情，缺乏幽默，不易与人作情感上的来往与交流。有这种性格的人，适合于做理智性、有规律的工作。但不适合做变化无常的事情和要付感情的场所。假如事情很含糊，这种人会感到极不适应。在心理方面，常因无法控制自己强烈矛盾的内心冲动和欲望而崩溃。

强迫型人格缺陷主要表现在行为上和思想上两种强迫形式。前者表现力行为小心谨慎，后者表现多思多虑，那怕是细小事情也力求完美，生怕出错。这种人格障碍的最大危害是发展成为强迫性神经症。

病例

例一：担心细菌染身的大夫

患者，男，22 岁，某医科大学本科生。

有一次他的睾丸皮肤发痒，抓破了点皮，在上药膏后，他又觉得手不干净，会不会有可能像黄曲霉素一类致癌物质进入体内，危害自己，危害下一代健康？（因为他们在课堂上正好学“微生物的危害”一章，胡思乱想。）可是他又不能彻底否定自己的想法，犹豫不决，弄得他非常苦恼。还有一次晚上，他和侄子在吃面包，他家的狗在他面包上嗅了一下，当时不知碰到面包没有，他又忽然想到，狗是否带狂犬病毒呢？他的这些想法、他明知不对，但对不能彻底摆脱。这种情况从小学就有，目前有所发展。

患者对病菌存在着强迫性恐惧念头，可能源于他自身是学医的，了解病菌危害性，这种了解更加提高其“警惕性”，加以早期存在强迫念头，两者综合起来就导致其人格障碍。

例二：行为刻板的年轻人

刘某，男，21 岁，乡镇企业工人，小刘原系县郊重点中学学生，学习成绩优秀。由于强迫人格，使他难以进一步深造，高中二年级时退学回农村。

在初中时，他就显露出强迫型人格特征。当时由于用功读书学习，不注意用眼卫生，得了近视眼，配上了眼镜。他所在的村子几乎没有人戴眼镜，由于本人爱面子，怕村里人笑话，因此放假后亦不敢外出，成天呆在家里。高中一年级时学习紧张，强迫人格显得更为明显了，他变得循规蹈矩，行为非常死板，办事效率极低，凡事要求十全十美，生怕出差错而遭人讥笑，对自己的生活，硬性规定许多高要求和标准，哪怕做一件细小事情都要按照自己规定的刻板方式去完成。如做作业时，课桌上的东西必须收拾得干干净净，要是课桌上放一支笔或一本多余的书，就要担心和分心，唯恐这件东西的存在会影响自己的注意力，使自己学习不专心，因此非要放好后再做功课，摊被子要摊得非常平整，穿衣服一定要非常整齐无皱折，穿袜子一定要将袜底抹平，他不敢穿带补丁的袜子，因为担心不平整，写字时如果写得别扭（自己认为，实际上并非如此），定要涂掉后再写，否则会担心影响自己的思维效果，导致不必要的分心。

诊断分析

刘某由于强迫型人格障碍使他失去继续学习和继续深造的机会，的确让人感到十分的可惜，强迫性观念使患者内心压力很大，不得不做出强迫性行为以消除内心冲突，这种强迫性行为又进一步强化其内在观念，形成一种恶性循环，治疗的关键在于提高其认知水平，从打破循环入手，消除强迫观念和行为。

癡病型人格障碍

癡病型人格障碍又称为表演型，戏剧比人格障碍，这种类型的性格多见于女性，各种年龄层都可能发生，但是以青少年和中年女性多见。男性患者较为少见，并且常在 25 岁以下。

持这种人格的人，其特点为表现戏剧化、善变、做作，喜欢吸引他人的注意和关心；且有强烈的情绪反应，喜欢生活有变化及其有兴奋的事情发生。这些特点，刚好与强迫型性格者相反。持有这种性格的人。常常以自我为中心，依赖性很强，需要别人的支持。喜欢挑逗别人，诱惑异性，或玩弄、威胁别人。表面上看，这种人很容易与人接触；并很快熟悉，可是很难进一步交往。此种性格的人大多善变，易于被暗示，做事随便，不善于做仔细的计划。若是女性，则喜欢过分表现其女性特征，并追求时髦；若是男性，穿着较浮华、或过分表现其男性气概。这种人通常易于处事自己的感情，特别是对深刻的爱情。表面上看这类人的穿着、动作、言语常富于挑逗、诱惑性，但事实上。其目的并非男女之间的挑逗或诱惑，而是在寻找别人的夸奖、许可与保护，与性无关。

病例

例一：生活如演戏的女秘书

患者，女，23 岁，文秘工作、她从小就是一个爱说爱笑、喜欢唱歌跳舞惹人欢喜的孩子，亲友们都说她长大后能当演员。父母对她也十分宠爱。可是长大了却变得让人无法忍受，什么事都得随她的意，否则就哭闹不止。平时她只注意穿着打扮，炫耀自己，在工作单位只顾于出风头的事，喜欢表扬，不能批评，领导和同事稍示不满，她就哭天抹泪甚至躺倒不上班。她待人处理都模仿影视中的角色，说话也真真假假，生活就像演戏一样。

诊断分析

该女孩患有“表演型”人格障碍，表情夸张象演戏，感情多变，易受暗示的影响，经常渴望表扬和同情，爱出风头，感情用事，用自己的好恶判断事物，一切随己意。

例二：任性姑娘

一位打扮得花枝招展的摩登女郎，连门都没敲就走了进来，刚刚坐下，就急切地谈自己的苦恼。原来，她多次恋爱不成，心情不快。最近一次“失恋”是因为一次看电影时小伙子迟到了十分钟，她便一甩长发，飘然而去了。之后，她很伤心，谈着谈着，泪水就流了出来，弄得医生也有些不知所措。

引起医生注意的是，她的叙述似乎是在念剧本里的台词，且常常添枝加叶，不时还要偷看一下医生的反应，若医生面露同情之色，就越发起劲，手舞足蹈，开始的忧郁与不快早就烟消云散了。医生发现，这位女郎的叙述只在于引起医生对她的注意和重视，自己却并无深刻的情感体验。医生向她作了一些解释和保证之后，她便欣然离去，临走时还坚持和医生握手，反复说着感激的话。

没过几天，她又来了，依然是浓妆艳抹，衣着很暴露，处处洋溢着青春活力。她言谈举止中，不乏向男医生挑逗和卖弄风情的成份，这引起了医生的警惕。她继续用夸张的语言叙述她那一次又一次的失恋史，并且常掉出几滴眼泪。接着她岔开话题，要医生下周某个时候到公园去给她进行一次咨询，遭到医生的拒绝，她便勃然大怒：“你们医生怎么能这样对待病人？”这次，她是气冲冲离开诊室的。

后来，医生从她的一位当护士的同学那里了解到关于她的一些情况。她小时候就非常喜欢在各种热闹场合抛头露面，常在客人面前卖弄各种小聪明，以博取他人的夸奖，别人越夸她越来劲。她有许多“朋友”，但同时常常不明白就和朋友们弄崩了，所以，她大多数时间处于孤独之中。了解她的人，都认为她这个人自私、虚伪、不可靠。她约会迟到几乎成了习惯，但却总是有理由。她是个很有竞争力的女孩，可她嫉妒心却极重。一次，一个同事穿了一件新衣服，得到大家的称赞，她却拨开众人，“哼”了一声，转身就走了出去，弄得大家不知所以然。

在家里，她是独生女，从小就娇惯无比，一直到现在，她仍然像孩子一样固执，动不动就使小性子，哭闹无常，非得母亲又哄又劝才肯罢休。

反社会型人格障碍

反社会型人格障碍又名无情型人格障碍、悖德型人格障碍。在犯罪人群中较高的比例（10% - 50%）。

这种人生性自私，只顾自己利益或享受，不考虑他人的立场与利益。而且为了自己的享受或利益，常常冲动地采取行动，做出一些妨害他人或公众的事情。比较缺少羞耻或罪恶感，常责备或归罪他人，对自己的过错总有理由来辩解。久而久之，被人们所讨厌，看作是自私自利和不讲公德的人。从心理上来看，持有这种性格的人有几个特点。通常说来，这种人急于得到享受与满足，无意延缓。也无法忍受不安、焦虑的感觉，常需马上采取行动来解除内心的不安，如逃走、打人或偷东西。所以严格说来，其冲动行为是一种对不安和焦虑的防卫反应。

例一：他的恶习源于哪里

张×，男性、34岁、已婚、汉族、河南籍、中学三年级毕业，出身于工人家庭。父亲性格暴躁有饮酒的癖好，每于酒后即撒酒疯、打骂妻子和孩子。张某上小学后不好好学习、常打架、欺侮小同学。十岁即表现凶顽及恶作剧、虐待小动物。一次上课前将一只被肢解的青蛙放在粉笔盒内，当女老师取粉笔时，触到死青蛙，吓得失声大叫起来。张某因此受到停课处罚。张某有偷拿习惯，有时偷同学文具，有时到邻居家中，看到喜欢的东西就顺手偷走，为此多次被父亲毒打但毫无改悔。上中学后开始吸烟，为了买烟常偷家中钱或编造谎言称学校要交××费，将钱骗走买烟抽。初中三年级时因多次斗殴违返校规被开除。十七岁时去一家工厂当学徒工，工作不久自己觉得活累、挣钱少，即开始旷工并到处游荡。一次外出漫游半个月，返家时衣衫褴褛面容憔悴。此后数年间频频更换工作，生孩子后生活很困难，但张某根本不管家，致使妻携子离去。

不久张某私自非法开一小煤窑并雇用三个外地民工。张某用极简单的工具逼三人干活。仅给以很少报酬，自己却每天饮酒闲荡，不如意则打骂工人。一次夜间张某拿一瓶酒强迫一名工人喝，被拒绝，张某大怒，骂之余又用棍追打之。该工人被打倒在地求饶，他仍不肯住手。由于不堪忍受，该工人当夜自杀身亡。当地有关部门经调查，认为张某无证私开煤窑令其立即关闭，并对工人死亡事件进行调查。调查中，张某大吵大闹反而要求赔偿其停业损失，并到处告状，声称不达目的，死不罢休。”

张某是典型的反社会型人格，他这种人格的形成“得益”父亲的不良教育方式，父亲的酗酒、撒酒疯、打人都对张某起到潜移默化的作用，使张某长大后也以同样的方式对待家人、他人和社会。

例二：年轻人为何不学好

李某，男，23岁，未婚，无业，小学文化程度。自幼顽皮，动辄与家人争吵，摔打东西，有一次吵架时用螺丝刀刺伤其兄。8岁入学。成绩一直很差，老师多次家访，其母百般袒护，小学四年级自动退学。终日迹于火车站，夜不归宿，与一伙坏友鬼混，致使一女青年怀孕后自杀。从小打架扒窃成习，十五岁时因盗窃行为入少管所三年，十八岁又因偷窃送劳动教养，十九岁因报复行凶、致人重伤而判处六年有期徒刑。

李某在监狱中表现为不守监规、偷盗仓库，与其他犯人斗殴，辱骂管理人员，劳动时不遵守操作规程，致使一台牛头刨床严重损坏。造成停产。某日在挖土时又与另一犯人发生口角，用锄头连击该犯人的面部、腰部，造成当场昏倒、颧骨骨折。当晚李某自觉问题严重，即自备方便面、鸡蛋、白糖等向被打伤的犯人赔理道歉、企图息事宁人，审讯过程中否认有意伤害，到第三次提审时破口骂办案人员，并威胁说：“咱走着瞧，就是这次加了刑，出去还有见面的时候！”。次日绝食、缄默、裸体、头击铁门，有时又偷吃东西，要同监犯人证明管教干部打了他，给家中母亲遗书，扬言要自杀。被送来作精神鉴定。

李父系汽车司机，嗜酒，情绪暴躁，与同事关系不睦，对子女冷淡，常

用木棍、砖块欧打子女。李母性格刁泼，常与邻居架。哥自幼患癫痫，性情怪癖。有偷窃习惯，对家人凶狠，后经检查，李某神经系统无异常，脑电图正常，无精神障碍。在药物催眠状态下小声说话，长吁短叹，感到冤枉，说被打的犯人是他平素最尊敬的，不是有意去伤害他，是他自己跌伤的，却反咬一口是他打的。否认自己重新犯罪、否认有精神病。

诊断分析

同例一一样，李某是典型的人格障碍患者，其不健康的家庭环境是导致这种不幸的根本原因和直接影响因素。由于反社会型人格障碍患者具有极高的犯罪倾向，因此，加强家庭教育，避免不良早期教育是预防犯罪，保持社会安定的重要手段。

冲动型人格障碍

冲动型人格障碍，又称暴发型或攻击型人格障碍，攻击型人格障碍是青少年期和中青年常见的一种人格障碍。

冲动型人格障碍又分为主动型人格障碍和被动型人格障碍。主动型人格障碍常表现为：

1. 情绪易躁易怒，存在无法自控的冲动和驱动力；
2. 性格上常表现出向外攻击、鲁莽和盲动性；
3. 冲动的动机形成可以有意识的，亦可以是无意识的；
4. 行动反复无常，可以有计划的，亦可以是无计划的。行动之前有强烈的紧张感，行动之后体验到愉快，满足或放松感，无真正的悔恨，自责或罪恶感；
5. 容易产生不良行为和犯罪倾向。

而被动攻击型人格障碍则是以被动的方式表现其强烈的攻击倾向。这类人外表表现得被动和服从，内心却充满着敌意和攻击性。

病例

例一：不尊重父母的待业青年

葛×，男，23岁，高中文化，待业。患者上有一姐、自幼跟外地的奶奶生活，6岁回京上学时方回到父母身边。小学学习成绩好。平素寡言少语，同学关系好。父母对患者学习要求较高，初中二年级时因父亲劝其学习与父争吵，此后经常言语顶撞父亲。待业时常因细故骂父母“废物”，“老不死的”。19岁一次父子吵架后患者动手打父亲，此后经常动辄打父亲，开始是争吵后再打，渐发展为稍不如意就动手打人。几乎每天要打父母一次。平常对父母讲话不是命令指责便是漫骂。此种情形在入院前半年尤重。父母（主要是父亲）被打后只能忍气吞声，从不敢追究患者，更不敢对其批评、指责。入院前两个月患者父亲一直住在自己单位不敢归家。患者虽在家里很凶。但在外从不与人打架，甚至很少与人争吵，当临时工时与工友能保持较好的人际关系，患者被骗住院后精神检查未见精神病性症状。对医务人员有礼貌。对父母骗其住院愤愤不平。对打父母毫不反悔。认为自己没病。“该住院的是他（指父亲）！”“为什么两个人打架把我一人关在精神病院里？”

例二、孤僻的杀人者

患者牛某，25岁，因杀人而蹲监狱。下面是牛某的经历：

尽管当牛某3岁时父亲就去世了，但是他一般说来还是有一个愉快的早期童年。一天，当11岁的牛某正坐在卧室里玩游戏时门铃响了。当他起身去开门时，他妈妈大声告诉他不要开门。作为那个年龄孩子的典型，他把妈妈的话当作一种挑战接受了并打开了门。他的妈妈的男朋友（情夫）走了进来，当他妈妈从厨房里出来时，她的情夫掏出手枪打死了她。在之后的几年里，他哥哥和姐姐常常对他说：“你就是妈妈的死因。”牛某也日益变得退隐了。

除了在体育活动时以外，牛某的同伴都回避他。在体育活动时，因为他纵情地玩，所以他很出色。同伴们都知道虽然他很快就会理解他们奚落人的话，但是如果他最终产生反应的话，那将是带有一种危险的暴怒。他在学习的功课越来越差劲而且有些老师认为他的智力落后。夏季，一个宁静的下午，当时他18岁，他站在市商业区的交叉道中间用手枪开火打死了一个人并打伤了几个人。当他把子弹打完后，他还在不断地扣扳机直到他被抑制住为止。

在监狱里，尽管牛某在其他方面很亲切并且抱合作态度，但是由于他偶尔向别的犯人发火，所以很多时间他都是被孤独地关禁闭。

例三：一句不合砍妻子

患者，男，30岁，农民。家中兄弟四人，排行老四，从小就得到祖父祖母的宠爱，父母亲的厚爱，家中好吃的都要先让他吃，姐姐，哥哥遇事都让他三分，于是培养他骄横拔一，简直是家中的皇帝，要星星不敢给月亮，发起脾气来敢放火烧房子，谁也不敢招惹他。长大后在媒人的搓合下，同邻村的一女人结婚，婚后从没有给妻子什么恩爱之情，性格凶暴，稍不如意就对妻子非打即哭，打起人来从不知深浅，甚至有时拿刀动杖。有一次只为了一句话没说好，生气，就用切菜刀把妻子头部砍伤。他这样莫名其妙地发脾气，一年不知有多少次，其妻痛苦不堪，只好与其离婚。

诊断分析

三位患者的发病原因虽各不相同，但他们都属于主动冲动性人格障碍。主动攻击型人格障碍和前面的反社会型人格障碍颇为相似，但两者仍有所区别，主动攻击型人格障碍的行为以自控能力低下为特点，而反社会型人格障碍则以情感和意志行为诸方面的缺陷为特征。

依赖性人格障碍

依赖性人格障碍患者一般缺乏自信、自以为难以独立、自愿从属别人、任凭别人左右。如儿童时生活需靠父母安排；成人时职业需靠配偶和他人决定；为了获得别人的帮助，不惜迎奉讨好，而且这类患者普遍表现为精力不足易疲劳，常为小事伤感、缺乏生活的乐趣。

例一：姑娘为何不愿交朋友

患者，女25岁，某工科大学毕业生。从事于计算机工作。病人出生于知识分子家庭，父母均为大学教授。病人在家行二，上有一个姐姐，已婚，不在家。目前一家有三口人。

病人因是老么，自小较受父亲宠爱，在家什么小事都由父亲替她干，较少自己独立作自己的事。上小学时，因怕路上会危险，都由父亲陪伴上学。

周末想出去玩，也常由父亲陪带。由于这种长久的习惯，就是上了大学以后，病人也很少在学校与同学交往、不用说，很少与男同学交往过。每天放学就回家，在家处处事事由父亲决定或代替办理。

虽然父母俩都在大学教书，但性格上父亲较母亲精明能干，作事有主见，处理问题能力强，因此父亲在家庭中占主导地位；病人自小就很敬佩父亲，并且事事都依赖父亲，并以此为乐。在家庭中父亲极注重孩子的思想教育，与孩子经常沟通思想，帮助孩子处理或决定事情；因此孩子有问题或困难，也都找父亲帮助，在心目中也较尊重父亲。无形中，女儿跟母亲就缺乏亲近，少与母亲谈女人的悄悄事。

由于病人年纪已不小，经朋友好意介绍，两个月前开始与一男友相识。该男友与病人同岁，已获有硕士学位，智力较高，是高材生。照一般情况说来，该算是很好的异性对象。但病人觉得该男友对于社会经验少一些，显得不够老练和成熟。尤其与自己的父亲相比，更显得社会能力差，不够理想。病人认为理想的男人不仅要智力超群，而且社会能力要像父样一样很能干。

可是病人内心又很矛盾。因这次总算是头次交男友，看男友跟她蛮有意思的，总要邀她出去，想跟她亲近，结果让她觉得心慌，不知如何去应付。一方面脑子里想，这个男友不够理想，却又想到自己年纪也不小了，女儿长大该出嫁，不能太挑剔。但最糟糕的，还是发现自己慢慢喜欢上这个男友，但又担心将来失去能干的父亲，需自己独立处理，那又怎么办。

有件事需要提的，是当病人从小学进初中时，即大约十三岁时，因父亲已不能陪她上学，病人有所反应，曾一度发生情绪上的毛病，患了抑郁症。当时看了精神科医师，并经父样细心照顾以后，短期内就好转。但这次病人又开始忧虑，怕万一有一天自己又生病了，自己照顾不了自己，而将来的丈夫又不能干，不会细心照顾她，那怎么办等等。总之，由于这些一连串的心理烦恼，让病人脑子里觉得很昏乱，也恐慌、紧张，不知所措，唯恐自己会发疯起来。

诊断分析

很明显，患者是由于自小依赖且爱慕父亲，缺乏独立自主的性格。一旦遇到与父样疏远的情况，就产生心理恐慌的反应。如初中父亲不能再会接送，找男朋友都说明她的人格是一种依赖型人格。六、其他类型的人格障碍

六、循环型人格障碍

人格障碍除了上面七种可归类的外，还有一些其他的无法归类的，如循环型人格障碍、自恋型人格障碍。

循环型人格障碍

循环型人格障碍得指生活中听见的情绪高涨与忧郁低下极端波动的人格类型，一般女性多于男性。

情绪兴奋时表现兴奋高涨，活跃乐观，有发自内心的欣喜和满足感。此时雄心壮志，精神振奋，非常自负，自我评价很高，社会活动能力很强，有夸大的认知倾向。时同还表现出性格急躁，不遂心时容易激动发怒。思想行为缺乏专一性和持久性，情感不深刻，容易感到疲惫，波动不稳定。情绪低落时，则表现忧郁低下，对任何事物缺乏兴趣，精力和体力不足，悲观沮丧，少言寡语，懒于做事，遇事感到困难重重，一愁莫展。作者在青少年心理卫生调查中发现本型心理缺陷者占2.3%。

循环性格缺陷，在临床上可分为三种类型：

1. 情绪兴奋与情绪低落交替型，如上所述。
2. 情绪低落型。仅以情绪忧郁为主要表现，无兴奋表现或兴奋期不明显，或为短期短暂。
3. 情绪兴奋型。单纯以情绪兴奋高涨为主要表现，情绪忧郁不明显或持续期很短，在性格特征中不占主要地位。这类人群在青少年中并不少见。

病例

例一：兴奋与抑郁的交替折磨

王××，女，大学四年级学生。患者自诉有神经症，深受其苦。她形容说：“我就像著名的海德博士一样，过着双重的生活。有时候，我精神很振奋，和人说话嘻嘻哈哈，大喊大叫，爱开玩笑，也爱活动，如收拾床铺、打扫寝室、打球锻炼，生活很有节奏，充沛了生命活力。可是，经过这一兴奋期以后，随之而来的必定是一个令人痛苦的低潮期。这时候，我又懒又馋，只是一味地往嘴里填东西，而且越是味重的越好，有时，肚子里已撑得不行，舌头也麻木，仍在往嘴里填。此外还特别不爱动，不洗碗，不叠被，不起床，生活乱成一锅粥。这时候，我最不愿意、也最怕见人。常常是拉上床帘，谁也不理。自我感觉相当差，觉得自己是一个又丑、又胖、又愚蠢的三十岁的中年妇女。可

是也很奇怪，只有在这低潮期中，我才认真地思考问题，当然，结论是相当悲观的。不过，也不用十分担心，经过这样一段非人的生活之后，我会很平静地醒来收拾残局，让自己重见天日，准备进入生命的高峰期。然而，我心里的那股无可奈何、孤独无助的凄凉感觉，是十分令人难以忍受的。我希望这只是一般的身体失调，就像我原来患过失眠症一样，凭借旺盛的生命力去克服它。可是，我现在却觉得没有希望了，因为我一次又一次地挣扎，只是在原地循环。目前，我甚至有这样的感觉：我的身体不属于我的灵魂，我的身体中充沛了一种脏的、可又不能控制的东西。我害怕我会毁在它的手里。”

除上述描述之外，患者还诉说其例假不准，经常闭经，时做恶梦，等等。

诊断分析

乍一看，患者有躁郁症的迹象，但应归类于循环型人格障碍，根据是：王××在兴奋期中并没有的躁狂病人所具有易激惹、自我夸大、思维奔逸等特征，她只是感到振奋，爱说爱动，生活很有节奏，充满生命活力，这些恰恰是循环型人格障碍在兴奋期时常见的表现；在低落期中，王××的某些症状与抑郁症相似，如悲观、自卑、退缩等，但就是在此时，王××仍不具备抑郁症患者那种思维迟钝、自责绝望等特征，当然，王××在低落期中的一些强迫现象（吃饱了仍往嘴里填东西）也是值得引起重视的。总之，循环型人格障碍，兼有一些强迫行为。因此，心咨询者认为王××患的是循环型人格障碍。

自恋型人格障碍

自恋型人格障碍就是指以自我为中心，不顾及别人来作为自己的行为准则。自恋型人格障碍患者一般具有以下特征：

1. 对批评的反应是愤怒、羞愧或感到耻辱（尽管不一定当即表露出来）。
2. 喜欢指使他人、要他人为自己服务。
3. 过分自高自大，对自己的才能夸大其辞，希望受人特别关注。
4. 坚信他关注的问题是世上独有的，不能被某些特殊的人物了解。
5. 对无限的成功、权力、荣誉、美丽或理想爱情有非分的幻想。
6. 认为自己应享有他人没有的特权。
7. 渴望持久的关注与赞美。
8. 缺乏同情心。
9. 有很强的嫉妒心。

病例

例一：想比别人高出一筹的女学生

患者系 19 岁，女性，高中毕业生。父母均为高级知识分子，有一妹就读于初中，整个家庭是奋斗型的，成员间彼此感情交流甚少。父亲道貌岸然，瞧不起女孩。母亲在顺从中求独立，但对两个女儿读书颇为关心，父亲则只讲究原则。她小学时当班长，初中时根本不和成绩差的同学往来，表现自高自大。进入重点高中对入学考试成绩不理想，开始表现不安感和与伙伴疏远的倾向。一方面是强烈的竞争心理，另一方面对是否顺利上大学有负担，时常烦恼，在信心和心境上失去优势。高中二年级出现闭经，期末考试因紧张而发生剧烈腹痛、头痛、精神上有些恍惚，拒服药物，对任何关心都抱怀疑态度，但仍能自持不甘落后。从高二下学期出现贪食和缺课，有空虚和孤独感。高三寒假中用大量感冒药片，经急救恢复，以后便间断上学，情绪极不稳定，常冲动地毁物扯衣和自伤，咬破皮肤和手指等。继而出现夜间偷食、呕吐现象，但在同学面前仍吹嘘：“考不上大学誓不为人！”贪食和自伤随情绪的恶劣而且趋频繁，由母亲伴来就医。

患者的自恋型人格障碍发病原因在于“不比别人高出一等不行”这种父母的价值观，在患者心理发展中不断地内在化，构成了自我夸大的性格核心。以高低贵贱来作为人际交往的准则，致使与同伴间的感情缺乏真实性，这是人格障碍的关键所在。再加上升学及高考的压力，夸大了“自我”受到挫折，从而产生症状。

第四章 性心理障碍、性变态及典型病例

性，它是人类性生理，心理发展的必然产物，是人类生活中最重要的一面，它既是人类社会存在，延续的一种本能行为，又是人类从事社会活动的情感寄记，同时也是人们获得幸福和欢乐的精神源泉，正常发育的成年人，不论男性或女性，都有性欲望。在条件许可下都有性行为，使性欲得的满足，性行为可以是多种多样的，如接吻、观看、拥抱、抚摸、性交等。但成年人正常成熟的性行为最终方式是异性人之间生殖器性交。即以生育为目的的异性间性生殖器性交是满足成年人成熟性欲的最终方式，其他性行为都是其预备动作。正常的和谐的性行为是美妙的，正如劳伦斯用诗化的语言所描写的那样：“她仿佛像个大海……成一个默默地、愚昧地、兴波作浪的海洋。在她的底下，海底分开，左右荡漾、悠悠地，一波一波地荡到远处，……探海者在温柔地探索着，愈探愈深，愈来愈着她的底下，……突然在一种温柔的颤颤弯中，她的整个生命最妙处被触着了，……她出世了，一个妇人”。

对于大多数成年人来说，性交是愉快的，但对于少数人而言，由于种种原因，如早期不良教育，痛苦的早期经验，性伤害等等。使其无法享受正常的性生活，出现性心理障碍，性心理障碍从大的方面可分为性机能失调和性变态两大类。

性机能障碍

性机能障碍是指不能进行正常的性行为或正常性行为中不能获得性的满足的一类障碍。性机能障碍大多是心因性而非器质性的，故又称这为性心理机能障碍。

一、男性性心理机能障碍

在男子身上，性心理机能障碍指的是不能长时间地保持阴茎勃起到足以获得或提供性满足或达到情欲高潮，常见的有阳痿和早泄两类。

阳痿

阳痿是指男性生殖器缺乏勃起反应，有性交欲望但性交时阴茎不能勃起或勃起不坚或坚而不久，以致难以进行维持满意的性交。它是最严重、最常见的男性性机能障碍，几乎一半的男性都有阶段性阳痿的经历。

阳痿可分为心因性阳痿和器质性阳痿，后者是由于生理素质上的原因，如身体虚弱，酗酒，药物作用等所引起的阳痿，前者则是由于心理因素而非生理素质因素导致阳痿，心因性阳痿是我们的重点。

引起阳痿的心因性因素主要有以下几点：

第一、早期经验。如父母对性问题的消极态度，儿童期性问题上的精神创伤等等。

第二、认知情感因素。这方面的因素可以归纳为以下三点：一性交恐惧，由于对性交媾知识甚少而轻信某种传说，认为精液是男子身体之精华，“一滴精液十滴血”，害怕射精会大伤元气，对性交存在顾虑，性交时出现焦虑。久而久之就会导致阳痿；二是情感焦虑，有的男性在性交时顾虑太多，或害怕自己的阴茎太大会伤害别人；或怀疑自己的性能力，怕女方瞧不起自己，不能满足对方性欲，或是环境不安全，提心别人发现等等都可能导致阳痿；三是操作焦虑。指男性的一种急于求成的心理状态，可能阴茎勃起还没有达到完全理想的状态和程度，男性迫切要求完成交媾过程。正是这种性交的心理，使得交媾时不能享受到双方灵肉交融时的愉快和欣悦，导致一系列的连锁反应。急切的操作焦虑，很可能会使阴茎不能继续保持其勃起硬度乃至减弱，从而增加焦虑，形成强大的心理压力，这种压力又转换为阴茎的萎缩。

第三、交媾双方的和谐关系。性交双方关系的不和谐，如勉强凑合的婚姻和夫妻。夫妻关系不和，妻子过于丑陋、患病、色衰、交媾冷淡不配合等都会导致男性阳痿。

病例

例一：受惊吓不能勃

张某，男，35岁，工从。阳痿6年，张某在某兵团农场服役时，和一女青年恋爱。一次两人正欲在野外森林中性交时，突然旁边一声震耳的枪声。两人惊恐万分，张某勃起的阴茎当即阳痿。此后，两人多次约会，尝试云雨之欢，但张某无论怎样努力也无济于事。阴茎无法勃起，女友最终和他分手。返调回城后，张某又和另一女青年相恋，双方感情融洽，但无性接触、恋情持续两年多，女方多次与之谈起婚嫁之事，张某总是搪塞推辞，至使女友认为他不爱她，关系出现裂隙，张某因有难言之隐只得四处寻医求治，服用多种中西药物均不能奏效。独自一人时阴茎尚有勃起时，但一旦面对恋人就缺乏信心，害怕失败，阴茎无法正常勃起。

例二：缺少爱情

田某，男，40岁，工人。阳痿10年。田某是家中长子，学习一直很好，非常听从父母的话，父母寄希望他能上大学。日后出人头地，田某在高三时和班上一女生相恋，青春的花苞初放，两人频频约会，立下海誓山盟，非此女不娶，非此男不嫁。不幸的是事情败露，被父母知晓，不顾田某反抗，强行转学，结果由于心情低落影响学习，没能考上大学，只好回到父母所在单位当了一名工人，儿子没能考上大学，父母全怪罪他当年的女友，不让他们两交往，虽然田某作出反抗，继续和女友交往。多年，但始终没能得到父母许可，没能结婚。当年的女友在等待多年无结果的情况下，只好另择郎而嫁。田某后来在父母的强行撮合下，同一个他没有丝毫感情的女子结婚，他认为他的“妻子”、既不漂亮、性格又不温和，因此新婚之夜赌气没过性生活。三天后，妻子主动迎合他，田某在妻子的挑动下也觉得有这种欲望，但心里的厌恶感并没有消失，当妻子催促他时，立刻感到烦躁不安，从此落下阳痿的病根。

早泄

早泄指性交时男性射精过早，即女性尚未达到性高潮时就进行射精，不能引起女性的高度快感。早泄通常使女性在性生活中得不到性满足，女方可能因长期的性生活受挫折，性关系中缺乏亲密关系而对男方怀有不满和敌意。如果这种状况长时间得不到改变，会造成双方都很痛苦，甚者会导致夫妻关系紧张和婚变。

早泄者除少数是由于器质性原因引起的外，如阴茎包皮系带过短、老年脑动脉硬化患者等，多数人是由于心因性的。早泄的常见原因有：

第一，情感不和，对妻子暗中有敌意和怨恼：或妻子对自己不好，不忠，有外遇；过性生活时心情不愉快；妻子的不理解和讥讽；性生活只是应付了事等都可能引起早泄。另外，夫妻关系不平等，妻子乃“女强人”，男方有自卑感也会引起早泄。

第二，性交恐惧。在性交前或性交初期，有的人担心阴茎短小，怀疑自己的性能力，怀疑自己不能给妻子提供性满足，在性交时总担心女方是否能得到快感；或者是担心自己的阴茎太大，会伤害女方，在这种心理压力的前担下，男方不是去和女方共同体验两者灵肉交融下的快感，而是担心受怕，结果是越提心越出事，不愿发生的事情还是发生了。在女方面前刚一接触就溃不成军，一泄千里，再加上女方的误解和埋怨，犹如“雪上加霜”，使男方的性交恐惧上升，忧心忡忡，焦虑不安，没病也忧虑成疾。

第三，匆忙习惯是由于手淫而形成的。手淫和早泄没有直接的因果关系，即手淫本身不会引起早泄，但是有些手淫者，由于睡眠环境的限制，手淫时总担心被人发觉，因而选择的手淫时间常常是短暂的，所以总是抓紧时间 and 机会快射精，以期得到性满足，长此以往就形成了射精匆忙的习惯。在同女方交媾时，这种习惯一时难以改变，就会出现早泄。一旦出现这种情况，若加上女方的不体谅和不满情绪，这种不满足促使男性焦虑感上升，结果是越焦虑越难控制射精，习惯就越牢固，更难改变。

病例

例一：妻讥夫泄

贾××，男 22 岁，农民。早泄一年。贾某和其妻的结合纯属奉父母之命，其妻对贾有嫌恶之心。新婚之夜，贾要求与妻性交，其妻执不从。并随口说：你有病，办不成这种事。贾强行扯掉其妻内裤已经气喘吁吁，接着刚一脱下自己的短裤立刻射精，阴茎软缩。这时其妻讥笑：我说你有病，干不了这种事，你偏要逞能，你看不行了吧。贾当时心情非常沮丧，闷闷不乐地睡了，此后贾只要在其妻面前一裸露阴茎即行射精，既使后来妻子配合也无济于事，无法性交。半年后其妻和他均着急起来，每次交媾都不能成功，非常痛苦。

例二：压力大早收兵

方××，男 27 岁，工程师。早泄两年，方某和其妻是大学同学，相恋三年，关系融洽，工作后两人继续交往，感情基础深厚，经双方父母同意，两人择吉日完婚，婚前方某与其妻约会时，情至浓处，多次要求与其尝试禁果，但其妻属于保守型，每每都婉言拒绝，说等到新婚之夜，这样方某就一直等待新婚之夜的到来，平时也经常想象新婚之夜的美妙之处。这一天终于来到了。等亲朋好友闹完新房退避三舍时，新郎心情十分激动，与新娘相拥入房，但初次性交便使方某很是懊悔，由于他在交媾时用力过猛，致使其妻感到非常痛，处女血流花开，于是方某加快动作，尽快地射精完事。后来与妻寻欢时，心中总是考虑到不能伤害妻，应该也让妻子获得性满足，结果越是这样想，射精更快更早，很快就草草完事，其妻很少能获得性快感，于是夫妻双方都感到过性生活是件很痛苦的事，方某也企图通过分散注意力、缩短性交前的爱抚时间限制自己的性兴奋来克服早泄，但却使性交缺乏亲密感，从而使夫妻感情更糟。

诊断分析

这是两个明显的早泄案例，前者是由于夫妻关系不洽融，在初次强行性交失败后又遭受妻子的讥讽。使贾××产生自卑感，真的怀疑自己的能力，后者则属于受过高等教育的男性，婚前关系融洽，在性交时过多地担心女方是否会获得快感，心理觉得不能提供性满足是自己的无能。两者的共同之处都是产生强大的心理压力，这种压力转载到性交时，导致更早射精，形成一种恶性循环。

其他

男性性心理机能障碍除上面列举的两类外，还有其他一些类型，它们中的大多数是由于受迷信或不良传媒的影响，导致心理障碍，引起心因性机能障碍。

病 例

例一：射精不能

谭×.男，27 岁，职工。不射精 2 年。患者新婚之时适逢父亲去世，按当地的风俗习惯，这时不宜怀孕，又由于其妻认为使用避孕套影响快感，用避孕药又觉得影响其生育能力，于是患者就采用中断性交体外排精法进行避孕，每次干完事后总是担惊受怕，怕自己将精液射入妻子体内，会造成妻子受孕。这样持续了两年，幸好妻子并没有怀孕，但这时两人再希望有小孩时，发觉谭×已没有射精动作，也没有性高潮，始终没有精液射入阴道。后来变换各种性交姿势，延长性交时间均不能奏效。但在睡意朦胧时仍会遗精。患者头昏，眼花。四肢乏力，腰酸背痛，中医认为肾亏，多方施治无效，服用各种中枢兴奋药和激素类药物同样无效。

例二：婚前恐惧

刘×，男性，25 岁，个体户。从 16 岁开始即手淫，每周 2—3 次。近年

准备与女友结婚，但随着婚期临近，内心愈担心婚后夫妻感情不融洽，更怕自己没有生育能力。原来，患者有手淫习惯以后，内心一直很矛盾，内心一直很矛盾，看了一些卫生知识介绍，自认为手淫即是一种“不道德”的行为，又听老人说，精液是男人的元气，过多性行为会使男人元气大伤，于是又认为手淫是自我损害身体的手段，因此。决心要戒绝。但往往是事与愿违，故每次手淫后，内心懊悔自责更盛，但又无法控制下一次手淫时所获快感的诱惑，因此手淫行为持续存在。近些年来，细心观察自己外生殖器。觉得好似比其他同龄人小了，自认为这是长期手淫的结果，特别是临近婚期，自感自己阴茎过小，必不能满足女方需要，而且也必不能生育，故而越想越怕，焦虑，惊慌不已，并且想要推迟婚期，但女方又不答应。

例三：性行为恐怖

郭××，男，42岁，已婚，初中文化。性行为恐怖两年。患者病前对性行为无所顾忌，体格健壮，婚后夫妻关系和谐，并生育有一子已14岁，患病前阅读有关不正常性生活有害的文章之后，并见到同厂一位与其同年龄的男性在夜间突然猝死，死者之妻在宿舍乱叫，逐渐对夫妻性生活产生畏惧感，随之在不久的一次夫妻房事过程中有不快感，二个月之后的再次房事时突然感到胸中及四肢麻木不适而中断房事，对房事产生特殊的恐惧，逐渐把自己认为与性生活有关事和物作为恐惧对象，因为恐惧性生活而避开妻子。回单位的单身宿舍居住，每月回家一次，平时节假日也常替别人值班，让别人回家，即使是发工资和奖金时也不回家，总让别人捎带回家，妻子觉得不可理解，家中有孩子照料和家务事都由她负担，很累，心理老是烦恼，多次去单位找丈夫回家，情况仍不能改变。即使是每月回家的那一天，也要在外徘徊到深夜才归家，而且还需依赖大量镇静剂才勉强入睡，每次听到自认为是与性生活有联系的言语，包括计划生育方面的言语，宣传画以及年轻的妇女，都惊恐万分，躯体麻木不适，整天在紧张恐怖的气氛中惶惶不可终日。

诊断分析

例一属于射精不能由于受封建迷信的影响，以及妻子的感觉，采用中断性交体外排精法避孕，结果每次干完后总忧心重重，至于精华液量逐渐减少，甚至性交时不再有精液射出，而在睡意中有遗精现象，说明是心因性射精不能，而非生理性无精液产生。

例二属于婚前焦虑由于性无知和不正确的手淫观所引起，其手淫是一种自慰性性行为，是绝大多数男性和多数女性婚前的一种性行为，手淫本身（只要不过于频繁）和性机能障碍没有必然的联系，两者发生联系的前提是不正确的手淫的看法，这种认知错误导致心理罪恶感，从而引发各种性机能障碍。

例三属于性交恐怖症由于将两件偶然事件联系起来，加以阅读不正确性知识，于是导致性交恐怖。

二、女性性心理机能障碍

女性性机能障碍指的是女性不能从性交中获得性满足，或不能进行正常的性交活动，或对性交存在一种病态的厌恶。常见的女性性机能障碍有性冷淡，性厌恶，性交疼痛和性交困难。

性冷淡

女性性冷淡是指女性性欲淡漠或性高潮障碍，又称性感缺乏。这是女性最为常见的一种性机能障碍，国内外的大量调查资料表明，大多数妇女患有不同程度的性冷淡。那么，究竟是什么原因使这些天使失去了享受“爱”的权利，对性亲昵感到索然无趣呢？

第一、不良的精神因素，夫妻感情不和，家庭关系紧张，妻子对丈夫的敌视，怨恨和厌恶，新婚之夜丈夫粗暴的性行为，以及丈夫对妻子缺乏热情和关心，另有所爱，使妻子丧失对性生活的兴奋；

第二、强烈的心理创伤和与性有关的创伤性体验，都会抑制性兴奋；

第三、亲昵环境不适。女性性唤起、性兴奋和性高潮的过程比起男性，更易受外界环境的干扰和抑制。如床铺嘎吱声，电话铃声、强光和噪音、居室不严密、与其他亲属同居一室，害怕别人看到，听到自己作爱等都可能成为导致女性性冷淡的原因。

病例

例一：童年的阴影

患者，女性，27岁，干部。患性冷淡两年。早在患者四、五岁时，邻居有一位十七、八岁的小伙子，曾把她们几个小女孩叫到一起，然后把他勃起的阴茎拿出来给她们看，并把阴茎放在患者生殖器上，这种情形使她感到无比的惊恐，并从此在幼小的心灵当中造成不可磨灭的阴影，婚后对夫妻作爱一直很反感，甚至产生厌恶、以致她从来没有在夫妻性生活中得到快感

例二：父亲的冷酷和母亲的辛酸

患者，女性，29岁，干部。患性冷淡四年多。父母早年离婚，一直和母亲一起生活，父亲的冷酷无情和母亲的辛酸悲痛在她的脑海中留下极深的印象。产生过男人的恐惧和不信任感，使她从小对两性生活感到恐惧，特别是青春期月经初潮后更是害怕，认为婚姻是女人的火坑，只有使女人受罪，23岁时开始谈恋爱，因母亲的反对而被迫与男友分手，但一直怀念他，25岁结婚。丈夫对她很体贴，但她却显得被动迟钝，虽然有性欲要求，但几乎完全不能获得快感。她很为自己这种状况担忧，一方面害怕生活不完美而造成未老先衰，另一方面害怕夫妻性生活不和谐，而让丈夫移情别恋，她也努力想使自己达到性高潮，但始终不见效果。

诊断分析

案例一是由于不幸的与性有关的童年创伤留下的后遗症，使她对性“谈虎色变”，没有什么性要求；案例2是在不幸的家庭破裂环境下成长起来的女性，童年经历使她对世界的一半的同情和对另一半产生恐惧，潜意识里对男性的不信任无形地抑制着她的性兴奋，导致性冷淡。

性交疼痛和性交困难性交疼痛是指夫妻性交时，妻子感到不适和疼痛，无法体验到与丈夫交情时的快感，有时不得个中止性交活动，无法进行正常的性生活。性交疼痛有时仅在外阴部，有时在阴道内部，有时甚至影响到腹部，腰部和背部。一旦出现这种情况，且得不到及时的纠正和治愈，不仅会影响夫妻间的正常性生活，而且会影响到彼此的感情。

第一、仓促交媾，男性在交情时心情过于激动，交媾的准备不够，拥抱、接吻、爱抚等调情动作不够充分，在没有唤起女性性兴奋。阴道缺乏膨胀和润滑的情况下就将阴茎猛然插入，就必然会引起女性的不适和疼痛感。在这种没有性兴奋和阴道干燥的情况下进行性交，不仅会给女性带来痛楚，而且会在心理上产生一种难以忍受的厌恶感。

第二、交媾恐惧和焦虑。婚前受不良性教育影响，将新婚之夜的处女膜撕裂和性生活有不正确认识，带着焦虑，恐惧的心情进行性交自然会抑制性兴奋，导致性交疼痛。

第三、心理创伤。女性若有过与交媾疼痛密切相关的经历，或直接的交媾痛苦的经历，如曾被强暴过，会把交媾和痛苦自然联系起来，一旦再次山临文媾的情境，就会出现疼痛症状。

例一：缺乏温情的丈夫

患者：女性，28岁，工程师。性交疼痛两年。她和现在的丈夫相识已五年，在恋爱期间相处很好，约会时有过拥抱、接吻，爱抚等亲昵活动。两年多以前结婚，丈夫是政工干部，为人正派，不苟言笑，对她和她的家人都很好，回家后也抢着干家务事，已有一女孩。认识他们的人都说他是一个好丈夫。但她内心很痛苦，因为丈夫任何时候都表现挺严肃，工作学习非常严肃，晚上常常读书到很晚才睡。对性生活表现不积极，大约一星期才性交一次，而且总是由她提出来才想起夫妻间还有这件事似的。在性交时就像完成任务一样，缺少温情，总是不待她性兴奋起来就猛然插入，使她感到十分痛楚，但每次性欲都没得到满足，丈夫就倒头睡觉了。因此，她对性生活存在一种矛盾心理：自己有强烈的性欲望得不到满足，与丈夫的交媾又是一种痛苦，这使她心中很不愉快，常为一点小事和丈夫争吵，但又不想离婚，只想丈夫能对她温情些。

例二：童年的强奸记忆

某女，28岁，干部大专文化。因夫妻婚后感情不合，双方长期分居而男方要求离婚。久则使患者出现失眠、情绪低落、整天无精打彩，工作和生活丢三拉四……多次求医、经大小医院诊治无数次，中西药治疗均未见效。原来在她12岁时遭人强奸，出于名誉未曾告诉过任何人。但从那时起对男女关系之事深恶痛绝。因此结婚较晚，完全是应付父母和社会压力。当第一次与其丈夫同床时，特别紧张，一怕丈夫发现自己不是处女，二是脑子里马上出现遭受强暴时的情景，因此，婚后第一次性生活时就大汗淋漓，疼痛难忍……以后丈夫再要求与之交媾时，一概采取推诿和婉言拒绝，久则造成丈夫猜疑，而使夫妻不合至今，患者虽原本貌好质雅，两年下来，已是精神疲惫，憔悴不堪，身体健康状况也每况愈下，仿佛变了一个人似的。

诊断分析

两起案例虽都属于性交疼痛，但起因却截然相反，前者是由于丈夫性欲不强，交媾时缺乏温情；后者则是由于痛苦的早期性伤害，对性交的恐惧，加上“失贞”后的精神紧张导致性交疼痛。起因各属，其结果却仍相同，夫妻不合，家庭濒破裂。

其他女性性机能障碍除上述几种典型类型外，还有其他一些较少见的类型，下面就提供一些案例，关系不和经常口角、斗气，影响到日常生活。男方已萌生离异念头。患者自幼性发育正常，12岁月经初潮，以后月经正常。青春期有性幻想与冲动，但从不手淫。24岁与现夫恋爱有过性冲动。

例二：渴望而不敢及

患者，女性，27岁，工人。因婚后两年来，一直对性交深怀恐惧，拒绝性交，婚姻关系岌岌可危，专程来我科心理咨询。患者自幼生长在父母长期分居的贫穷破碎家庭。性格内向、沉默。9岁不幸遭遇不法分子的性攻击—被强奸。尔后对男子怀恐惧与敌意，不愿多接触。两年前经介绍认识现夫并结婚。新婚之夜，对性接触感到恐惧。她爱自己的丈夫，有性要求，乐意与之亲近，但对性交活动很害怕，阴茎一接触其外阴便惊恐不安，奋力回避，性交归于失败。婚后两年夫妇俩屡试屡败，信心丧失殆尽。

诊断分析

两名患者同属于性交恐怖型性心理机能障碍，都表现为以成熟的男女间进行交媾时，女性出现严重的焦虑恐怖情绪，并极力回避性交或拒绝性交，终致性交活动无法进行，夫妻关系紧张。导致性交恐怖的病因可以是从小受不正确的性观念所致。如例一，也可以是不幸的性伤害所致，如例二。

例三：奇特的强迫性性冲动

患者李某，女，29岁，初中毕业，农民，已婚，排行老大，性格内向，害羞，胆小，拘谨，做事聪明能干，不善与人交往。童年时代因兄弟多，家庭经济状况比较困难，18岁时，父母包办嫁给邻村一家比较宽裕的男青年刘某为妻，刘某皮肤黝黑，文盲，憨厚，不善言语。患者一开始就对此婚姻不大满意，但慑于父母意愿，勉强出嫁。开始数年，由于丈夫及其家庭的体贴照顾，夫妻尚平安无事，生育一男一女，看看孩子操持家务，心情尚属安定。但三年前的一个夏日中午，当患者由田间回家时，途中见一男青年下身，随即产生一种类似性交的强烈的性冲动。此后，见了男人每每出现不自主地要看其下身，接着出现控制不住的性冲动，自觉当时面红耳赤，非常难堪。为了不暴露这种难堪的感受，患者后来终日躲在家里，不愿出门，不敢见男人。开始时不见男人没有类似的冲动发生，后来不见男人也会出现类似的想法和冲动，患者虽竭力加以控制，但无效果，而且愈控制次数愈多。并因此而出现失眠，焦虑，不能从事正常的生产劳动，自觉难以忍受，曾几次想到自杀，但想到孩子还小，欲行又止。半年前一次偶然的的机会，患昔自己用屏气的方法企图消除难以忍受的焦虑症状和性冲动时，却导致窒息昏倒，约半分钟后，当患者醒来时，自觉全身轻松愉快，不仅性冲动缓解，一直存在焦虑症状也消失了。患者获此经验后，每于强烈的性冲动意念出现时即自行“屏气”，

直到昏倒为止，醒来后即感到轻松愉快，近三个月来，几乎每天都要“屏气”1—2次，有人或无人在场都进行，都有昏倒和醒转过程。自觉如此做后，其间歇期焦虑症状明显减轻，但强烈的性冲动并没有因此减少或消失，来诊。

诊断分析

这是一起较为少见的强迫性性冲动伴性窒息。病因可能是由于对丈夫不满意，勉强凑合的婚姻使夫妻间缺少情感交流，性生活不协调，很少或从未能体验过性高潮，不能得以抚平的性欲只能是借助其他方式：——强迫性性冲动——聊以自慰。

三、性变态

凡是与生殖没有直接关系，或者替代了引起生殖的性活动，在寻求性满足的对象或满足性欲的方法与常人不同，并且违反当时的社会习俗而获得性满足的行为称为性行为变态，它包括两方面的含义：一是性爱对象的变异，正常的性爱都是指向异性的；凡是性爱对象指向同性或非人类的动物、物件，不管其性爱达到何种程度，都属于性变态的范围。二是性欲满足方式的变异。正常的性欲发泄，是在发育成熟的异性之间进行的，是以阴茎插入阴道的两性器官为主体的性交行为方式。凡是不用正常的性器官而进行性欲活动，以得到性欲满足的，都应属性变态之列。

性变态具有以下若干特征：一是满足性欲的行为是除自愿的两性性交行为以外的其他方式，这些性变态行为不以生殖为目的，也在不两性之间通过生殖器进行，而是违反社会习俗的；二是性变态行为是习惯性行为；三是性变态行为是癖好性行为，即个人对这种行为有特别的爱好，因此乐此不疲，刻意追求。

关于性变态的原因，根据弗洛伊德的观点，“变态的性生活就是幼儿的性生活”。儿童没有羞耻感，喜欢裸体或向异性小朋友同伴显示生殖器官，窥视或玩弄异性或同性的阴部。成年后，由于受到现实的限制，性欲得不到及时满足，性荷尔蒙得不到发泄，于是退回到早年的行为模式，避开自我的控制，直接以幼儿性欲的方式表现出来，即为性变态。所以，性变态是在成人生活中持续地表现出幼年性欲的成分并以幼年的方式获得满足。

性变态的种类很多，下面就一一作介绍。

同性恋

以同性为满足性欲的对象称为同性恋。有同性恋行为的人远比人们所想象的要多，据美国的有关资料报道，同性恋者可能占人群的百分之十左右。其具体分布如下：

| | |
|--------------|-----|
| 单一的异性恋 | 35% |
| 主导异性恋偶尔同性恋 | 35% |
| 主导异性恋稍多几次同性恋 | 20% |
| 几乎相等 | 2% |
| 主导同性恋稍多几次异性恋 | 2% |
| 主导同性恋偶尔几次异性恋 | 2% |
| 单一的同性恋 | 4% |

同性恋的主要表现：

1、迷恋同性这类患者只存在迷恋同性的心理倾向和外部行为特征，而没有肉体接触，是一种纯精神的同性恋。在这种相对应的同性恋中，双方各自扮演着不同的心理角色。如在男性同性恋患者中，一个人是主动型角色，当“丈夫”；一方充当被动角色，扮演“妻子”。在女性同性恋患者中，主动型角色的“妻子”，被动型角色为“丈夫”。

2、寻求同性性发泄这类患者不仅具有对同性迷恋的情感，而且还发生具体的性行为，从同性那里得到性欲的发泄。

病例

例一：想与主妇建立“友谊”的姑娘

患者李×，女，22岁，农民、未婚，初中文化，因作男性打扮，追求与同性发生恋爱关系一年余。患者排行老三，有两个哥，自幼性格孤僻、倔强、不爱与男性交往，中小学时很少与男生说话，而与同座的女生特别要好，常有亲昵行为。近年来发展成爱男孩打扮，穿男孩衣服，剃“板刷”头，走路亦模仿男孩步态。入院前一年，患者在集市上一户人家门口摆摊卖菜，常与该户主妇接触，并受到其照顾，渐产生好感，与其交往密切，渐发展成动手摸捏，企图拥抱，并主动提出与其建立“友谊”关系，被对方拒绝后，恼羞成怒，私下威胁说：“不跟我好，决无好下场”。被对方告之家长后，家长要求住院治疗。入院检查外生殖器正常，月经正常，实验室及心电图均无异常。接触过程中未发现明显的思维情感障碍，对追求女性一事不愿谈及，每问及时，则面红耳赤，低头不语，但入病房后仍有明显的追求同性的倾向，如有意接近青年貌美的护士，晚上找病友同睡一床，主动亲吻，并在对方身上抚摸，直至生殖器方才罢休。

诊断分析

与同性来往的原因由父亲引起：自幼惧怕父亲，因他独断专横，常毒打自己，至今腿上还留有被打的疤痕。自幼与父母同床，清楚地记得8岁时亲眼看见父母过性生活的场景，并觉得父亲在上面的形象十分有趣，当时曾想到以后要做个男人。在家与父兄很少说话，在学校只和女生有来往。

女性有一些特别的优点，皮肤较细腻，白嫩有泽，且富有弹性。

例二：他为何偏偏爱上他

邓××，男，大学二年级学生。在高三的时候，邓××与一位男同学交上了朋友，但那不是一般的朋友关系，而是带有一种相思的色彩，带有一种如火如荼的“感情”。以后，由于毕业分手，这种“感情”随境而迁、逐渐降温了，但假期相聚见到这位同学时，邓××仍有一种异样的“冲动”之感。

在大学，为了避免高三时同性相思的局面，邓××不敢与同性多接触，即使和同宿舍的同学也是如此。当然，与异样的交往他更没有兴趣。他试图以苦行僧的生活抵御那种不可思议的感觉。为此，他忍受着孤独，体验着痛苦，直到他感到再也无法忍受下去的时候，终于向我们敞开了心扉，请求帮助。

据邓××回忆，他对异性的排斥和同性相恋的兴趣，起因于家庭因素。由于出身不好，邓××曾对生母怀有很深的怨恨情绪，这种怨恨一直发展到对所有的女人都失去兴趣。尽管养母对邓××关怀备至，但在邓××的心中，也仅仅存有一点对养母的感激之情。

虽然邓××讨厌异性，然而在外表上他却努力装出一种男子汉的气质。例如，在宿舍里，他有时也会当众宣称：自己对女人如何如何感兴趣。不过，在邓××这样做的时候，他内心感到十分痛苦，有一种作呕的感觉。好在这种公开表态每次都是在灯熄屋暗后进行的，同学们看不到他的真实表情，要不然，他真不知道怎样才好。

邓××觉得，自己过着非男非女的生活。走到街上，碰到面貌英俊、身材魁梧的同性，他总要多情地看上一番。对此，他感到羞耻，然而却又主宰不了自己。邓××实在不愿再戴着假面具生活下去了，他渴望“从这沉重的

十字架下得到解脱”。

诊断分析

上述案例属纯粹同性恋，而且仅限于同性之间的精神恋爱。其性变态的形成主要起因于家庭和社会因素，他将生母的怨恨之情扩展到所有女性身上，于是形成厌恶异性的变态心理，随着青春期内分泌的成熟，其内心深处不时泛起的性冲动，由于不能从接触女性中获得释放，在这种情况下，只好把性的欲望转同移性身上。

例三：对漂亮男子感兴趣的小伙子

×××，一位刚刚脱离本科生活考上研究生的小伙子。他，心中有无限的痛苦，渴望向人倾诉；他，怀着极大期待，希望从专家那里得到拯救；他，终于拿起了笔，向我们吐露出如下秘密：

“我是个男孩，却对女性毫无兴趣，我感兴趣的是男的。”

我不知什么时候开始这样的。只记得高中时候，就对长得漂亮的男子有特殊的兴趣。为此，开始了我如熬油锅般的生活。1982年，我考上了××大学。在大学里，更是被这样的情绪困扰着，夺走了我所有的欢乐和希望。我无充论是上自习，还是上课，都坐在最前排，不让自己东张西望，这样来维持自己的学习。我也尽量表现得象正常男孩一样与人交往，为此，跟班上的同学关系非常好，而跟其中一位同学更好得象兄弟般一样，可非常不幸，如同一个女孩会爱上他一样，我也竟对他有了这种情绪，不过我却压制着自己。大学三年级时，系里叫我到留学生楼居住，帮留学生读书。这样，我一个人住一个房间，这位同学便经常来找我。有一晚，他在我房里住，我终于告诉他我的痛苦及对他的感情，并请他原谅。当时，我并没有什么企求。也许是出于对朋友的怜惜，他拥抱了我，并叫我吻他。天亮后，我请他原谅，并决心再也不这样了。他说，过去了就好了，不要想得太多。可又有一次，我留他过夜，同样获得了极大的满足。但从这次之后，我们都不好意思再见面了，总是躲得远远的。后来，我也就一直控制着自己，慢慢又同他恢复了关系。他从未提起过这件事，以免伤害我的自尊心。毕业后，我就到××大学读研究生，他分配到××单位。我尽了各种各样的努力来改变自己，可总是徒劳。我纵使见到天仙般的女孩，也丝毫无动于衷；但见到漂亮的男子，却要忍不住多看几眼，从头到脚，直到好久才能忘却。

我非常想死。人死了什么烦恼就没有了。可全家人那么爱我，我又如何能把自己的痛苦留给家人呢？我只有自己强忍着痛苦，今后也一定人压制住自己。可是，这太难受了。尊敬的老师，您有办法治好我的病、减轻我的痛苦吗？、“老师，救救我！救了我，您就是我的再生父母了。”

诊断分析

该案例患者不仅是精神同性恋，而是发生了同性间的肉体接触，并有多次同性恋性行为的快感体验，创伤较为严重。因而矫治起来比较困难。

易性癖

易性癖是指心理上否定自己的性别，认为自己的性别与外生殖器的性虽别相反，而要求变换生理的性别特征。易性癖一般起因与患者幼年时期的生活经历有关，如有的父母生了个男孩，却偏偏想有女孩，于是违背客观事实，按照自己的意愿去打扮，教育孩子，使孩子的性心理被扭曲而导致易性癖。

易性癖的行为表现：对自己生理上的性别不满意，不舒服，有改变性别的强烈愿望；异性装束。这种人往往作异性装束，男性易性患者模仿女性的姿态，使用化学剂脱须，垫乳隆胸；性欲低。易性癖患者仅有 1/3 结婚，而且有半数离婚，更有甚者，男性会自行切除阴茎和阴囊，女性则要求作乳房和子宫切除，少数甚至要求安装塑料阴茎。

病例

例一：为何不是女儿身

患者，男性，22岁，工人，易性癖多年。患者是父母最小的儿子。他家爷爷辈上，男子成群，却无一个女儿，到他父亲这一代，又是兄弟三个，所以总盼望着有个女儿。可事与愿违，其母亲一连生了四个儿子，全家人都非常失望，决定把这第四个儿子当女儿哺育，以求得心灵的安慰。

中国的家庭，一般重男轻女，而辛家则不然，是重女轻男了。他们一家人都把辛玉当作女孩子来打扮。穿衣从来不穿哥哥们剩下的旧衣服，重新给他买花衣裳、花布鞋；头发留得长长的，梳成两条小辫子。其母走亲访友时，总把辛玉打扮得花枝招展，抹上口红，走到哪带到哪。不了解详情的人，真以为他是女孩，夸他长得漂亮、聪明伶俐。每逢此时，他的母亲很得意，美滋滋地笑起来，并经常鼓励辛玉与女孩一起玩，玩跳皮筋、过家家等游戏。辛玉虽然是男孩，由于天长日久的熏陶和模仿，在幼小的心灵上已深深地扎下了女孩的印痕。

到辛玉六周岁上小学时，他的父母意识到孩子大了，再像女孩子一样的打扮不行了。于是给他买了男装，带他去理发店剪头发，可是已经晚了，辛玉哭闹着不同意。在父母的逼迫诱导下，他才勉强穿上男式童外衣，但内衣、内裤仍然是女式的。此时，他的一举一动已经非常像女孩子了。不但走路像女性，就连说话、举止都像女性。每天放学以后，他不跟男生一起玩，而是跟女生一起说笑、做游戏，或者回家帮妈妈买菜、做饭、收拾房子。

18岁高中毕业后，辛玉被分配到工厂当工人。他认为这种职业是男人干的，于是背着父母自己换成了炊事员。他整天洗碗、消毒、搞配餐，干活挺起劲。

由于他热衷于模仿女人的行为，在单位曾遭到一些人的议论，说他患了“神经病”。他对此不但不生气，还高兴地说：“人们对我很关心，很注意，说明是羡慕，从此我要按女人的装束打扮自己。”于是，他把自己的全部薪金用于购买各种款式新颖的女服、女鞋、发卡、胸花以及馥郁沁人的化妆品。

从20岁开始，辛玉一反常态，常常找比他大的男孩玩，并以少女的姿态，与小伙子说悄悄话。

逐渐地，他认识到自己的女性化是假装的，内心十分痛苦、经常叹息道：“我要是一个真正的女孩多好啊！老天爷，你怎么偏偏让我长成一个男孩……。”为此郁郁寡欢。

辛玉为了成为真正的女人，四处打听秘方。一次，他在一句玩笑的话中受到启发，便到药店买雌激素药物，从此不间断地口服和注射。但一年后，他仍然是男性，内心十分苦恼。于是，他想请医生做手术将生殖切除，改成女性，又遭到拒绝。在这种情况下，他心灰意冷，一再表示，变不成女人就自杀。其父母担心辛玉走绝路，经人介绍，到心理咨询中心求治。患者的易

性癖起因于童年，是父母求女心切，完全违背客观事实，按照自己的意愿去打扮和教育孩子，使患者从小便产生性别倒错，久而居之导致易性癖。

例二：无法实现的“恋情”

龚某，男，19岁，理工类一年级大学生。

龚某出生于一个四口人之家，除父母外，还有一妹妹，比其小两岁。父亲为大学教师，母亲为医生，其父母感情一直不好。龚某7岁时，父母开始当面争吵，到初一时父母分居。但在同一单元内各居一室，其妹与母亲过，他跟父亲过，经济上各自独立。

其母亲整日在外工作，从不管家，由于与其父分居就把情感全部倾注于其妹妹身上，而对他关心甚少，使他难体会到母爱。父亲重病在身，工作也不顺利，心情不好，更少顾及家庭，对他也只是严厉管教，表现诸多不满。他从小担当起家庭生活重担，买菜、做饭、收拾屋子、招待客人，照顾生病的父亲，甚至做针线活。

龚某身边几乎没有什么亲戚，内心痛苦、感受常无处诉说，也不愿意别人知道其家庭情况。他为自己不幸的家庭感到深深的自卑，同时渴望得到关怀、温暖。

觉得自己虽生了个男儿身，却是女儿心，喜欢做女性，认为那是最幸福的事情。喜欢模仿女性声音、动作，戴手饰等，觉得自己天生就该是个女人，总幻想做贤妻良母。想做变性手术，但面对社会压力感到很恐怖，不敢让父母知道，怕他人了解到内心的隐私，只能尽量克制自己，但内心非常矛盾痛苦，学习也难以正常进行，真想一死了之。

龚某从初二开始有了做女性的愿望，认为做女孩可以象其妹妹那样撒娇、任性、得到宠爱，而不必象男孩那总得以强者面目出现，活得那么累。初三时，患者得了一场大病，由腮腺炎转为睾丸炎，致使一侧睾丸受损。虽另一侧睾丸生殖功能正常，但这使本来就为自己缺乏男性气质外表而自卑的他，又加深了一层自卑感，更觉自己不是一个真正的男人，做女性的愿望也更加强烈。高中时，患者喜欢上同校一男生，经常与之在一起，寻求精神寄托，但没告知对方隐私，只保持一般朋友关系。进入大学以后，女性化的要求呈上升趋势，平时上课也带手镯、项链等饰物，喷洒香水，不自觉模仿女性声音、举止，引起同学与之玩笑。经常考虑做变性手术，关心这方面内容的报道。屈于社会的压力，想等国内条件允许或有机会到国外去做手术。经常幻想以一个女性的身份结婚成家。尽妻子的职责，侍候好丈夫。龚某内心非常渴求获得男性性爱。逐渐喜欢上同宿舍一男生。该男生高大、强壮、健美。在班上富有号召力，他对该男生几乎达到一种“狂恋”的地步。投入了全部感情，并向对方第一个透露了内心的隐私。双方曾单独居住在一起，由于患者对自己男儿之身自卑之极，不愿裸露，双方只有拥抱、亲吻、性爱抚，但对方对患者常若即若离，实难接受他的“感情”，又常挖苦讽刺他，甚至对他说：“你永远只是个男人！”，使他又不愿放弃第一次情感的付出。更害怕对方泄露出秘密。既不能以女性的身份生活，情感上又得不到满足，为此他长期失眠，学习注意力不集中，每日挣扎在痛苦中不能自拔，几次想走上绝路。

诊断分析

龚某的易性癖起源于特殊的家庭生活经历，一个缺乏温暖，和谐的家庭造成其心灵的巨大创伤，而且母亲将全部的母爱倾注于妹妹身上，使患者从小认定女孩比男孩好。从小承担家中生活琐事，无疑扮演的是一位女主人的角色，使其更觉得“自己天生是女人命。”

三：偏爱男装的大姑娘

患者，女，26岁，未婚，技校毕业，木工。其母在怀孕初期即认定其为男孩并为其与邻居一女婴订下“娃娃亲”，生后一直留光头，穿男孩衣装，按男孩抚养。好与男孩同娱，顽皮，捣蛋，喜当“孩子虫”。9岁开始想变为男性，像男孩一样站着小便。12岁在父母反复劝说下只穿过一天裙子。15岁时产生欲通过手术改变性别的想法，曾欲赴国外做变性手术。17岁时看到自己的乳房“这两团肉就讨厌，真想用刀挖掉”。平素对异性既无好感也不产生性兴奋。22岁后的四年中，有时与一未婚女青年共眠并抚摸、指奸对方且伴有性快感。多年来，一直寻找，搜集有关变性手术的报道和资料，并为进行手术准备了充足的资金。因一直未能如愿而烦躁、不安、焦虑和忧郁，曾割脉自杀未遂，决心“不能变性，宁肯去死”。否认手淫、同性恋和性创伤史。姐妹6人。排行第四，无兄弟。无同类病遗传家族史。17岁月经初潮，周期正常。女性第二性征发育良好，正常女性外阴。留男式短发，着男式服装，不戴胸罩。言谈举止，行为和吸烟动作呈男性特征。

患者属于女性易性癖患者，虽然有过与同性的性体验，但不属于同性恋患者，理由是同性恋在性伙伴的关系中，是从自己的生殖器上得到快乐，没有切除外生殖器，进行变性手术的要求。而易性癖患者与性伙伴的关系，一般是追求心理上的满足或心身合一。患者的病因源于父母的从小教育不当。

露阴癖

露阴癖是指为了唤起性欲而向一个陌生人暴露自己的生殖器。这种生殖器的暴露行为对受害者是出乎意料的，由于露阴是其唯一目的。因此，露阴癖者通常并不危险。它通常发生在青春期，发生率的最高峰在25岁至29岁。露阴癖者几乎总是男子，究其原因可能是存在着女子可得到的许多可接受的露阴癖发泄方式，如脱衣舞。而且当一个异常的地方或环境出现女子露阴癖时，男子也很少产生消极的反应。

关于露阴癖的成因目前尚无定论，一般认为可能有如下原因：

1. 强迫症 强迫的、紧张的以及性混乱的个性，他们的露阴癖是对内心苦恼的强迫反应。

2. 攻击性 对于一些受强烈的愤怒和敌意因素影响的人来说，虽然露阴癖可以实现性欲唤起，但是受害者的震惊反应是主要的强化。

3. 认识错误 许多露阴癖患者都认为女性喜欢他们的阴茎，喜欢看他们生殖器官。

病例

例一：“伪君子”

患者，男性，1932年生，未婚，受大学教育，其生活经历如下：

1955年（23岁）毕业于某工科学院，任助教。1956年入党，工作好，

恋爱顺利。1957年反右派运动中被认为有反党言论，思想右倾，取消预备党员资格，女友也因此断交。心情沉闷，痛苦。常常一个人到学校附近的郊区散步。1959年有一天傍晚，在学校附近田边小路上散步，远处迎面走来一年轻女子，当即有向对方显示一下阴茎的欲望，便将裤扣解开，把阴茎露出一半，装做漫不经心的样子。女青年由他身旁走过去，没有正面看。事后感到心里平静、舒服，以后经常有意地寻找机会，显示一下以后，内心烦闷心情立即得到暂时的缓和。在此期间，在显示阴茎时并不勃起。

1963年到外地出差，有一次在公共汽车上解开裤扣，半露阴茎，自己装做漫不经心的样子并观察女方动静，发现那位妇女半闭着眼，似乎看到了，但没有做声，第一次感到很大的快感。当天乘车来回多次，甚至不想下车吃饭。未被揭露，以后即断定“有不少女人愿意看”，而且在看时，双方可有“精神交流”。以后用同样方式“干”过多次。有一年夏天，在公共汽车上取出阴茎触到一妇女的裸臂，粘液流到臂上，女方坐着似在打瞌睡，没有声张，只是用手帕把粘液擦去。病人背一大书包，使女方稍能看到时即用书包挡住。内心里想这样可使对方觉得是偶然看到的，既满足她看的愿望，又不致感到难堪。

1964年到别的城市出差时，因同样行动被拘留，当即把几年来的所作所为都主动交代出来，出差回来后受到批评及开除公职留用察看处分。在写检讨书时，回忆事件经过，内心里还有满足感。

处罚并没有使他改掉这种行为。在商店里，公共汽车上，不断地“干”。为了怕出精液，事先戴上阴茎套或临时把阴茎收回，把精液流到裤子里。1965年到1983年共被拘留10余次，有一次当场被一青年妇女的丈夫打伤。1973年曾被劳动教养3年，被释放后不久，照旧行动。

1981年经人介绍和家乡城市一女友相识，双方通信，感情很好。曾有一次半年未通信，感到苦闷。不久，又因行动被拘留、女友知道后即和他断交，这是1983年来诊前不久的事。

病人平时表现作风严肃，对异性不论老幼，从来没有直接的不礼貌的言行，而且表现腼腆。因此，大家批判他，说他是“伪君子”。他在每次受批判时，都做“深刻”检查，承认行为不端，下决心改正。把裤子前面的开口缝死，写一自警卡片放在口袋里，不再乘公共汽车。但一有机会，照例撕开裤缝，显示阴茎，一切自警均失去效用。承认在每次行动时，心里很清楚，感到有一种“心照不宣的心理交流”，真是“其乐无穷”。

诊断分析

此案例来自钟友彬先生的咨询[案例]，是典型的露阴癖，患者认为女性喜欢看男人的阴茎，并能从中获得快感，做这种事时他们并真正觉得有什么错，只是觉得这样使其生活，名誉，事业等多方面受极大影响，才想去控制自己的行为。

窥阴癖

窥阴癖，欲称“目淫”，主要见于男性，他们往往隐藏在公共厕所里，直接或用反光镜窥视女性阴部，并获得极大的性感。

其表现为采取一切可利用条件，如厕所，或窥视女性阴部，或窥视女性沐浴时的胴体；或窥视别人夫妻性生活，并从中获得快感。

其原因目前一般可能有两种：一是少儿时代的不良影响，如幼年时期看到母亲的全裸体或窥视到双亲的性行为，从而产生某种身心方面的不良影

响，二是色情文化的影响，一些青少年在看过黄色书籍或录像以后，由于内在的性的萌发和冲动，会对异性性器官产生强烈的兴趣，一旦和性快感形成联系即成为窥阴癖。 病例

例一：厕所里的“罪恶”

男性，20岁，大学生。父母都是机关干部。病人自幼老实，听话，不淘气。爱和女孩玩耍。约在七八岁上小学时，常在女同学裙下看她们的会阴部，感到有趣。十二、十三岁时学了生理课后很想知道女性生殖器是什么样子的，时常找有关的生理解剖学书看。有一次把一个七八岁的小女孩哄到家里，脱下她的裤子，摸她的外阴部，并把自己的阴茎放在女孩手里玩，对方不拒绝，他心中有一种说不出的快感。这类事曾做过好几次。18岁入大学，不久爱上班上一个女同学，但不敢和她讲话。一年后有一次鼓足了勇气向女同学表示了对她的爱慕之情，被婉言拒绝。以后感到失望，烦恼。开始失眠，读书注意力不能集中。几月以后在入厕时，发现在男女厕所中间的隔墙上有一个巴掌大的破孔，可看到对面女厕。感到好奇，老想去看一下，又担心会被发现。有一次一个人在男厕，从壁孔中看到正在入厕一女同学的臀部，当时感到兴奋、阴茎勃起。以后经常偷偷地去看达30多次，未被发现。20岁时，有一次进入校内一个女厕所，装做大便，从便坑间的隔板下看到隔壁入厕女同学的会阴部，当时感到心情轻松、舒服。来诊前一年在第三次进入女厕窥看时被发现，受到老师批评，但未给处分并派班上一男同学陪伴他。以后，到别的学校厕所找机会窥看。不能安心读书。学习成绩下降，但窥看的愿望越来越强烈。在第三次被发现后，校方送他到某医院鉴定，认为是性变态行为，即被开除学籍送回家中，未给其他处分。由于医生说他的行为是病态的，病人平时表现老实，因而父母家人都谅解、同情他。不加责备。到医院看病者由母亲陪伴。

例二：躲在黑暗中的“罪犯”

患者，男性，20岁，初中文化程度，修理自行车工人，自17岁开始在铁路旁或山坡僻静小路上见到妇女迎面走近时突然露阴。有时裸体站在女性寝室外窗台上，将室内熟睡的妇女唤醒即露阴，妇女惊恐呼叫，此时产生性快感；他又曾多次窥视妇女洗浴和偷窃妇女的内衣、乳罩、袜子，以后当拿出这些物件观看时即产生性兴奋。自幼性格内向，不喜欢活动，也不喜欢与人交往，较直爽，无恋爱史。回忆称由15岁开始，一次在看到女性裸体画片后引起“全身轻快感”。此后发展到在妇女面前露阴，有时窥阴时也产生性快感。此种行为，一般是数周出现一次，此种欲望出现后，只有付诸行动后欲望才消失，一般在事后有悔恨感。精神状态检查发现，他主动接触和叙述违法过程并表示认罪服法，言语正常，自知力良好，情感活跃，未查出知觉、思维等障碍。

诊断分析

两起窥阴癖案例属于不同类型、前者属纯粹窥阴癖患者，后者则患有窥阴癖伴有窥淫癖和恋物癖，两者具有共同的性格特点：内向，不与人交往。这样使其羞于接近女性，伴随性生理和性心理的成熟，对女性生殖器，胴体

产生强烈的好奇，于是产生窥阴行为，一旦与性体验建立条件反射，就成为窥阴癖患者。

口摩擦癖摩擦癖指在拥挤的场所，故意挨挤女性，性器勃起，碰撞或与女性身体摩擦而取得快感的性变态，摩擦癖有时可伴有射精或手淫；有的用手抚摸女性身体，如臂部、乳房等。

摩擦癖一般起因于家庭因素，如一男性患者，从小生活在仅有母亲的单亲家庭里，受母亲的严格管教。因父母的婚姻不幸，家庭破裂，使他性情孤僻，不与同龄女孩接触，对性生活有明显反感。成年后仍极力回避与相识异性接触。一次偶然的机会使他在公共汽车上与陌生女性拥挤而产生性兴奋和性快感，变成摩擦癖患者。

病例

例一：偏向虎山行

患者，男性，1941年生，已婚，大学本科毕业，干部。

大约在七岁，有一次和邻居两个小孩玩，一男孩约八九岁，一女孩四五岁，三个人互相摸触生殖器玩耍，大男孩叫小女孩摸他的和病人的阴茎，还问她硬不硬，当时女孩似乎很感兴趣，也让男孩摸她的阴部。病人说，当时觉得很好玩。

13岁后开始手淫，有时对美女画像，有时想象某个女孩进行手淫，也曾和几个大男孩一起谈论女孩的“月经”，男女性交之事。

10年前（1974）春天，有一次在百货公司购物后，见商品柜前有一妇女背着手在观看商品，病人突然有一种欲望要取出阴茎挨触她的手心，立即付诸行动。当时对方似乎感觉到了，即躲开但没有声张，也没有向后看。以同样方式第三次行动时，被揭发。当众受到污辱并被公安机关拘留10天后送去劳动教养所。1976年被释放后约两个月，又有同样行动多次。

1978年第二次被揭发，又被送去劳动教养两年。因在劳动期表现较好，提前三个月释放。但恶习不改，甚至有时用阴茎挨擦妇女臀部或在女性面前暴露阴茎。1984年又一次在公共场所行动被抓到。因病人表现“老实”，工作认真。有人怀疑他的行为是病态，被劝告来我院进行鉴定并治疗。

病人表现情绪低沉、腼腆，羞愧。身体检查未见异常。无癫痫病史。不觉有病，但愿遵照医生嘱咐，详细叙述他的生活史。

生于农村，父亲很严厉，是小工厂的职员。病人自幼常受父亲打骂，对母亲非常亲。家庭经济不宽裕，小学时不在本村。有时亲戚赠给的点心自己舍不得吃，回家送给母亲。

农村小学毕业后，参加农业劳动两年，后到城市上初中。1960年19岁时考入美术专科学校。非常用功，学习成绩好。1962年考入美术学院，成绩优异。入共青团，任团干部。师生、同学间关系好。

1966年“文化革命”初期，因父亲在土改时曾被划为富农，病人因家庭出身不好，感到精神压力很大。不久，父亲在农村自杀，更感到自卑和孤独。这时已经工作，尽量少说话，少和人交往，心情郁闷。

1972年与一农村姑娘结婚。妻住农村，两地分居。居亲有病也无法照顾，整日烦恼。1973年调工作到现单位。专业虽然不十分对口，但还安心工作，并做出成绩。在此期间，妻初产，无房，借居同事家，非常困难。不久，母

亲病死。想到母亲重病时，无法在面前照料，作常内疚。正在这时，于 1974 年出现用阴茎接触妇女手心的行动。

病人平时很少说话，对本单位女同事从没有不礼貌的言行，甚至有些怕羞。工作埋头苦干，上级对他的工作很满意。已有两个孩子，夫妻两地生活，经济困难。又因“流氓”行为受过两次处分，心情烦闷、悲观。经常感到头痛，健忘，睡眠不安。痛恨自己的“坏”行为。但越是心情烦恼，要行动的欲望越是强烈，难以控制。曾多次想过自杀或把阴茎割去。在此同时，和妻子性交的欲望及快感都减弱。

例二：摩擦的快感

患者，男性，1948 年生，高中文化，机关职员，自诉病历如下：

1970 年高中毕业后到农村“插队”，曾和农村一个女青年相爱。不久，即回城到工厂工作，与女友分离。以后，由朋友介绍相继和几个女青年相识，对方都不愿和他好下去。为此事非常苦闷。自叹以后找不到“对象”了。

1972 年（24 岁）春天，有一次从郊区工厂返回城市家中，路过某中学校门口，遇到几个女学生迎面走来。当时突然感到性欲冲动，即取出阴茎，直对她们走去。女学生转身快速走开，报告公安部门。他被叫去批评后在工厂内做检查，受到记大过处分，心中感到惭愧，“抬不起头来”。

同年下半年，有一次在商店里，乘人多拥挤时，取出勃起的阴茎接触妇女的手臂，感到舒服，有满足感。以后，用同样方式接触妇女臂部、手臂等处多次。

1973 年（25 岁）夏，又在商店取出阴茎时被揭露，被公安局拘留两周。以后害怕再次被抓到，不敢一个人到人多的场合去。但要于时冲动仍很强烈，尽力控制实在不能忍耐时，即冒险去干一次，从未长期间断过。

1979 年（31 岁），要干的冲动仍很强烈。有一次，当顶触到一个青年妇女时，对方抓住他的阴茎大喊，引起许多人围观，被拘留半个月。病人做采购员工作，有时不得不外出办公，要极力控制自己，精神非常紧张。

1987 年（39 岁），又一次被揭露、拘留。公安部门让工厂领导处罚他。因病人平时表现老实，对妇女从来没有不礼貌的言行，工作认真，因此没有给加重处罚。妻子、上级和同事们对他都持谅解态度，改派他做其他工作，尽量不外出。病人更感到渐愧、自责，痛恨自己。但一有机会，还要去干，事后非常悔恨。他的好友和妻子考虑他的这种行为和平时的作风极不相称，怀疑他可能有病。妻子带他到当地的精神病院检查，诊断为性变态，介绍他到北京求治。

以往没有癫痫病史。

摩擦癖患者大都选择不认识的异性，拥挤而且不易被抓获的地方，如商场、电影院、公共汽车上实施摩擦癖行为。摩擦的部位多为生殖器官等性感区，如手臂、乳房、臂部、会阴部，患者大多有反复发作的情况，并且很难从过失犯罪中吸取教训，往往是冲动战胜理智，因此有屡教不改的倾向。

恋物癖

恋物癖是指通过与异性穿戴或配带的物品相接触而引起性兴奋与满足。多见于男性，他们所选择的对象（物品）多是直接接触异性体表的，而且具

有特殊的气味或摸起来能给予特殊感觉的，如女性的内衣，内裤、乳罩、头巾、丝袜等；也有以专门收藏女人的头发为满足的。

恋物淫者为了取得他们的目的物，有时不惜用非法手段，如偷窃等去获得，这手段本身又可能成为其性行为的一部分。

病例

例一：女士衣物收藏家

夏某，男，21岁，某大学数学系三所级学生，来自农村。

一年以前，夏某偶然从女生宿舍楼下过，无意拾到一只从凉台上掉下来的胸罩，颇为好奇，见左右无人，便捡起揣在衣兜里。晚上就寝时，他拉起床帘，反复观赏，同时产生性兴奋和性满足。此后，他常有意从女生楼走过，得便时便拣拾女生内衣，带回宿舍，利用午睡和晚上睡觉前抚弄。后来发展到溜进女生宿舍、水房偷拿女生晾晒的胸罩、内裤、丝袜等用品，后某日不慎，所藏女生衣物被同宿舍一男生发现，受到嘲笑和鄙夷。渐渐传到女生那里，有人背后骂他是“流氓”，尽量回避他、远离他，这使他受到很大压力，决心痛改前非。但不足一个月又感到心神不宁，一见到女生内衣内裤就有一种强烈的占有欲，焦灼难耐。有一天深夜，他潜入女生宿舍，在偷拿女生衣物时被一女生发现，当时吓得大叫。他深感惶恐、羞愧，行为稍有收敛。第二天，该女生给学校写信，要求学校查处，派出所民警及保卫部天天来女生宿舍查，但一直未发现。一个月后他控制不住，又来女生宿舍时被抓获。在他的箱子里搜出许多女性用品。保卫部准备以“流氓滋扰”的性质给予处分，学校咨询室知道后，立即派心理咨询师与学生管理部门，保卫部门商量，带他来咨询室，进一步了解情况，以便确定他是性心理病态还是品行不端，流氓滋扰。

例二：迷恋女发的小伙子

一男青年在女朋友的陪伴下，走进了心理咨询中心。见了心理医生，男青年只是脸红，说不出话来。女青年走上来，大大方方地说：“他是我的男朋友小梁，心理患了病，前来咨询治疗。”心理医生热情地说：“请坐下谈。”在女友和医生的鼓励下，男青年慢声细语地说出了自己的发病经过。

小梁今年25岁，大学文化，出生于干部家庭，独生子。其母严厉而专横，在家说一不二，全家人都得顺着她，否则就要吵架。因此，小梁自幼胆小，性格内向，老实少语，喜欢与小女孩玩耍。如女孩哭泣时，小梁总是上前安慰，并用手抚摸其头发。时间久了，他觉得这样好玩，心理特别愉快。上初中以后，经常借故接触女生，并情不自禁地寻找机会抚摸其头发。高中毕业考入军校，学习成绩挺好，但内心对校内没有女生而苦恼。于是，迷恋女人头发变本加厉，出门看到秀美的女性头发便激动不安，像磁铁一样吸住他，常不能控制地设法触摸。一旦目的达到，则激动不已，觉得浑身舒服。有时，接近女人时偶尔嗅到头发的香味，他心里也觉痛快。在对女发迷恋欲不断增强的情况下，邪念蒙生。他心想：要是将年轻女子秀发剪下来，长期珍藏，岂不更好。既可随时取出抚摸，又可捧在手中嗅吻，不出屋门就能享受女人的温情和香气。于是他曾多次携带剪子上街，一有机会就动手。一次作案时，

被公安人员发现，把他扭到派出所，以流氓罪拘留 15 天，并被学校开除，受了处分。但他并没接受教训，还想再干。他自己也不明白，为何将获得女人头发视为“最高欲望”，每次“行动”时均感到紧张、心慌。往往在抚摸或嗅嗅头发感到性满足后，又自责和悔恨。然而，一遇到机会又欲罢不能。交了女朋友后，她给他做工作，劝他不要再干傻事了，并说这是病态，可以治好的。小梁才鼓起勇气，决心向医生求治。

诊断分析

这是两例以恋物癖为表现特点的性心理变态者，前者是偷窥女性的内衣、内裤、乳罩；后者则迷恋于女性的头发，都从中获得性满足，患者的共同特点是性格内向，不善言话，从小与女性交往很少，因此，对女性身体不感兴趣，而将性兴趣集中于女性的某些特殊物品上。

异装癖

异装癖是指通过穿戴异性服饰而得到性满足，这常常是具有同性恋倾向的人恋物淫的一种表现形式。但是也有一些人穿着异性服装并不是为了给自己以性刺激，而只是觉得这样才适合自己的内在人格。

例一：男扮女装

患者：男性，39 岁，已婚，外科医师。

病史：幼年生长发育正常，学习成绩良好，平素举止庄重、文静，工作认真负责，能团结同志。其姐生后早亡，自幼父母即将他作女孩打扮，在学校也穿花衣，性情温柔，从不打闹，被称为“大妹子”，喜欢花手帕及其它女式用品。而且一直喜欢女装，认为只有穿了女装才符合自己的性格和情趣。从 19 岁开始产生穿女装的强烈欲望，穿上之后就感到心情平静，如果能穿着外出走走，更感满足；同时有性快感，有时伴有手淫。冬天持续穿女式内衣，夏天下班后在家穿女装。

病人 27 岁结婚，婚后夫妻感情融洽，性生活正常，生育一女。平时总是穿着女性内衣，外穿部队服役军装，夜间穿女式紧身衣，戴假乳房，假臀围，不管妻子如何反感，不愿除去，还买了女袜、女高跟鞋自用。擅长裁剪、绣花，在家为自己制作旗袍、连衣裙，有时全身女性装束，在镜前自我欣赏和想象，十分得意。

39 岁某晚趁妻子女儿外出看电影之机，匆匆男扮女装，描黑眉、涂口红、戴风镜、耳环，头戴刊表，提女式提包，离家出走，途中被熟人识破，扭送派出所。后来将病人送至医院进行精神状态检查，结果未发现精神异常，性染色体核型检查为 46，XY 型正常男性，脑电图正常，智商为 103。

诊断分析

该例患者的发病起源于童年经历，家中父母的不正确，违背现实的教育。

异装癖和易性癖，同性恋三种变态者患者都有穿异性服装的癖好。但三者间是有区别的，具体见表 4—1。

施虐和受虐癖

施虐癖是指通过在他人（异性或配偶）身上造成痛楚与屈辱，来满足性欲的一种性心理异常。

施虐癖的暴力有着不同的程度及范围，即从造成轻微疼痛或到并无损伤的调戏到极端的残暴行为，甚至死亡。具体方式有鞭打、脚踢、牙咬、手拧、针扎，甚至用刀割。

对于施虐形成的原因有不同的解释。第一、可能在生活中遭受过挫折与欺凌，或遭受过异性的拒绝与侮辱，因而形成报复心理。第二、可能是由于自卑感的过度补偿作用，即由于自己存在着某些缺陷而自卑，借对异性的残暴以发泄其性欲并表现自己男性的优越感。第三，可能是由于幼年生活中形成的对性关系的错误态度。

病例

例一：虐人为乐

患者沈××，女，25岁，农民，已婚。初中文化，患者系头胎早产儿，出生时体重不足2500克，自幼父母溺爱、任性不听管教。7至8岁时即性格粗野，虐待小动物，打骂他人，无理要求甚多，父母无法管教。学龄读书，初一辍学，十三岁时父母带其辗转求治、未获效果，十七岁时与同村一青年初恋，关系融洽常有亲昵行为，并初试云雨，患者渴望尽早完婚，因男方父母反对，初恋失败，患者曾伤心落泪，意志消沉，继而产生仇恨男性，并耿耿于怀。20岁时经家人介绍与现夫结婚，夫妻感情不协调，常虐待丈夫。已育一子四岁，但从不爱抚养，与一些不三不四的男青年鬼混、调情。但从不与他人发生性关系。入院体检及实验室检查均无异常，心电图正常。精神活动表现为情绪下稳，喜接近异性，如不愿进食，嗲声嗲气地要求男护士喂饭，并故作媚态，谈话浮浅下流，毫无羞耻地炫耀自己怎样玩弄男人，主动谈论在家时与一男青年调情的情景：先故意在其面前穿花衣服，以引起注意，继而频送秋波，动手抚摸，经多次挑逗并与对方拥抱接吻后，使对方被弄得心急火燎，阴茎勃起，试图与其发生性交时，患者却突然沉下脸下，打对方耳光，使其十分难堪，而自己在心理上得到满足，并认为达到了报复之目的。

诊断分析

这是一例性施虐癖，由于初恋受挫，渴望美满婚姻的心理没有实现，感情由一个极端转变为另一个极端，由爱生恨、产生报复男人的心理。

例二：色情杀人狂

某男，21岁，未婚，武警战士，汉族，高中文化程度。患者大约在小学四年级，当时十一二岁，不知为什么，脑子里突然萌发一个想杀死人的念头（对象当然是女孩），这并非是恨她们，而似乎是要表达一种连自己也说不清的，朦朦胧胧的某种感情，或说是好奇，或说是愿望、总之说不清，开始这种念头时隐时现，不影响学习和与同学玩耍，至初中二年级后，出现次数逐渐增加，有时表现强烈，自己明知不对，竭力控制与摆脱，然而它像恶魔一样纠缠着，因而十分苦恼、仿徨、压抑、失眠、头昏、升入高中后已不能继续上学，自动退学、在退学期间，常于黄昏时外出，多次在僻静处或阴暗处寻找目标，跟踪女青年、伺机作案，每当看到她们发现而被吓得惊慌失措的神态，心里就有满足和快感。86年11月参军，部队紧张严肃的军训使这种欲念淡薄，于是，便把全部精力投入军训，并取得优良成绩。近一年来，

任务较轻，这种恶念再次加剧，常常萦绕脑际。一种难以抑制的渴望，难以阻挡的强烈的冲动，驱使他一次又一次地去注视单身女性的行踪、跟踪目标，寻找对象，明知是犯罪，然理智，道德，法律在这种冲动面前都显得无能为力，仍然伺机作案。为了获得心理的更大的快感，于7月2日晚，乘机杀死了一个十八岁的无辜的女孩，并不害怕，反而感到从来未有过的解脱和快感，为了满足心理最大的快感，把她卡昏后，又用皮带勒其颈部，将其衣服扒光，并转移尸体消灭作案现场。

诊断分析

该起施虐是较严重的色情杀人狂。施虐念头，造成精神上的痛苦，一次次驱使寻觅单身女性，从施虐杀人获得解脱和快感。

例三：乐于受虐

患者男，35岁，已婚，煤矿工人，小学文化，自幼生长在偏僻山区，一岁丧父，上有一姐两兄，其母及姐对患者十分疼爱。童年时代多跟随母亲及姐身边，很少与同龄儿童玩耍。

自幼性情孤独，胆小怕事，害羞，怕见生人。19岁参加工作，认真肯干、处世谨慎，为人厚道，社会交往少。

患者追述：16岁时高热不退住院治疗，因拒服中草药而被在场的一位年轻女护士按住脖子，捏紧鼻子强行将药灌下。就在护士按脖子，捏鼻子的时刻，患者突感全身发热，同时有一股从未有过的强烈快感，接着下身流出了粘乎乎的液体。从此，患者经常于独处时有意回想捏鼻子时的情景，性幻想过程中有阴茎勃起并有精液排出。某晚在回想的同时，患者捏住自己的鼻子，立刻产生了强烈快感。几年间患者经常用此手法获得快感。21岁时结婚，婚后对性生活冷淡。当妻子有性要求时，需脑子里想着灌药的情景才能进行性生活。婚后患者经常独自用回想灌药并手捏鼻子以达到快感。结婚的第三年某晚因阴茎不能勃起，患者要求妻子用力捏住他的鼻子，就在捏鼻子的同时，患者立刻感觉全身产生了“串电”样快感。患者称这是婚后第一次产生如此强烈的快感。从此患者每过性生活，妻子总要紧紧捏住他的鼻子。两年后，患者又出现在性生活的同时必须还捏住妻子的鼻子才能有快感。患者述虽然事后鼻子被捏得刺痛，但不这样阴茎便不能勃起。

1989年春，患者因工作的井下发生伤亡事故而感惊恐，但脑子反复出现灌药情景并伴快感体验不减轻。患者对此非常内疚，既感对不住妻子，又恐对身体有害，便有意控制回想，但事与愿违。因阴茎久久勃起影响工作而焦躁不安。三年来，患者为此痛苦不堪，曾在妻子结扎后又要求结扎，误认为结扎后可丧失性功能。

诊断分析

患者幼年丧失，缺乏模仿的男子汉形象，性格内向，腼腆极少与同龄异性接触，十六岁正值青春性发展高潮期，其性欲在灌药由年轻女护士捏鼻子的特定条件下得到满足，压抑的性欲得到释放，经过若干次的反复性体验逐渐形成变态的受虐癖。

其他人类的性变态除上述的八种类型外，还存在一些其他类型，以下对这些性变态行为作一些简要介绍。

(1) 恋童癖 恋童癖是转以未成年的幼童为性对象，采取性行为，包括奸

淫幼女，鸡奸幼童等，从而获得性快感的一种变态性行为。多见于老年男子，青少年中智力低能者。

恋童癖的被害者的身心受到极大的摧残，关于恋童癖的起因一般认为有以下几点：患者对自己的性生活感到不舒服，尤其是在同成年妇女交媾时、可能是专注于自己阴茎的大小，也可能是为自己不能保持阴茎勃起而烦恼。而在同儿童身上采取性行为则不会出现这种焦虑；婚姻上的不幸和嗜酒；受色情文化的影响也可能引起侵犯性性行为，尤其是对儿童采取侵犯性性行为。

(2) 乱伦乱伦是指社会上禁止的亲近家庭成员，如母子之间较少见，但兄弟姐妹间的乱伦较为常见，乱伦是社会、法律均禁止的不道德行为。

造成家庭成员间乱伦的可能性因素包括：家庭在地理上的隔离，父女间的长期分离，家庭中裸体或半裸体的家庭模式，母亲始终不在家，酗酒等，而且曾是父子乱伦对象或进行长期兄妹乱伦的男性儿童更有可能在自己的家庭中重复这种乱伦模式。

(3) 兽奸指与家畜动物，如牛、猪、羊、狗、鹅等发生性交行为，从中获到性快感，释放性的压抑。

造成兽奸的原因可能是：远离人群的单身男性；男性低能。

(4) 奸尸奸尸是指以尸体作为性欲发泄的对象，多见于男性，他们一般都是去扒死去不久的女性坟墓，或者是先杀后奸。

(5) 口交口交是指性行为不是在生殖之间，一般表现为吸阳和舔阴两种形式。口交的一种可能性因素是由于迷信的作用，认为男子元精大补，童女的会阴能“破火”。另一种可能是男性性功能障碍——阳痿。需女性用口腔吸吮方能勃起。

第五章 精神病及典型病例

精神分裂症

精神分裂症，在过去很长时间里被称为“早发性痴呆”或“青春性痴呆”，因为有人认为这种障碍多发生于青春期，以后逐渐发展成具有荒谬，愚蠢行为的精神障碍，但后来人们逐步发现这种疾病并不限于青春期，在成人期也同样可以发生，而且，以后也不一定以痴呆为结束。因此人们根据这类患者都有思维和行为彼此分裂、不相协调的特点，故称之为“精神分裂症”。

人们又把精神分裂称为“人类心理健康之罪魁”，因为不仅精神分裂症患者多，它是精神病中最常见的一种类型，占精神病院住院总人数的80%—90%，患病率约为7%—8%。而且，总的来说，预后较差，只有少部分病人经过治疗后能完全恢复正常，有相当部分病人会反复发作或发展成为慢性，其中一部分残留社会功能缺损，难以恢复原来的工作、学习和生活能力。

一、病因

1. 遗传因素 关于精神分裂症患者的家谱调查发现, 遗传因素对该病有一定的影响作用, 据 1987 年对上海的调查资料发现, 1198 名精神分裂症患者的 54576 名家庭成员中, 其精神分裂症患病率比当地一般人口的患病率高出 6.2 倍。具体见表 5—1 表 5—1 上海地区精神分裂症患者家族患病率关系患病率父母 33.21% 兄弟姐妹 30.1% 叔、伯、姑、舅、姨 13.54% 祖父母、外祖父母 12.66% 第一代堂表兄妹 6.24% 第二代堂表兄妹 4.2% 另外, 关于孪生子、寄养子的调查研究都发现同样类似的结论, 即遗传因素影响精神分裂的发生。当然, 也不是每一位精神分裂症患者的家庭中都能发现精神分裂症患者。许多病人并无阳性家族史, 说明遗传起一定的作用, 但不是唯一因素, 而环境中的有害因素可能起着更重要的作用。

2. 精神因素 精神分裂症的发病与外界环境的有害因素, 特别是精神刺激的影响有密切关系。在临床上常见到许多精神分裂症患者起病于遭受精神刺激之后。据国内资料分析, 精神分裂症发病前有精神因素者占 54%—77.6% (上海、南京的资料)。但这些因素能过什么途径, 如何引起大家功能的混乱, 导致本病的产生, 都尚未确定。多数人认为精神刺激等外界因素只是诱因, 只能在一定的内因的基础上起作用。

3. 社会环境因素精神分裂症多发生在经济水平低或社会阶层低的人群, 从本世纪 40 年代以来已由国内外本病的患病率调查的地区分布特点所证明。某些发病率调查资料亦发现有同样趋势。发现社会低阶层人群的发病率为高阶层人群的 3 倍, 最近在英国的调查新发精神分裂症在不同经济水平地区的分布资料, 得出了同样结论。推测这可能与经济水平低、社会阶层低的人群, 社会生活环境差。生活动荡, 职业无保障心理社会应激的负荷大有关, 在遗传素质的基础上容易发病。

4. 躯体因素精神分裂症患者大脑病理解剖研究尚未发现特异性的变化。病程长的病例可见到软脑膜轻度混浊, 皮质轻度萎缩和脑室扩大。曾有些学者认为精神分裂症的病因与内分泌的失调有关; 在些学者则认为与感染有关系, 但最后都否定。此外, 前苏联精神病学家曾在精神分裂症患者鼻腔内分离出病毒小体而提出病毒的假说, 但仍未得到多数学者的支持。

5. 病理生化因素生化代谢研究发现患者体内有代谢的病理性变化。周期性紧张症病人体内有氮代谢障碍, 精神症状的出现与体内代谢障碍(氮潴留)的变化相一致; 当机体通过代偿机制将毒物从体内排出后, 精神症状随之消失。因而提出自体中毒学说, 即体代人谢异常生产有毒的中间代谢产物导致大脑功能失调。有的人发现患者血液、尿、脑脊液内含有毒性物质, 静脉注射患者的尿可使动物产生植物神经症状或类似紧张症现象。有的人推测这是胺类化合物代谢异常所致。近十多年来, 由于中枢神经介质的研究进展, 发现脑内某些生物活性胺, 如 5-羟色胺, 儿茶酚胺在保持正常精神活动中起重要作用。这类物质的代谢异常可导致精神症状的产生, 这引起了科学家对中枢神经介质代谢物研究的兴趣。但至今尚无定论。

二、症状表现

精神分裂症的基本特点是病人的精神活动与现实环境相脱离，思维、情感和意志行为互不协调，相互分裂。

思维障碍

1. 联想障碍最初可表现为联想松散，严重时出现思维破裂。病人谈话或写东西缺乏中心思想，缺乏逻辑联系，如不仔细分析，不一定认为是病态。但随着病情加重，联想可以变得更加支离破碎，甚至从患者的书信和谈话里找不出一个上下相联的完整概念，令人不知所云。2. 妄想这种妄想并不是由感知觉障碍或其他歪曲的观所引伸，而是一种凭空出现，与患者以前的思想和情感毫无联系的一些病理性观念。

情感障碍

这是精神分裂症的常见症状之一。在疾病的急剧发作期，患者的感可出现不明原因的剧烈变化，多系由幻觉和妄想产生的强烈反应。表现为兴奋、紧张、恐惧、焦虑、忧郁或突然情感爆发；可能伴有伤人、毁物或自杀行人。有的病人出现情感倒错，往往以无所谓的心情，叙述自己最痛苦的遭遇；或者谈到高兴的事情时，反而伤心落泪。有的病人有矛盾情感，则可有爱和憎两种对立的情感同时出现。如有的患者痛斥医生是凶手而同时却要求医生留下来陪伴，免得自己害怕。随着病情逐渐发展，情感迟钝和情感淡漠往往成为病人长期的主要症状。一些细致的高级情感常最先受损害，表现为对亲友缺乏热情，对家人态度冷淡，对是非善恶漠不关心，与别人的情感不发生共鸣，只对外界刺激产生迟缓而浮浅的反应。严重时，可对欢乐、愤怒、恐惧等情境均无明显反应，甚至对任何刺激均无动于衷。口感知障碍幻觉是精神分裂症的常见症状之一。如幻听见于半以上病例。有时可持续相当长的时间，内容固定，主要是言语性幻听，内容往往是使人不愉快的，语声威胁或命令病人做这个，不要做那个（命令性听）、说出病人的思想（思维鸣响），或思维被广播、评论病人的言行（评论性幻听）。除幻听外幻觉还包括触幻觉、和内脏幻觉，幻觉的内容比较单调，缺乏变化嗅幻觉、结构也简单或不完整，与现实生活缺乏联系或内容怪异。

意志行为障碍

患者表现出对生活、学习、工作等一切都缺乏兴趣，不主动参加活动，经常处于沉思之中；不与周围人接触，整日闭门幽居或蒙头而卧，生活懒散，不修边幅，不注意整洁，孤僻、退缩，完全脱离。有的患者发生矛盾意向，不能果断选择应该做什么，总是犹豫不决。如欲睡觉，走到床边以后又退出寝室，如此反复不能决定。有的病人在妄想的支配下，可反复提出控拆或坚持进行某种犯罪活动，表现为病理性的决志增强，但这一现象并不能持久，随着病情的进展，意志行为活动的减退便日益明显。此时，邓即使偶尔浮现意志行为活动的愿望，自身也缺乏动力去完成它。

三、精神分裂症的类型及病例

单纯型

发病大多在青少年时期，起病缓慢，发病诱因不明显，最初不易被人发现，但是一旦被亲友怀疑有时，本病往往已发展到严重阶段了。患者在早期可有失眠、头昏、注意力涣散、全身不适，精神萎靡等症状，颇像神经衰弱。随后，性格逐渐改变，表现为孤僻、懒散，情感淡漠，不与人来往，不修边幅，对任何事物皆不感兴趣，学习成绩下降，对工作常不负责任，散漫不羁，不遵守劳动纪律，工作能力降低，但患者并不为此而焦虑，也不采取任何措施加以补偿，得过且过，对别人的批评和规劝毫不介意。病情严重时与外界环境完全隔离，精神衰退也日益明显。此型幻觉、妄想和紧张症状很少见，故称单纯型。

病例

例一：懒汉

患者，男性，20余岁，由其父陪同，已经寒冬腊月，但患者穿着单衣单裤，赤足趿着拖鞋，衣裤已污秽不堪。面容和年龄不相称，显得苍老，头发长而乱，显然当日没有梳过头，胡须长得如影视剧中的古代人一样，牙垢厚厚一层，牙齿黄黑。在医生面前不说一句话，呆呆地若有所思，医生问之不作答，时时窃窃发笑，再问之简单应答几句，心不在焉，长久坐着，手足、身体很少活动。据其父提供的病史，病人是一位大学三年级学生，高中时期成绩优良，多次被评为三好学生，以优异成绩入该大学，入学之后第一学期学习成绩尚可，第二学期起成绩明显下降，二年级几门功课不及格，经补考后勉强及格。同学反映他的宿舍床铺很脏，被子不铺理，衣服几乎不换洗，袜子到处乱放，大热天不洗澡。不但如此，上课纪律也很松散，经常上课迟到、打瞌睡，自修不参加竟去睡觉，老师及同学以为他有思想问题，找他谈话，却又谈不出什么，学习成绩下降对他来说若无其事，考试需人再三督促。老师认为他学习不能胜任，就建议休学1年。

在1年的休学期间，他既不温习功课，又不参加任何活动，整日在家除了睡觉，就是卧床，早晨洗漱、一日三餐都需家长督促强行，原来喜爱的足球、唱歌都和他绝了缘分，有人来家，他看了一眼，也不打招呼，自顾睡觉，父和他讲话，他勉强应答2—3句，使人听了也不知他究竟在想些什么。3个月前，其母因车祸死亡，他闻知后竟然不讲一句话、不落一滴泪，还是在床上安度他的小天地生活。每日对着镜子自我欣赏，边照边笑个不停。换衣理发如要强制行之，他就要睁大眼睛打人，故家属只能随他的便。

诊断分析

病人患者有单纯型精神分裂症。虽然尚不知道其病因，但其行为表现：衣着打扮不合常理，不修边幅，不注重个人卫生，失去学习，娱乐的兴趣，情感淡漠都表明其患病的严重性。

青春型

青春型精神分裂症更接近于一个外行所理解的精神乱乱的情况，这种疾病是以傻笨的行为（其中包括看起来似乎并没有原因而产生的微笑和大笑）、幻觉、妄想以及通常所表现的连续的恶化为特征。这种疾病通常从青春期开

始，逐渐发展。青春型精神分裂症的这种极端形式的退缩行为，使病人对周围世界毫无兴趣，最容易产生情绪的爆发，受想象世界的刺激而哭泣发笑。

患青春型精神分裂症的病人有很多奇离古怪的幻觉。他们常常会听到许多声音，这些声音有时是愉快的事情，但更多的则是辱骂的声音。许多幻听常常是发自内心的声音。遭受青春型精神分裂症痛苦的人时常感到有许多外来的东西在他们的身体之内活动着。有一个女大学生深信有许多小鼯鼠正在她的脑袋里来回跑动着，而另一个女生则确认有许多小提琴的琴弦业已从她的臀部拉到她两肩上，而且有许多小魔钩还正在这些弦上演奏着不和谐的音乐。此外，一些轻微的迫害妄想有时也会出现。

例一：花痴

张某，女，23岁，高中毕业后在某百货店做营业员，经人介绍结识了男友，他是中学物理教师，两人相爱半年，感情融洽，但男友之父母嫌她是个营业员，反对他们来往，男友个性软弱，屈服于严命之下，逐渐和她远了，张女深知内情也不过分为难其恋友，决心忍痛断绝关系，此后心情郁闷，无异常现象出现，工作也能完成，平日沉默少言，孤独好静的她更加变得默默无言，不愿出门交友，父母深为同情，常加劝慰。

事隔3个月之后，张女突然变得好打扮起来，每月工资领来没几天就用完，买了好多书籍及杂志，却又不看，高搁一边。对父母经常讲些莫名其妙的话，有时会突然大笑，在家跳跳蹦蹦，显得活泼非常。动辄发脾气，一言不合就破口大骂，上班时经常离开岗位，与顾客争吵。下了班不及时回家，甚至半夜才归，家长以为又有了男友，反而暗暗为之高兴。但时间不长，发觉其精神活动已不像正常人，如发现她经常外出乱走，看见异性笑，更荒唐的是穿了内衣裤就外出，口里讲些下流话。饮食饥饱不知，几顿不食，或一吃上几碗。加上还发现她在写些什么，其母有一次偷看竟是一封封情书，肉麻地写“×郎：天上一朵云，鹊桥牛郎织女，我们永远幸福，光明天使一对，哈哈，我看见你了……”。晚上睡眠很少，把收音机开得特响，邻居提些意见，反把人家骂出去，吵得全家不宁。

诊断分析

张某患有青春型精神分裂症，恋爱的挫折使张某情绪低落和反复无常，行为目的缺乏，没有羞耻感，暴食暴饮，表现出对异性的好感……，由于该病的性色彩较浓，故俗称为“花痴”

紧张型

发病年龄在青、中年，起病多呈急性和亚急性，也有起病缓慢的。早期萎靡无力，食欲不振，怠惰少动，对任何事物都无兴趣，情绪低落。随着疾病的发展，则有紧张性木僵和紧张性兴奋两组综合征出现。

木僵状态——病人情感淡漠，言语动作明显减少，有时呆立或呆坐数小时，可出现刻板动作、刻板言语，模仿动作、模仿言语和违拗等症状。严重时则不言不动、不饮食，双目紧闭或凝视，表情呆滞，推之不动，甚至针刺皮肤也无反应；不主动解大小便，不主动咽下或吐出口涎而任其顺口角流出；全身肌张力增高，并可出现屈曲。木僵状态短的维持几小时，长的可达数年之久。既可逐渐消失，也可突然结束，部分患者可随即进入兴奋状态。

兴奋状态——这一状态往往是突然爆发的。患者兴奋、激动、行为暴烈，常有毁物伤人行为；常可出现丰富幻觉。此状态一般维持几小时或数日，然后缓解；或进入木僵状态。严重时昼夜躁动不停，以至衰竭。

妄想型

妄想型精神分裂症的主要特征是表现出许多迫害妄想和夸大妄想。这种比其它精神分裂症的发病过程较长。

一个妄想型精神分裂症的人，通常是一个心高志大的人，他预定了许多不切实际的目的，一旦这些目的不能实现，他就埋怨别人。这种埋怨和怀疑就要逐渐发展成许多涉及观念，而这些涉及观念进而又要变成许多迫害妄想。没有任何一个完全是天真烂漫人的，他对别人的动机必须要有某种程度的不信任。妄想型的人往往过度地使用这种防御行为。他猜疑每一个人，特

别是猜疑那些自己最亲近的人，例如像他家庭中的许多成员等。他对他们的猜疑非常大，以致深信他们都有反对自己的许多计划和安排。他有时可以认为他们要消灭自己，于是他就要首先消灭他们，以便能够拯救自己。

病例

例一：万能的小伙子

患者男性，18岁，下乡知识青年。平时性格内向，胆小，自卑。下乡时，在一起的知青看其软弱，经常欺侮他，跑回城里家中。家长不了解情况、逼迫其返回乡下，遂发病。发病时，四处乱跑。有一次，冬天，穿着单衣，骑自行车跑出2天未归。当家人在公安机关的帮助下，把他找到时，与家人有如下一段对话：“你穿得这么单薄，大冬天的，你不怕冷吗？”“我不怕，我一说热，浑身就热得出汗。”“你不饿吗？”“我不饿，我一说饱，肚子就鼓起来。”“你跑出来干什么？”“骑车子找我姐姐去。”（其姐姐在千里之遥，从小就特别疼爱他）“你姐姐离这那么远，能找到吗？”“能，我蹬一下自行车，能绕地球跑三圈。”

诊断分析
这是一些典型的妄想型精神分裂症，自身性格的内向，胆小和自卑，他人的欺凌，加以家长的逼迫，使他精神崩溃，只能靠妄想来解决摆在他面前的难题：寒冷、饥饿、缺乏亲情。

偏执型精神病

偏执型精神病是一组疾病的总称，其共同特点是以持久的妄想为主要症状，行为和情感反应与妄想观念相一致，无幻觉或精神衰退，智能保持良好。包括偏执狂，更年期偏执状态两种主要类型。

一、偏执狂

偏执狂以病程缓慢发展，持久，不可动摇和高度系统化的妄想为其突出的特征，与妄想型精神分裂症的差别表现为偏执狂患者的被害妄想和夸大妄想的程度更多、偏执狂患者中男性多于女性，且多见于中年人。

偏执狂以被害妄想开始，继之可出现夸大妄想，两者相互交织。关于偏执的病因目前尚不清楚，可能的因素有：

1. 儿童时期经验我们知道，在儿童期发展适当的扮演角色的最主要的必要条件就是父母的接受与认可、一个安全平稳的家庭、在年龄较小的时候就能够很自由地到四周进行探索以及同其他儿童从事集体的和合作的游戏等。一个通过忽视、拒绝、抵制或者是通过压抑的监督而被剥夺了为社会技能的实践所需要的安全感和机会的儿童，就可能在他以后的成人生活中无法避免在个人危机出现时发展这种妄想狂的障碍。同样，许多长辈通过对一个儿童的所做所为，所作的习惯性的反应，或者通过他为他所做的事情（放纵的过度保护）的含意的这种方式，或者通过他们对他所做的事情（跋扈的过度保护）的含意的这种方式，使儿童发展与形成许多自卑或是犯罪的态度，从而在以后可能产生相同的不良结果——妄想狂障碍。

2. 人格因素偏执狂患者多具有特殊的人格障碍，表现为主观、固执、敏感、多疑，容易激动、自尊心强、自我中心、自命不凡、爱好幻想等；

3. 精神因素偏执狂大多患在精神因素与周围发生纠纷和冲突的基础上，经历一定阶段而逐渐发展起来的。由于患者自觉和敏感，遇到挫折加以曲解，逐步形成妄想。在妄想影响下，易与周围的人发生纠纷和冲突，使其病态进一步加重。

病例

例一：向整个世界挑战

患者男性，40岁。他向大夫诉述：“早晨七点半上班刚出家门，邻居老大娘冲我喊了声‘走啊！骑车小心点’，这是不怀好意。刚走上大街，我看见一群人站在桥上交头接耳谈论我。我听不懂他们是在鼓励说什么，但我愈听愈觉得他们是在议论我，所以，我难受得哭了。这时马路上的汽车川流不息，有的突然停在我的周围，有的开过去又掉头回来了，还有的汽车开到我身边时按响喇叭，好像这些现象是在我同他们斗争，不要向他们屈服。那时我的心情非常紧张，感到草木皆兵，我不能坚持上班去了。回到家打开收音机正在播送一篇文章，谈论关于‘扫黄’，我认为这是针对我的，电视节目都是在谈论我的事，讲全国正在开展打击卖淫嫖娼，这是暗示我要老实交代有无此事。”问起患者别人都认识你吗，答不认识，别人都提及你的姓名吗？患者摇摇头，但仍坚信以上就是事实，完全失去了判断能力。

诊断分析

被害妄想是偏执狂的主要症状之一，不论别人在何时，何地说什么，谈论什么，他都认为是针对自己的，是想害己，因此这种病人常将自己关在室内，不敢出门，即使是这样他们仍旧胆颤惊，因为家人又极有可能会害他（她）。

例二：莫老固

患者，男，42岁，某工厂的设计工程师，某工类大字毕业后在某厂工作，少知己朋友，稍有矛盾口角，就怀恨在心，主观性强，一旦主见形成就难以改变，由于这种个性，同事背后称他为“莫老固”，因为他姓莫，又是老顽固、以所为简单起见，干脆称他为“莫固”（与“蘑菇”同音）。

约在35岁左右时，为了设计方案与同厂的其他工程师之间有意见分歧，结果他的意见没有被采纳，从此就对领导怀恨在心，觉得同事看不起他，领导对他有成见。由于和同事间矛盾加深、被调动了工作部门，他认为是领导的报复，看见原来的同事和领导接近，以为是在汇报他的情况，备加注意。有一次厂领导召开部分工程师座谈会，没有通知他参加，事后他气气凶凶责问厂长，为什么不让他参加。从此把每日的见闻都详细记录在日记本上，如某日开什么会，有人是怎样发言的，人家用什么眼光看待他，厂里有什么动静等。日后发展到向上级公司、局写控诉信件，他坚信厂长为首的一批领导同志及一部分同事在妨碍他的才能，千方百计在打击、排挤、刁难他、并反映厂长在与其他单位交往中受贿钱款、人事科长（男）和同科的女科员有着不正当来往、保卫科长包庇过杀人犯等，因此得出结论这些干部是一个集团，为了遮丑，怕他揭发，所以先下手为强，想把他逐步排挤出厂外，表示“他们要叫我走，我偏不走，要与他们血战到底，不搞个水落石出，誓不罢休”。一封封信件到了上级单位，派了调查组进行调查，结果发现所反映问题均是捕风捉影，分明不存在打击报复现象。把调查结果通知莫，不仅未解心头之疑反认上下级官官相护，决定向市长控告，到了人民来访室就不愿走，一定要面见市长，搞得市府机关不能进行正常工作。

诊断分析

偏执型精神病患者的妄想具有系统化特点，这种妄想有别的一般人听起来十分逼真，他们得有声有色，头头是道，不存在任何思维散漫，情感不协调，行为紊乱等反常现象，除妄想外，和正常人相比没有什么特殊的地方，因此，偏执狂具有较大的隐蔽性。

二、更年期偏执狂

偏执狂的另一种表现形式是更年期偏执狂。它初次发病于更年期，以妄想为主要的精神症状，妄想的内容比较固定，常与现实环境关系密切。对象多是自己的亲人或熟悉者，一般少有泛化。

导致更年期偏执狂的原因可能是：

1. 生理变化步入更年期后，体内生理变化开始由发育生长走向衰老，退化，细胞尤其是脑细胞的老化，内分泌系统的变化，这些都是出现偏执狂的生理基础。

2. 家庭负担更年期正是人生中负担最重的时期，上有老需要赡养，下有小需照顾，是家中的顶梁柱，承受巨大的负担却只能默默忍受。

3. 社会压力社会和未来永远属于年青人，在新知识，新文化，新科技武装下的人对更年期的成人形成极大的挑战，他们常感到心余力不足，一旦失去心理平衡，就极可能产生对他人的不信任感。

病例

例一：她的丈夫真的变心了吗

郭某，48岁，女性，26岁结婚后彼此关心，体贴，感情很好。但近半年来，她总是怀疑丈夫对自己不忠，另有外遇。经常无故冲丈夫发脾气，并要求丈夫对她讲实话，老实交待，弄得丈夫莫名其妙，而她总是不依不饶。有时跟踪丈夫，有时搜查丈夫的提包或衣袋，以便寻找“证据”，偶尔发现丈夫不按时下班回家，就给其单位打电话，不听丈夫的解释，而坚信他有外遇。她的丈夫不能跟女人说话，一旦被她看见，就大发雷霆，就说他们是在谈情说爱。为此，与自己的家人关系也十分紧张，认为别人都是向着丈夫的，而不管她的感受，与别人吵架，并让他人承认夫有外遇，还到丈夫单位告状，要求惩罚那些与自己丈夫有过“关系”的女人。

诊断分析

更年期偏执症常见的症状是嫉妒妄想，病人开始表现对细小的事情敏感多疑，渐渐地猜疑配偶对自己不忠另有新欢。为了证实自己的想法是正确的，患者常采取跟踪、监视或检查衣物等多种方法去寻找蛛丝马迹，一旦得到一点所谓的“证据”，便回家严加追究，如发现配偶上班时与异性讲话、或在下班时与异性同事同路，患者都要发脾气，反复追究。有时强迫对方承认有不轨行为才肯罢休，不然会通宵达旦地进行“拷问”。有的患者到配偶单位找领导揭发此事，往往领导在吃惊之后会向患者证明其及那位同志作风正派，决不会有这种事情，但患者仍坚信不移。

例二：“钟情”的老汉

患者，男，54岁，近来人们总是发现他在家属院的大门处活动身体，与来往的邻居们打招呼。人们并没在意他的变化，而他之所以如此，是因为同院的晓红。只要晓红出入大门时，礼节性地喊他一声大伯，冲他笑笑，他就认为晓红在对他诉说衷情。如果晓红跟别的男人说笑，他就认为是晓红是移情别恋。

晓红正值谈恋爱的年龄，那天他的男友来找她，俩人手挽手走出大门。这一情景被老陈发现，他的恨终于爆发了，揪住那男青年，上去就是一巴掌，打得他莫名其妙，他说晓红只爱他一个，不许任何人接近她。

病例是一起钟情型偏执狂，更年期偏狂中钟情型较为少见，一般多见于男性，从内心将某一女性据为已有，不能忍受她去靠近或是别人去接近她，情绪易感动，可能引发一些冲动性为行。

情感性精神障碍

一、躁郁症

躁郁症，全称为躁狂抑郁症，是以情感活动过分高涨或低落为基本症状的精神疾病。其临床特征为单相或双相发作性的躁狂状态或抑郁状态反复出现，两次发病之间有明显的间歇期。在间歇期精神状态可以完全正常虽多次发病，但精神活动不发生衰退。

躁郁症的病因

1. 遗传因素调查资料发现一般居民中的躁郁症患病率不超过 0.4%，而病人人们家属中这种疾病的患病率高达 30%~41.8%，是一般人群的 10~30 倍。据上海第一医学院精神科统计一组躁郁症病人，有家庭精神病史者占 29%，可见遗传是起一定作用的。另外，关于孪生子，寄养子研究也都支持这一观点。

2. 精神因素躁郁症患者有半数以上在首次发病之前存在着精神因素，这些因素可作为一种促发因素。

3. 躯体因素据调查，躁症和人的体型有一定关系，如抑郁症可能与矮胖体型有关，一次调查发现 62 例抑郁症患者中 58 例属于矮胖体型。

4. 间脑功能紊乱许多器质性病变，诸如外伤、病变和肿瘤等都可能引起类似躁狂抑郁的精神障碍。人们普遍认为间脑的功能紊乱和躁郁症有着密切关系，因为间脑的病变可以引起周期性、形式上相反的精神症状，如忧郁和欣快。

5. 生化代谢紊乱医学研究发现某些抑郁病人尿内 NE 的代谢产物 MHPG 排出明显低于正常组，说明病人中枢 NE 活性低下，当由抑郁转为躁狂时，尿中 MHPG 排出增多，关于躁狂患者的尸检表现，不论是躁狂还是抑郁病人，脊液、尿内的 5-HT 的代谢物明显低于正常人，于是人们提出这样的假设：5-HT 缺乏是躁郁症的生化基础，构成素质和发病的倾向，而 NE 功能亢进出现躁狂，功能不足则出现抑郁。

躁郁症的临床表现及病例

1. 躁狂状态主要临床表现可概括为情绪高，思维奔逸，行动过多。临床上一将其分为三型：轻躁狂、急性躁狂性躁狂，谵妄性躁狂。

(1) 轻性躁狂症：轻性躁狂症是一种轻微形式的激动，表现为坐立不安或精神紧张。病人经常不能安静下来，或敲打身边的东西，或不停地走动。说话和做事都快得反常。

(2) 急性躁狂症：急性躁狂症和轻性躁狂症之间只是程度上的差别。在急性躁狂症中，坐立不安和欢欣鼓舞的情况表现得更为显著一些，这种病人的自信心非常强，并且很爱说话。他的讲话有时才气焕发，尽管这种谈话比较混乱。他发现自己很难完成一个完整的思想过程。有时他可能异常地激动，以致要失掉仅有的一点自我控制能力。在激动过程中，他将猛烈地击打物体或人。他的这种行为代表了需要向外表现、需要支配别人却受到压抑倾向。

(3) 谵妄躁狂症：谵妄躁狂是躁狂症中的极端形式。这类病人往往都是精神错乱的。他们表现得狂暴的兴奋，完全失掉了同现实的接触。对他们来说，自己的幻觉和妄想远比周围环境要真实一些。他们不但对自己而且对别人都是极端危险的，必须予以隔离。

例一：过度兴奋也是病

患者，女，23岁，因半月来情感高涨、话多、兴奋而入院。入时病人衣着整洁，合作有礼表情轻松愉快。在病房不时引吭高歌，众病友为之鼓掌喝彩，更是手舞足蹈，唱个不停。主动向医生详细叙述病情，滔滔不绝，难以打断，内容连贯，和内心一致。自诉：“高兴极了，轻松极了，脑子变得特别快而好使，以前是一个大脑，现在好像有三个脑子，转得可快了！手脚也变得特别灵巧。”一边说，一边唱，一面当众表演：“太阳天空照，花儿我对笑，……”

诊断分析

躁狂症的主要表现是情绪高涨，言语增多，动作忙碌不停，而且精力充沛，不知疲劳，有的女性变得特别好打扮，艳服浓妆，且常伴有性欲亢进，追逐异性，易受歹徒侮辱、奸污。

2. 抑郁状态主要精神症状可概括为情感低落、思维迟钝和精神运动性抑制等3方面。症状轻重不同分为4型，即：轻性、急性、木僵性和慢性抑郁。此外，还有一种非典型抑郁，患者不具备重性抑或心境恶劣障碍的典型症状，而表现为明显的焦虑、恐怖、疑病（躯体化）等症状。在国内成人中此类型抑郁多表现为反复或持续出现各种躯体不适和植物神经症状，如头痛、头晕、心悸、气短、四肢麻木、疼痛、恶心、呕吐等症状。

例二：过度抑郁也是病

患者，刘某，女，65岁，郭某是一工厂工人，退休，子女都已长大成家。郭老先生是退休干部，身体健康，两人每月退休工资有近六百元，子女儿媳都对她老两口十分孝顺，真可谓幸福之家，理该安享晚年了。不料刘大妈这2~3个月来出现了精神反常，睡觉不好，早晨3~4点钟就醒，家务也不能料理了，觉得自己不会做，一日三餐吃现成的，整天言语唠叨，诉述自身坎坷经历，说幼年父母对她不好、家庭经济贫困，嫁给现在丈夫后辛苦半世，也没有过好日子。且整日诉述胸闷、心跳、全身肌肉酸痛，担心自己患心脏病、风湿病，癌症，焦虑不安，呻吟叹息，胃纳不好，怨恨自己命长不死、厌世、屡屡发生自杀、自伤行为，均因及时发现制止，动作不宁、坐卧不安，消瘦明显。

诊断分析

抑郁状态和躁狂状态相比，突出的现象是情绪低，其外观和正常人情绪不愉快时不一样，长吁短叹，紧皱双眉，缺乏乐趣和生机，情绪低落同时有思维迟缓、言语减少、动作减少，合称为“抑郁三联症”。

3. 混合状态指临床上同时出现躁狂抑郁之主征相互混合交错的症状。临床上又分为6种混合状态：躁狂性木僵、抑郁性或焦虑性躁狂思维贫乏性躁狂、抑制性躁狂、思维奔逸性抑郁、激动性或激越性抑郁。

躁郁症的发作形式呈间歇发作或交替发作。发病形式可归为单相躁狂、单相抑郁和双相躁郁症。发病持续时间可长可短。平均病程躁狂症2个月左右；抑郁6个月左右，少数可持续1~2年。发作次数以1~2次为多，少数可反复发作20~30次，发作频繁者每年发作3~4次。

病例

例三：周期性情绪发作

患者，男，20岁，某著名工业大学的三年级学生，考入大学前，患者的学习成绩优良，表现优秀，一直是班长和优秀干部，大二寒假期间，出现第一次抑郁发作：说话、活动减少，终日闷闷不乐，报怨脑子不好使，兴趣索然，觉得活得没有意思，只有一条绝路可走，历时四个月后出现话多，活动多，感到脑子特别好使，精力充沛，乱花钱，常到老师家“讨论问题”，夸夸其谈。三个月后出现第二次抑郁情绪，持续情绪低落三个月后突然又转为情绪高涨，第二次躁狂持续17天。大三期间、这种状态又轮回几次、严重影响其学习和同学关系、最后只得休学一年，住院治疗。

二、更年期抑郁症

更年期忧郁症始在更年期发生的一种精神疾病，它的主要特点是：

(1) 在更年期首次发病。女性更年期在绝经期前后，约为 45~55 岁；男性更年期为 55~65 岁。

(2) 心理异常以情感忧郁，焦虑和紧张为主，可有疑病、自罪，嫉妒等妄想，但无智力障碍。

(3) 大多数病人伴有失眠、躯体不适和植物神经系统功能紊乱等症状，并伴有内分泌功能尤其是性腺功能减退或衰老等。

(4) 本病在情感性精神病中约占 1/3。而且女性多见，女性发病率等于男性的 2~3 倍。

病因

1. 遗传因素 有人对 96 对双生子患者的家属进行调查，发现异卵双生子的同病率为 6%。而单卵双生子的同病高达 60.9%，说明遗传有一定的关系。

2. 内分泌机能衰退 更年期是机体代谢，内分泌机能，特别是性腺功能向衰老过渡时期。此时的神经—内分泌等一系列功能处于不稳定阶段，适应环境能力下降，容易在精神因和躯体因素的影响下，出现平衡失调。

3. 人格因素 病人患病前，性格常具有敏感、多疑、胆小等特点。

4. 精神因素 如家庭不和，邻里不睦或者工作不称心、不顺心、社会风气看不惯等，都会影响到病人的心理活动，诱发精神症状产生。

症状表现

更年期抑郁症主要表现是抑郁情绪，患者感到无原因的兴趣下降，悲观，感到对不起家人，自我评价下降，认为现在什么能力都没有了，成了废人，连累家人，进而产生悲观厌世和自杀行为。有时泪流满面，有的讲我想哭都哭不出来了，患者多卧床，也有的焦躁不安，不知如何是好。伴有失眠特别是早醒食欲下降，体重减轻，四肢疲乏无力。在更年期的抑郁，除有抑郁体验外，常常伴焦虑情绪，心烦意乱，坐卧不安，对自体的微小变化都感到十分害怕，认为病很重，常纠缠大夫或别人问：“我这么难受怎么办呀”，“我的病能治好吗？”甚至产生疑病观念或妄想，感到没前途，活着没有意思，同时认为躯体的疾病是主要的而要求治疗。从而看出，更年期抑郁，不像发生在年轻人身上那么典型，明显的焦虑情绪常常掩饰一定程度的抑郁，不易早发现

病例

例一：对新环境犯愁的女医生

患者，女，45，医务工作者，患者是一年前由部队医院转业一地方医院工作的。由于环境的变化，她感到每日病人多，病情复杂，工作起来比较吃力。后来因工作问题和同事争吵，她就认为同事都瞧不起她，觉得有的人还背着她在领导面前的说她坏话，看到别人谈话也认为是在议论她，甚至有人要害她。以致每晚脑子老想事，不能入睡，以后逐渐出现头痛、头晕、心慌、身上发热、口苦口干、不思饮食、便秘等。现在病情越来越严重，每晚不论服多少安眠药也只能睡一两小时。但她又认为服安眠药会杀死白血球，自己

活不长了。为此，整天忧愁不已，悲观失望，看不到前途，一意想自杀。尽管她是医生，但自己却无法解除自己的痛苦，还闹得全家不安宁。

诊断分析

更年期中，患者体力，精力上的下降，繁重的工作使她感到力不从心，加上同事关系不和，使她更加敏感和多疑出现被害妄想，悲观失望，看不到前途，于是表现出明显的更年期忧郁症症状。

第六章 药物依赖和酒精依赖

俗话说：“烟是吃人的毒蛇，酒是杀人的钢刀”。药瘾和酒瘾已夺去了无数才子，佳人的青春和生命，造成社会和家庭的无穷后患。美国著名影星玛里琳·梦露以其迷人的风姿倾倒世人，摘走了艺术上的桂冠，但生活上的失意使她时常“对影举杯”，失眠症日益严重，以致不服药不能入睡，终因服用过量的安定类药物而结束生命，死时年仅 36 岁。我国晋代大诗人陶渊明一生只知喝酒弄文，白云：“性嗜酒……，造饮辄尽，期在必醉”。但酒带给他无穷的后患，五个儿女均为愚钝。

药物依赖

药物依赖，又称药瘾，是指由于长期或反复使用药物，造成人的精神，躯体改变，对药物形成依赖，为取得快感，或避免不快感，而持续或周期性地产生强烈的用药欲望。药物依赖不仅指对毒品药物的成瘾。而且也包括以其他一些药物的躯体和心理依赖。只是由于毒品药物引起的药瘾症状更明显，更顽固，对身心健康的损害更严重，故更受到人们的重视。

一、药物依赖的危害

据统计：全球滥用大麻、鸦片、海洛因、可卡因、苯丙胺等药物的人数达 4800 万。它导致 500 万人精神颓废。每年全球因吸毒而死亡超过 10 万人，仅次于心脏病和癌症。而因吸毒走上偷窃、卖淫、杀人犯罪道路的更是不计其数，长期使用者发生人格改变、自私、无责任感，甚至为了弄到毒品会肆无忌惮地犯罪、偷窃、抢劫、卖淫以获得钱财来维持他的嗜好。据美国专家统计，一般上瘾者一个月要化近万美元购买海洛因，仅在纽约州地区，上瘾者每年至少要偷窃 5 亿美元用来吸毒。联合国前任秘书长佩雷斯·德奎利亚尔指出：“毒品问题已成为一个全球性的问题。”他担心“人类社会的物质文明将毁于毒品的烟雾之中”。

在旧中国，由于帝国主义侵略，封建地义官僚阶级反动统治的腐败，以销售鸦片掠夺人民血汗。造成鸦片吸毒一度蔓延。中华人民共和国成立以后，国务院周总理于 1950 年 2 月 24 日发布了“关于严禁鸦片烟毒”的通令，严禁吸食、贩卖、种植和私运鸦片、吗啡、海洛因等各种毒品。并采取了相应有力的措施，从根本上杜绝了鸦片等的来源，同时还加强了对易成瘾药品如：吗啡及苯丙胺等的严格管理，消灭了解放前滥用麻醉药品的混乱现象，在短短的 3 年内便根本铲除了烟毒。但近年来，国内外一些不法之徒，借开放搞活之机，贩运毒品，使吸毒在我国沉渣泛起。1988 年，我国公安、海关部门查禁贩毒案 283 起，缉获鸦片 264 公斤、海洛因 169 公斤，抓获犯罪分子 203 人。1989 年查破的贩毒案和缴获的毒品比 1988 年成倍上升。目前，我国吸毒人数已达 7 万人，吸毒，这黑色的瘟疫已在我国悄悄地蔓延。

二、药物耐受性和依赖性

药物耐受性，又名耐药性，指重复使用某种药物，其药物效率逐渐减低，如欲得到与用药初期的同等效力，必需加大剂量。而交叉耐药性是指对某种药物形成的耐药性，在开始用其他药物时也出现耐药性。

药物依赖的症状可分为精神依赖和躯体依赖两种。精神依赖也就是心理依赖，指病人对药物的渴求，为了获得用药后的特殊快感，有强烈的愿望要得到此药。病人对药物的渴求强烈的程度，以至于为了弄到药物会不择手段，甚至欺骗、盗窃等。虽然自己能意识到药物对自身健康、对家庭和社会都有危害，但却抗拒不了对药物的渴求。精神依赖的产生与药物的种类有关，容易产生精神依赖的药物有吗啡、海洛因、可待因、度冷丁、巴比妥类以及苯丙胺、大麻等。

躯体依赖是指长期服用某种药物后、使中枢神经系统发生了某种生理、生化改变，如果减药或停药，就会发生一系列躯体症状，轻者会感到难受，全身不适、心慌、流泪、眩晕等植物神经系统症状、重者可产生癫痫大发作、幻觉妄想、意识障碍、甚至可威胁生命。引起躯体依赖的药物有吗啡类及巴比妥类等。

三、药物依赖的病因和病理机制

药物依赖的病因

1. 人格因素 部份药瘾者，物别是青年人，在服药前有某种程度上的人格缺陷，如意志薄弱，优柔寡断，好依赖他人，过分焦虑紧张，缺乏自制力，他们往往难以应付生活对他们的挑战，靠药物依赖和使用脱离现实生活。

2. 躯体疾病 许多成人“瘾君子”是由于躯体不适，疼痛，失眠等长期服药所引起的。上海精神卫生中心近 14 年中治疗的 41 例药物依赖患者中，40 例因失眠，疼痛而反复用安眠酮，安宁等催眠药成瘾，或度冷丁止痛而成瘾。

3. 客观因素 社会文化，历史背景是形成吸毒等药物依赖的一个重要影响因素，下面就以吗啡和海洛因的生产和使用风行全世界的过程来说明一点：

1858 年美国的两位医生首次试验将吗啡直接注入血管，这是医学史上的重要突破，大大改善了 19 世纪的医疗质量。1905 年，医学科学家从新鲜鸦片中提出了纯吗啡，作为一种口服药，吗啡很快变成了重要的医用麻醉剂。但不久便产生了严重上瘾问题。1921 年英国作家汤姆斯·德昆西发表了一篇题为“一位英国吸鸦片者的供词”的短文，医学科学家最终认识到了用药上瘾这个问题的严重性。以后进行了相当广泛的药学研究，以寻找一种非上瘾性止痛剂，最后发现了海洛因，认为该药在治疗诸如支气管炎、慢性咳嗽、哮喘和肺结核等呼吸性疾病方面性能十分优越，并称它是吗啡和可卡因理想的非上瘾性替代品。在这个结论的鼓舞下，德国大量生产并推销海洛因，20 世纪初被世界各地的专家称为“妙药”，并被当作非上瘾性万灵药物广泛发放，形成了该药的严重滥用。1924 年，联邦麻醉品官员估计，在美国有 20 万名海洛因上瘾者。日趋恶化的海洛因上瘾现象，终于使人们认识到了海洛因的危害大于其医疗价值。1924 年，美国参众两院一致通过立法，禁止生产和进口海洛因。国际医学终于认识到无限制地使用海洛因的种种危害，开始对合法生产海洛因进行管制加削减。规定了生产厂家只能生产用于合法医疗和科学需要的海洛因。由于上述条约，世界合法生产海洛因的总量从 1926 年的 9000 公斤猛跌到 1931 年的 1000 公斤。

然而，合法生产量的锐减并没能制止普遍海洛因的上瘾现象。生产海洛因的广阔市场使得越来越多的黑社会，犯罪集团将它作为一棵棵摇钱树，虽然屡遭摧毁，但就像“野火烧不尽，春风吹又生”。

药物依赖的病理机制

形成药物依赖的病理机制有：

1. 代谢耐药性和细胞耐药性 耐药性和躯体依赖往往相并行发展。耐药性部分是由于药物代谢速度加快，使组织内药浓度降低，以致作用减弱。部分则由于中枢神经系统细胞适应性的改变。神经细胞只有在血液中有高浓度药物的情况下，才能进行正常工作。

2. 受体学说 药物依赖的产生是由于吗啡受体长期被外源性吗啡阻断，造成耐药性的急剧增高。

3. 受体废用性增敏现象 戒断综合证的产生与受体废用性增敏现象有关。吗啡受体长期被阻断后出现废用性增敏，致使停药时受体敏感性过高，而出现戒断症状。

四、药物依赖的临床分类及病例

吗啡类镇痛药成瘾

吗啡类包括吗啡、鸦片、海洛因、可卡因、度冷丁、美散酮、狄奥宁等。临床上主要用于镇痛。而“瘾君子”则可以藉以获得精神愉快，极易成瘾，常用剂量两周即可产生依赖。症状表现如下。

(1) 人格改变：一旦形成药物依赖，患者就会出现明显的人格改变。自私、说谎、诡辩、不关心家人、道德沦丧，以及许多植物神经机能障碍。

(2) 戒断综合征：精神依赖性强，躯体依赖明显，极易产生耐药性。戒药症状十分痛苦，一旦停药，则会出现食欲丧失、脸红、头晕、体温异常、皮肤干燥、性欲减退、哈欠、涕泪交流、大汗淋漓，战栗、忧郁、焦虑、不寐、全身疼痛，或抽搐。

(3) 神经方面：植物神经功能出现明显紊乱，可见颤动、动作和步态不稳，言语困难。瞳孔缩小，腱反射亢进。

病例

例：拜倒在“砒霜”裙下的女强人

患者，女，29岁，毕业于北方某名大学外语系。患者生长于北方某农村，父母均为农民，父母三十岁左右得此女，视为掌上明珠，百般疼爱，患者自小聪明伶俐，很是讨人喜欢，患者从小学习就非常好。很有人缘，和班上的同学关系都很好，高中毕业后，考入自己理想中的大学，进入自己理想中的专业——外语系，在大学期间，患者无论是学习还是工作都表现优良，显示出较高的组织能力和较强的魄力，大学毕业后，回当地的一所高校中任外语教师，时年正值我国改革开放深入之际，热情好动的她，放弃了宁静大学校园中的那份稳定的职业，毅然孤身一人到南方深圳闯荡江湖，由于她良好的外语功底，流利的口语，高超的社会交能力和口才，使她很快赢得了一家美国公司总裁的青睐，当上了这家公司的中方总经理，时年正值方龄二十六岁，这时正是她大展宏图的时刻，一件不该发生的事情却意外发生了，昔日的男友因不能忍受“女强人”，而将持续四年的恋情中断，这对她是一次沉重的打击，更加不幸的是她父亲，为她付出了一切的父亲因癌症，医治无效而谢世，半年内祸不单行的两次打击几乎摧毁了坚强，乐观的人，使她失去了心中的支柱。情绪变得极其沮丧。于是，她走向了毒品市场，想从毒品中摆脱痛苦，起初，海洛因的确收到了一定的作用，使她忘记了失恋和丧父的两重痛苦，但不久，就发现她已陷入泥潭中不能自拔了。她的毒瘾越来越大，一旦不吸，上班就会没有精神，哈欠连天，涕泪双流，忧虑，不安、大汗淋漓，一次次下决心戒掉，一次次地又偷偷吸毒品，一年下来，她几年来辛辛苦苦挣下来的钱全部换成了毒品，毒品不仅花去了她全部的积蓄，也剥夺了她的才气，气质和能力。她被解雇了，失去了工作，失去了经济来源，为了换得一刻不能离的海洛因，她失去了做女人的羞耻感，走向了出卖肉体的泥潭，她越陷越深。最后，她终于再也买不起毒品了。在太阳底下，由于毒瘾发作而晕倒在大街，收进了戒毒中心。

诊断分析

一个风华正茂的“女强人”在困难面前退却了。拜倒在“砒霜”的石榴裙下，失去了美好的前途，留下她的年迈母亲无穷的痛苦，人生如涉险，一步走错，将会遗憾终生。

安眠药成瘾

该类药物主要包括巴比妥类、水合氯醛、抗焦虑、抗忧郁等抗精神病药。巴比妥类等安眠药主要产生精神依赖，病人服药后可解除紧张，获得欣快感，以致产生强烈的欲望，甚至到非服药不可的程度。由于耐药性的增高，趋向于加大剂量，当大剂量反复长期使用后方可产生躯体依赖。巴比妥类药物与酒精有交叉耐药性，饮酒时同服巴比妥类药物可加速成瘾。

症状表现长期服用安眠药的病人，均可出现不等的慢性中毒症状。在周期性大量服药阶段可出现意识障碍和轻躁狂状态，表现为躁动不安，无目的乱走，骑自行车乱跑等。长期大量服用者均有明显智育障碍，表现为记忆力、计算力、理解力的下降，思考问题困难，学习工作能力下降。长期大量服药常出现人格变化，丧失进取心，对家庭和社会失去责任感。千方百计不择手段偷药骗药，不顾家庭生活买药。病人一般都极力隐瞒自己的服药史，否认成瘾，当面撒谎，直至戒药症状出现，全身难受才向家人和医生苦苦哀求。

戒断症状一般在停药后1~3天出现，表现为心慌、流泪、眩晕，重者出

现大小便失禁、部分患者可出现“癫痫样大发作”，出现视幻觉、类精神分裂症症状及意识障碍。如戒药时病人情绪饱满，精神充沛，应怀疑有偷服药的可能。

病例

例一：宁可人受穷，不愿口受苦

患者，男，50岁。患者患神经衰弱多年，长期服用安眠酮后效果很好，睡觉效果好，入睡快，但由于长期服用，患者现在每天晚上需服5~6片才可入睡，比当初的每天晚上1~2片超出了3倍以上，患者现在视此药为“救命药”。但由于安眠酮极易造成药物依赖，国内外均不再生此药，因此，这种药目前市场上极缺，从医生那儿根本无法开得出来。因此，患者花了很多钱，托了不少人，也只能搞到少量安眠酮，但很快就又用完，这种药到了不吃不行的地步，倘若不服此药不但彻夜不寐，而且头晕、恶心、全身乏力，四肢抖动，第二天，根本没法进行正常的工作和学习。但只要一服此药，这些症状就会很快消除。为此，患者本身很痛苦，而且也给家人带来沉重的经济负担和精神压力。

诊断分析

这是一起对安眠药的药物依赖，患者不仅有精神依赖（对药物的渴求欲，想尽办法搞到药物），而且有躯体依赖性（不服药即头晕、恶心、全身乏力），而且对安眠酮已产生耐药性。

致幻剂成瘾

症状表现亦称迷幻药，如苯丙胺、利他林、大麻、LSD、南美仙掌毒碱等。这类药物具有兴奋情绪、陶醉欣快或梦样消魂及性欲亢进等作用。其中有些药物在临床上用于减肥、消除疲劳等，治疗小儿多动症等。使用不当亦可成瘾，并可导致酷似精神分裂的苯丙胺性精神病。国外服用致幻剂者甚多，后果严重。

病例

例一：倒毙街头的舞蹈家

患者，男，30岁，舞蹈演员，因精神空虚而服用致幻剂，剂量由小至大，品种增多，以致吸毒成瘾，只得夜以继日地疯狂演出，以票房收入来购买药物。戒断症状严重：停止使用致幻剂后，意识模糊不清，不认识周围的人，不理解周围人的言语，自言自语，口齿不清，双侧瞳孔小，对光反应迟钝，全身无力。这种状态持续一年后，倍受精神和肉体上的双种痛苦患者终于倒毙街头。

诊断分析

精神空虚，紧张和压力大，从致幻剂的短暂美妙的快感中寻求解脱是一种极其危险的“玩火行为”，玩火者必自焚，面对挑战和困难，一方面发展自身，另一方面寻求社会支持，千万不能寄希望于药物的虚无世界。

其他易成瘾药物

有抗焦虑药，苯丙胺，印度大麻和可卡因等。

抗焦虑药包括眠尔通、利眠宁、安定、羟基安定、硝基安定、氟安定等，

其中最易成瘾药物是眠尔通。大量服用可出现消瘦无力、皮肤无光泽、性功能低下，并引起一定程度的人格变化：易激惹、意志薄弱、说谎自私，道德沦丧。

苯丙胺是一种中枢神经兴奋剂，可减少入睡及疲劳感，长期大量服用苯丙胺，可出现类似精神分裂症偏执型的症状，在意识清晰下出现被害妄想，夸大妄想。

印度大麻是一种仅次于鸦片的古老致幻剂、吸大麻后，自身感到特别愉快，精力充沛，欣喜若狂，充满自信，出现错觉和感知综合障碍，兴奋和恐惧，继之出现抑郁，不安，共济失调，并导致失眠。

可卡因原产地在秘鲁及玻利维亚，近年来个别不法分子，将静脉注射品走私进入我国。本类药物有强烈精神依赖，不发生耐药性和躯体依赖。一次服用或注射可卡因可出现兴奋、欣快、脸红、脉速、情绪高涨。长期大量服用病人的情绪以欣快为主，话多，可出现幻觉，重者可出现谵妄状态和大量幻觉。

慢性成瘾以静脉注射最易引起，其次为皮下注射及口服，表现为口中有麻木感，瞳孔扩大，心动过速、血压升高、新陈代谢加快、反射亢进，神经过敏。

注射部易发生局部溃疡。病人往往死于全身衰竭和呼吸麻痹。

病例

例一：英年早逝的女运动员

联邦德国最著名的女标枪运动员德雷塞尔为了在 1988 年奥运会夺取一枚金牌，两年前便开始服用和注射 130 多种不同的兴奋剂，结果是一方面提高她的爆发力和运动成绩，使其标枪成绩有了垂直上升，从世界排名第 33 位上升第 6 位，但是另一方面，大量的兴奋剂注射，使她形成药瘾，一刻都离不开兴奋剂，身体受到严重的损害，即使是在 20 多位专家的协助下，也是回天乏力，终以 26 岁英年早逝留下无限的遗憾。诊断分析

服用兴奋剂，以提高运动成绩，这是对奥林匹克精神的一种蔑视，是对“公平竞争”精神的公开挑战，遭到世人的唾弃，但在荣誉和金钱面前，仍有不少人挺而走险，不但戏弄了世人，更重要的是践踏了他（她）自身。

烟癮

烟癮，又名烟草依赖，是指过量吸烟，或过分地依赖烟草。DSM- 对烟草依赖的诊断标准是：

1. 持续地吸用烟草至少一个月；

2. 至少有下列行为中的一项；

 郑重企图停用或显著减少使用烟草量，但未能成功；

 停止吸烟而导致停吸反应；

 不顾严重的躯体疾病，自知使用烟草会使其加剧，但仍继续吸烟。

一、吸烟的危害

世界科学公认，吸烟对健康危害很大，近 20 多年的医学研究无可置疑地证明吸烟是引起肺癌，慢性支气管炎，阻塞性肺气肿和冠心病的主要原因。世界卫生组织宣告在工业发达国家中，65 岁以下的男性，90% 的肺癌，75% 的慢性支气管炎，肺气肿和 25% 的冠心病死亡是由于吸烟引起的。吸烟除引起肺癌外，还会引起口腔癌，膀胱癌及胰腺癌等，它还会引起末梢动脉病，造成下肢坏疽甚至需要截肢。

吸烟不但害己，而且还损害他人。孕妇吸烟可引起流产，早产死胎的危险增多，分娩了的胎儿体重，身高，智力均低于不吸烟孕妇分娩的胎儿，吸烟者喷出来的烟雾，燃烧的卷烟放出来的烟雾污染空气。不吸烟者及吸入这种被烟草雾污染的空气成为被动吸烟者，他们的肺癌，慢支和冠心病等与吸烟有关疾病的发病率和死亡率也相对地增高。

我国是一个烟草大国，有关研究者于 1984 年在全国范围内随机抽查 50 万人的吸烟情况，结果发现男性吸烟率极高，15 岁及以上男性吸烟者达 60.01%，20 岁或以上吸烟率也 68.9%，30 岁以上则近 75% 的男性公民都是烟民，吸烟给我国带来巨大的经济损失。

二、吸烟成瘾的病因、病理机制和病例

吸烟成瘾的病因

烟民不是天生的，形成烟瘾的主要原因在于生活环境，这种习得性行为一旦形成习惯，便被长期维持下去。我国吸烟情况表明，男性开始吸烟的年龄在 15—24 岁之间，人人都知道吸烟有害身体健康，但为什么仍有不少新烟民源源不断加入“吸烟王国”呢？

1. 交际心理：开始吸烟的心理动机有交际、提神、模仿等。其中交际占很大成分。有位中学生说：“在某些场合，吸烟不可缺少。它是社交的一种媒介，我本人就借助于这种媒介交了很多朋友。”现在社会上不少人将敬烟视为“赏脸”、“有交情”、“重友谊”。“烟酒开路、事情好办”在某些地方成了风气。有位烟瘾君多次戒烟均未成功，问之原委，答：“工作需要，应酬所迫”。

2. 模仿心理 香烟具有多种象征作用，历史上许多伟人都是大烟鬼，例如丘吉尔的雪茄子，斯大林的大烟斗，毛泽东的烟瘾，这些伟人形象与香烟联系如此密切，无形中便成了一种力量和自信，吸引着许多青少年去模仿。另外，吸烟者那种潇洒自如，悠然自得的神态，对青少年具有很大的诱惑力，吸引着年轻人去模仿。

3. 好奇心理有些人起先并不上瘾，只是感到好奇，想亲口尝尝，结果在不知不觉中染上吸烟不良习惯。

4. 凑热闹心理部分人在同学、同事、同乡等群体聚会中，经他人热情劝告怂恿，为凑热闹吸起了烟。

5. 无所谓心理尽管社会经常开展吸烟有损健康的教育，但仍有部分人尤其是吸烟成瘾者置若罔闻。他们认为“吸烟是一种享受，没必要戒除它”，他们深深陶醉于“饭后一支烟，赛过活神仙”的自我享受之中。

6. 消愁有不少人在学习、工作、生活中受到挫折以后，便借抽烟来缓解自己的紧张焦虑情绪，消除一切烦恼。

7. 提神吸烟上瘾之后，人们发现吸烟具有一定的兴奋作用，而生理上的烟瘾使得吸烟成为一种习惯和享受，许多吸烟成瘾的人不吸烟就无精神，而一抽烟就精神焕发，思路大开。

吸烟成瘾的病理机制

烟草烟雾中含有 2000 多种物质，其中尼古丁占全部生物碱的 90% 以上，是作用最强的生物碱。亦是导致吸烟成瘾的重要原因之一。尼古丁既是一兴奋剂，又是一种抗焦虑药，可以使人产生轻松愉快样感觉，尼古丁最大的危害在于它的成瘾性。烟草中的尼古丁随烟雾进入吸烟者的血液后，能在血液中停留数小时。长期吸入尼古丁，身体就会习惯于血液内存在一定深度的尼古丁状态。当血液中尼古丁浓度下降时，吸烟者就会渴望尼古丁的浓度恢复到原有的高水平，于是就再吸烟，从而成瘾。吸烟一旦成瘾，便成为吸烟者生活中的一项重要内容。每天少则十几支，多则几十支，欲罢不能。一旦烟瘾得不到满足，便六神无主、心慌意乱、烦躁焦虑、无所适从，千方百计寻找吸烟机会，学习、工作效率下降。

病例

例一：嗜烟如命的汽车司机

患者，男性，34岁，汽车驾驶员，因寻求戒烟方法而来心理咨询和心理治疗门诊。他自诉有了20多年的吸烟历史。小时跟着做农民的祖父、父亲吸旱烟。在部队服役期间除了津贴费几乎全花在卷烟上外，家里还得寄烟叶给他。因在部队学会了驾驶，复员后在一家工厂开卡车。由于嗜烟如命，几次恋爱告吹。为此他曾多次痛下决心戒烟，如毁坏烟具，将烟票送人。但每次都是虎头蛇尾，头几天可完全不吸，最终经不起烟友的诱惑，又抽上了。现在每天抽烟30—40支，由于经济不宽裕，抽的多是劣质香烟。两年前与一女工结婚，常因抽烟的事闹起家庭风波。去年他们有了一个女儿，妻子的脾气比以前更躁，已经几次出示黄牌，扬言患者再不戒烟，她母女俩就分开过。患者说他也并非执意要抽烟，同时更感到身系一家安危，应该戒除旧习。但想到屡戒屡败的经历，又不免灰心丧气，故前来求医。

例二：嗜烟断学业

患者，男，17岁。某中学高二年级学生，因经常抽烟而寻求帮助。患者系独生子女，父母视之为掌上明珠。从小较聪明，性格文静，1岁左右患者的父亲就开始给他喝含有轻度酒精的饮料和学吸烟，以至不用烟酒就止不住孩子的啼哭。随着年龄的增长，其烟瘾随之增加，对烟的依靠越来越强。一日不吸烟就觉得生活无乐趣，哪怕家人再三劝阻，他也绝不放弃吸烟的习性。他与朋友中断了来往，常离群索居，一个人在任何时候都想狂吸，只要有烟，就可以不吃饭，健康受到严重损害，而且整天衣衫不整，充满疲惫，倦意，根本无法正常上学，只好退学先治病。

诊断分析

两位嗜烟者都有同样的家庭背景，父亲、祖父一代都是十足的烟民，自幼的家庭教育使他们认识不到吸烟的危害，一旦因吸烟而导致危害：婚姻家庭紧张，经济拮据，学业无法继续时，他们已经深深地陷于尼古丁的泥潭中。因此，禁烟应从自身做起，从父辈做起，“吸烟等于慢性自杀”。

酒精依赖

酒是最古老最普遍的人造饮料，酒以其特有的醇香色味著称，令人心情舒畅，忘却烦恼，减轻疲劳，节庆假日，美酒佳肴，更添几分喜庆气氛。大量的科学研究结果表明，偶尔或少量饮酒对身体可起到活血化瘀，舒经活骨的作用，对人的健康有益无害，但是，长期大量的酗酒，成为酒精依赖者，则对人，对己，对社会都是一种危害。

一、酒精依赖

酒精依赖，或称酒瘾是指由于长期饮酒所致的一种心理状态，一种非饮酒不可的强迫心理，可以连续或周期性出现，以体验酒对心理的效应，有时也为了清除无酒饮所致之不适感。

酒精依赖分为精神依赖和躯体依赖。

精神依赖是指对酒的心理上或精神上的渴求，如长期饮酒，只要一天没有酒就感到坐卧不宁，好象“缺了什么似的”，甚至焦虑不安，情绪烦躁，没有精神，千方百计地或不惜以任何手段去找酒喝。这就是对酒的精神依赖。

躯体依赖是指长期饮酒的人，由于酒在躯体内长期存在，持续发挥其作用，机体已适应它存在的状态，形成了一种稳定状态。如果突然戒酒，机体内失去平稳，机体就会产生很多不适，如心慌、头痛、乏力、浑身酸痛等，一旦恢复饮酒，这些症状自然消失，这叫躯体依赖。

酒依赖还有一个特点，是饮酒量会不断增加，就是耐受性增加，开始逢年过节饮酒，逐渐每周饮，以后天天饮，甚至一天喝几次，每次的酒量逐渐增加。

长期大量饮酒的危害

长期大量饮酒对人体的损害是多方面的。

1.对消化系统可引起胃炎、胃及十二指肠溃疡、胃出血、酒精中毒性肝炎、脂肪肝和肝硬化。

2.长期饮酒还可能增高咽及喉癌、食道及口腔癌、肝癌及口腔癌、肝癌及胰腺癌发病的危险率。

3.长期饮酒对神经系统的危害是相当严重的，可以引起一系列病变，如小脑变性，发生共济失调，双手震颤，脑梗塞，癫痫等。

4.精神障碍长期大量饮酒可引起各种精神障碍。如焦虑、抑郁、类躁狂状态、类精神分裂症样状态，震颤性谵妄、酒中毒性幻觉症、编执状态、柯萨柯夫精神病，许多人还发生人格改变，记忆力下降和智力减退，严重者可导致痴呆。

5.对胎儿的影响 长期饮酒不仅对本人身体有危害，还给予子孙后代带来后患。女性在妊娠期大量饮酒，对胎儿有很大影响。据美国报道，如孕妇每周饮酒两次，就会增加早产及先天性畸形的发生

酒精依赖的病因

和其他成瘾行为一样，酒瘾也不是天生的，而是在环境的影响下，习得性的不良行为习惯。

1.家庭环境 多酒瘾君子，其父，补助父都是酒精依赖者，他们或背着父母偷偷学着品尝，有的家长索性让子女陪饮，久之是染上恶习。

2.夸大酒的功效，认为酒能消除疲劳，疗伤止痛，相信酒能舒筋活血、镇静催眠，一旦无酒，则全身乏力，精神萎靡，夜不能寐。

3.爱面子心理 有些地方有豪饮为荣的风俗，每当亲朋相聚，便开怀畅饮，一醉方休，并以酒量多少论感情深浅。如我国东北有些地方就有“感情深一口闷，感情浅舐一舐”之劝酒令。尽管饮者力不从心，但碍于面子，只能逞能，结果导致酗酒不良行为。

4.业余文化生活单调 单调的业余生活使许多人在下班以后感觉无聊，导致千方百计寻求精神刺激。于是，聚饮也成为消遣，娱乐的方式之一。

5.家庭不和 夫妻关系不和，或家庭负担太重，都可能导致一方（多指男性）借酒浇愁”。

6.青少年成人感的出现 青少年时期自我意识的发展，成人感的增强，在不良传媒影响使他们认为三五成群，抽烟喝酒是男子汉的气概和风度。

病例

例一：以酒消愁愁更愁

李××，男性，32岁，初中毕业，工人，未婚。

1981年6月24日入院，1981年8月17日出院。

主诉：进行性加量饮酒十年，近五年饮酒成瘾，并经常伴有酒后意识不清。

个人史和现病史：患者平素性格温和，孤僻少语，心胸狭小。1968年（20岁）参加工作，学习刻苦，工作能力强。因本人文化水平低，在学习中有一定困难，渐出现失眠，精神不振。1970年后初学饮啤酒，逐渐成瘾，最高量一次达4升，喝葡萄酒一天高达4瓶，喝白酒一天大约一斤左右。喝酒方式一饮而尽，一醉方休，尤遇心情不愉快时则喝“闷酒”，以醉倒罢休。1979年以后，每日必须饮酒，不喝则焦躁不安，全身说不出的难受、有一种坠入万丈深渊似的感觉。1976年9月某天上街途中，见酒铺就喝4两白酒，整整喝了一天，酒量达3斤之多，最后醉倒在街上被民警送回。以后多次出现酒后到单位取闹，自行车骑到哪丢到哪。家属为了不让其喝酒，把钱控制起来，他则偷偷把衣服、手表廉价卖出去，甚至把家里为他换的饭菜票也兑换成人民币买酒。1977年以后，自认为单位有人讲他坏话，为此和别人争吵、骂人，尤其是经常因为喝酒而发生经济矛盾，夫妻关系日渐紧张。近一年常不注意行为仪表，衣着欠整洁，常为小事发脾气，易激惹，劳动纪律涣散，无故不上班。

诊断分析

工作、学习上的不顺利，导致心理紧张，于是出现酗酒现象，短暂的一醉方休使患者忘却身外的一切烦恼，得以解脱，慢慢地酒和解脱形成了一种牢固的联系，耐酒性使得患者人格发生了改变，造成了经济、家庭危机。

二、酒精中毒性精神障碍

指由于长期大量饮酒，造成生理、躯体上的酒精中毒，从而导致精神障碍。

酒精中毒性精神障碍中分为急性和慢性两大类。

急性酒精中毒性精神障碍

1. 普通醉酒状态 为一次较大量饮酒引起一次性精神兴奋状态，言语增多并有夸大色彩，情绪兴奋，无故欢乐具有高度激动性和不稳定性，对平时不满意的事，失去控制能力，与人大声争吵、辱骂，同时有步态不稳，手、唇震颤，口齿不清，即所谓酩酊状态。此外有心率增快，血压降低，皮肤血管扩张，面部充血，有时呕吐，眩晕，瞳孔反应暂时迟缓。另一类醉酒者则嗜睡，酣睡，少语。一般可自然恢复，无后遗症。

病例

例一：以酒壮胆泄不满

患者，男，19岁，未婚。患者平时性格温顺，常受他人戏弄，不会辩理，从无打架及不礼行为。前不久，因劳累，晚11点与同学在饭店饮酒，空腹饮4瓶啤酒，快饮完时无故与邻座顾客吵架，称对方瞅他。同学劝阻反遭两记耳光、并且话特别多。在骑车返校途中大声叫喊、骂人，并从车上摔了下来，返校后即刻去找女同学聊天，并走进一女生宿舍，见到一女生脱衣睡觉，即拉开对方的被子强行接吻，猥亵，咬其乳房，掐脖子等，被对方推下床后，随即躺在地上入睡，不久醒来，知道是女生宿舍，及携带自己的东西离去，后发现拿错东西又送回原处。

诊断分析

性格温顺，受他人戏弄，胆小，这一切都给患者造成一种心理上的压抑。酒使他内心积压的能量得以释放，做他平时不敢做的事：吵架、打人、猥亵女同学。醉酒后的行为表现体现出患者内心的“强者”愿望和对平时的不满。

2. 病理性醉酒是相对小量酒精引起急性精神病性发作。主要是由于个体的敏感性，而不是由于过量饮酒，此时无明显神经系统中毒症状。发作呈暴发性攻击性行为，病人意识不清，但没有醉酒时的步态不稳，口齿不清等。有时可出现片断的幻觉和妄想，多为恐怖内容，因而常发生攻击行为和严重兴奋，一般持续几分钟到几小时后以酣睡告终。有完全或部分的遗忘。

病例

例二：谁让他走进铁窗

患者，男，25岁，未婚，工人。因怀念故去父亲及解除疲劳，与同事饮酒，约饮白酒250克，啤酒150克，酒后回家乘车时已需人搀扶，并呕吐，摔倒，但途中换车后清醒，可与同事话别，自行回家，约晚9:30（饮酒后4个半小时）到家时，突然踢开门，对母亲和姐姐的问话不答，并突然打了母亲二记耳光，然后穿上姐姐的雨鞋（当时未下雨），拿着菜刀，推着姐姐锁着的自行车外去，走路无不稳定表现，在马路上连续砍伤不认识的大人，小孩5—6人，当场被捕后尚可进行片断以对话，不久即沉睡，第二天醒后审讯

时，对回家，砍伤人及被捕的整个过程完全不能回忆。

诊断分析

虽然病理性醉酒和普通醉酒同属急性酒精中毒，但两者有着质的差异，病理性醉酒时，患者意识障碍虽朦胧状或可谵妄状态，而且醉酒后多有完全性遗忘。

慢性酒精中毒性精神障碍

慢性酒精中毒多见于中年男性，多有 10 年以上的饮酒史，可引发多种精神障碍。

1. 小脑变性小脑性共济失调是慢性酒精中毒的一种常见神经系统症状。症状缓慢进程，往往较轻，常历时数年，双下肢常受累，表现为姿势或步态障碍，步态蹒跚，走直线困难等。

2. 谵妄状态发作时，意识不清，时间和地点定向障碍，发现生动而鲜明的幻视，行为受幻觉支配，发作持续 3—5 天，深睡告终，醒后症状消失，谵妄时的行为遗忘。

3. 嫉妒妄想由于长期嗜酒，患者性功能存在障碍（阳痿等），在怀疑配偶对自己不忠的基础上发生，发作期间想方设法去查找“证据”。

4. 人格障碍长期饮酒使患者多数发生人格上的障碍，他们会变得极其易怒和暴躁、自私、责任心下降。

5. 柯萨可夫精神病临床表现以严重记忆力障碍为特征。病人有严重的近事记忆障碍：病人能即刻回忆刚发生过的事件，但数分钟或数小时后即遗忘。对新事物的学习严重受损害，远事记忆尚相对保留，病人往往以错构、虚构来填补记忆的空白。其他认识功能相对保持较好。病人在一般交谈中机警。

例一：因酒离婚

因酒离婚患者，男，32 岁，某工厂保管员。患者有十余年的饮酒史，酒量逐增，现在每天必饮酒 1—2 次，每天必饮 4—6 两烈性白酒。若强制他不喝酒，他便烦躁不安或大发脾气，甚至四肢抖动，呕吐和出汗。去年一天晚上和同事一起喝完酒后，回家后和妻子行房，感到力不从心，很快就射精，完事后患者就呼呼大睡，后来又有几次，患者总是早泄，夫妻俩都感觉无昔日性生活的快感，患者心情很不愉快，喝酒喝得更凶，近来，他开始怀疑妻子另有外遇，于是，妻子下班回来后总要接受“检查”，找不到“情书”，患者就不上班，对妻子进行追踪，妻子对此感到很耻辱，抗议几次后无效，要求离婚，而患者更坚信自己的判断是正确的。

诊断分析

很明显，患者由于长期饮酒，导致慢性酒精中毒，性生活的不满意，使其怀疑妻子对自己的不忠，“检查”、“跟踪”，正是患者嫉妒妄想的一种表现形式，要想根除这种妄想，只有一条路：戒酒。

第七章 行为问题和行为障碍

在人的一生发展中，由于种种原因往往会产生许多行为问题和行为障碍。比较常见的行为问题有自杀行为、攻击行为等；行为障碍有间歇性冲动障碍、偷窃癖、纵火癖等。下面分别加以介绍。

自杀行为

自杀是人们心理危机的极端行为。它既是人生的悲剧，也是家庭与社会的悲剧。在改革开放不断深化和生活节奏不断加快的今天，自杀行为有增无减，成为人类十大死因之一，成为一个触目惊心的社会问题，不能不引起人们的深思和重视。

一、自杀行为

所谓自杀，是指本人自愿或被迫结束自己生命的一种手段。有意识，自愿地直接结束自己生命的行为称为自杀行为。自杀行为不同于：外力胁迫下的自伤或自我毁灭行为不属于自杀；酗酒、吸毒、性淫乱、赌博等间接自我毁灭行为称为“慢性自杀”，也不属于严格定义的自杀。

一般来说，自杀过程可以分为三种类别：

- 1.自杀意念自杀意念是指有寻死的愿望，但并没有采取实际行动。
- 2.自杀未遂自杀未遂是指已采取了实际行动，但未导致死亡。
- 3.自杀死亡。

二、自杀的发生率

据世界卫生组织估计，全世界每天至少有 1000 人自杀死亡，许多国家中自杀均为人类十大死亡原因之一，且在青年人死亡原因中，列入前三位之中。国外统计资料表明：每年自杀死亡率大致为每十万人中 10—25 人；天主教与犹太教信徒中自杀率较低，可能与教义贬责自杀行为有关；男性 45 岁以后，女性 55 岁以后自杀率较高，城市自杀率高于农村。

青少年自杀（12~24 岁）是这一年龄阶段死亡原因的第二位，仅次于意外被杀。近年来青少年自杀呈现上升趋势，国外 15~19 岁青年人自杀率由 1950 年的 27/10 万上升到 1988 年 11.3/10 万，其中，大学生自杀率又高于同年龄的非大学生，为一般人口的 2~4 倍。另外，医学院学生的自杀率与年轻医生相似。理工科学生自杀危险高于文科学生。在国内，南京 23 所大学从 1987~1991 年 5 年间的调查表明，大学生平均自杀率为 15/10 万，其中以 1989 年和 1991 年更为突出，均为 18/10 万，而且大学生的自杀率呈上升的趋势。

高之旭等人收集了 1968~1982 年 15 年间上海市四个区和一个县总人口 17027244 人中的自杀死亡记录，计自杀死亡者 2109 人，其中 613 人为 60 岁以上的老年人，占自杀死亡总数的 29%，占总人口的十万分之四。在 613 人中，男性 393 人，女性 220 人，男女之比为 1.8 比 1。其中，60—64 岁 150 人，占 24.4%；65—69 岁 142 人，占 23.2%；70—74 岁 131 人，占 21.4%；75—79 岁 95 人，占 15.5%；80 岁以上 95 人，占 15.5%。可见 75 岁以前的老人自杀人数明显高于 75 岁以后的老人。近年来，老年人的自杀率也呈上升趋势。

一般来说，自杀率准确统计相当困难。即使是人口资料完备的国家，也由于家属的掩饰，户籍行政人员的谅解等，将自杀死亡记录为病故、意外事故死亡（真正的意外事故，如车祸中也有一部分是由于有意自杀造成的）、或原因不明的死亡。自杀死亡还常受到宗教、社会舆论的责备、医疗与人身保险赔偿等的排除，这些都会使统计数字偏低。

三、自杀原因分析

自杀，反映了个人或群体对一定社会规范的反抗，表征了它的不合理性，是社会解组的象征，意味着对社会造成损失。因此，它也是最能引起人们关注的人类偏差行为问题。

造成自杀的原因各种各样、错综复杂。归纳起来主要有两方面，一是社会关系的变动，二是躯体与精神疾病的影响。

社会——文化因素

1. 社会心理因素一般来说，许多人都是在恋爱关系破裂、配偶严重争吵、名誉被毁、事业失败等强烈社会心理因素作用之下无法适应而选择自杀行为的。老年人、残废人、离婚丧偶及独居的人、无业与失业的人、没有信仰与不参加任何社会团体的人等，由于孤独、与社会隔离、缺少社会支持等，自杀率比政党人群显著增高。

2. 社会政治的影响由于资本主义社会的激烈竞争，使人们处于失业、破产、倾轧、失败、不择手段地求得生路之中，导致个人的不安全感和各种形式的精神压力，自杀率自然增高；我国在“十年动乱”期间，知识分子和干部受到了较大的冲击，自杀率也是相当高的。

3. 家庭因素（1）家庭经济：家庭经济是容易导致家庭成员间磨擦的显在和潜在的导火线，也是家庭成员最直接、最敏感的联系。由家庭经济产生家庭纠纷导致自杀的屡见不鲜。

（2）家庭人际关系：家庭人际关系紧张、家庭不和睦、家庭缺乏温暖等，都可诱发家庭成员自杀。

此外，哲学思想、社会风气、宗教观念等社会文化因素也都与人们的自杀行为有着密切的关系。

身体与精神疾病的影响

1. 生理疾病 身体疾病是引起自杀行为的常见原因。如晚期癌症、毁容、失明、截肢等伤残之后，慢性剧烈疼痛疾病，慢性肝、肾等重要脏器功能衰竭的病人都常出现较高的自杀率，自愿及早结束自己痛苦的生命。

2. 精神疾病精神疾病也是引起自杀行为的一种常见原因。精神疾病中尤其是抑郁症、精神分裂症、慢性酒精中毒与药物依赖患者，以及具有人格障碍的患者，自杀率较高。当然，有些精神疾病导致的死亡是难以称之为自杀的，因为其很少有意识的控制。

四、自杀者的特点

一般来说，自杀者往往具有以下特点：

(1) 自杀者大都是性格执拗的人，他们在和别人的冲突中不易接受劝告，不愿随和而是一意孤行。

(2) 经常遭受挫折后自暴自弃，表示活着没有意义，一切都完了，不会再对工作、生活产生兴趣。

(3) 病人常运动迟滞，不愿回答问题，动作缓慢而吃力，表露出生活是一个不可克服的困难。

(4) 一段消沉、抑郁之后表现出空虚的欣快，待人异常的热情。这是因为他们开始考虑是否自杀，思想上进行激烈斗争，后来决定结束这一切了，便感到一种解脱、轻松、“愉快”。

(5) 理智型自杀者常抓紧一切时间把可以做完的事赶快做完，本来不必急于做的事，还会悄悄留下遗信、遗嘱、遗书等。

(6) 重大事件以后，出现极度的消沉、麻木。

总之，无论什么类型的自杀总是要在言语和行为方面留有蛛丝马迹，如发现及时是完全可以避免悲剧出现的。

病例

例一：一言不合即自缢

ZD.女，12岁，小学五年级学生。学习差，性格内向，生前未发现疾病与遗传病史。父亲是警察，初中文化；母亲是个体雇工，小学文化。有一姐、一兄。平时父亲经常打骂孩子。ZD在学校打扫卫生时，不慎打碎了暖瓶，按学校规定要赔2元钱。父母不给她钱，她便偷拿了父亲2元。被发现后，挨了父亲的打。姐姐还骂她：“笨手笨脚的。还不如死掉。”当日下午2时(1994年3月3日)于自家凉房中自缢。

诊断分析

很显然，ZD同学的自杀与其性格内向，家长教育方式简单、粗暴有着密切的联系。自杀者在学校家里得不到一点肯定，最终走向了自我否定，出现了悲剧。

例二：良言难劝寻死女

29岁的A女士，平时心胸比较狭窄，性格十分内向。一次因与丈夫吵架而喝农药自杀，送医院经抢救成功，不久医生让其自己出院，但患者刚出医院大门，就去撞车，结果造成颅骨骨折、脑震荡、肋骨骨折，人处在昏迷状态，再次被送事医院急诊抢救。患者颅脑、胸腔多处严重损伤，院长亲自组织脑外、胸外、胸内科技技术精干的医师全力抢救，几天努力总算使她转危为安。治疗月余基本痊愈，准备让其出院休养。院长担心再出问题，亲自派救护车护送患者回家。不几日，患者终又悬梁自尽。

诊断分析

真是好良言难劝该死鬼啊。经过多次抢救，A女士还是毅然绝然地走上了绝路，真是令人可惜。如果我们仔细分析不难看出，A女士心胸狭窄，性

格十分内向，这就决定了她决定了的事是万难更改的，因此走上绝路也就不足为奇了。

攻击行为

所有的动物都有防御的本能，攻击行为是一种积极防御的形式。攻击行为可以在不同生物物种之间发生，也常在同种之间发生——主要是在同种同性之间，较少在同种异性之间发生。动物的攻击行为，最常发生于争夺食物，争夺配偶，争夺领地与保护幼仔的时候。人类的攻击行为主要包括采取直接暴力手段对他人伤害、残杀、抢劫、强奸等。此外，破坏他人财产、对他人辱骂、威胁等也都是攻击性行为。许多人在日常生活、学习、工作中都或多或少地表现出一些攻击性行为，但轻重程度不一，男比女表现得更明显。

一、具有攻击行为的人的特点

具有攻击性行为的人，往往具有以下人格特点：

（一）言语较多。喜欢与人争执，好胜心强。这类人往往是什么事都非争不可，并时常讲粗话，爱骂人。

（二）情绪不稳定，急躁易怒，存在无法自控的冲动和驱动力。这类人往往任性执拗，喜欢生气，时常乱发脾气，稍不如意就可能出现强烈的情绪反应，如哭闹、叫喊、扔东西或以头撞墙等；经常找茬向他人发起身体攻击，如打人、咬人、推人、踢人等，并且难以自控；还常惹事生非，戏弄、恐吓、欺负同龄或抢他人的财物。

（三）性格上常表现出向外攻击、鲁莽和盲目性。

（四）冲动的动机形成可以是有意识的，也可以是无意的。

（五）行动反复无常，可以是有计划的，亦可是无计划的。行动之后常体验到愉快、满足或放松感，无真正的悔恨。自责或罪恶感。

（六）心理发育不健全和不成熟，经常导致心理不平衡。

（七）容易产生不良行为和犯罪倾向。

二、攻击行为形成的原因

引起攻击行为的原因很多，归纳起来主要有以下几个方面：

生理因素

1. 遗传因素 从有攻击性行为的儿童的父母身上也可发现有攻击性倾向甚至攻击性行为。有研究表明，这些大人身上可能存有某种微小的基因缺陷，受这种基因缺陷影响的儿童在后天的环境常表现出有攻击行为。

2. 从生物医学角度观察，人类攻击行为男性比女性多见，暴力犯罪案例男女中的比例力 9：1. 遗传学研究证明，性染色体异常、雄性激素分泌过多的患者，其攻击行为比较突出。

3. 常有攻击行为的人中间，其异常脑电活动比例增高，一部分患有癫痫、精神发育迟滞、精神分裂症或偏执性精神病，或有脑外伤、脑炎后遗症，其常伴有攻击行为。

社会心理因素

1. 情绪问题和行为问题一般患有情绪问题和行为障碍的人易产生攻击行为。如多动症患者因冲动任性。自控能力差，当情绪稍有激动，便头脑发热，与人发生争吵或动手打人，或破坏财物。

2. 性格从性格学角度来观察，暴力犯罪的人常表现出性情粗暴，易于激惹冲动，寻衅，任性，自制力差；比较残忍，对别人的痛苦缺乏同情心；极端自私、轻率、无耻及贪图感官享受等。

3. 心理挫折 人类遇到较强的、不公平的甚至是无理的心理挫折时，容易诱发攻击行为。

4. 教育不当 一般来说，家长蛮不讲理，对孩子过分保护和偏袒，甚至怂恿，常使儿童产生一种随时可以攻击别人的合理感。特别是当其攻击行为占了“便宜”，得到了“好处”的儿童，更是攻击欲增强、攻击行为加重。

5. 模仿学习 儿童辨别是非的能力差，模仿性强，许多攻击行为都是从父母、同伴等周围人那里和电视、电影、报刊杂志等中模仿学习而来的。

6. 报复心理 别人的无理挑逗、讽刺，如出言不逊、侮辱嘲笑。或摩拳擦掌、耀武扬威等，常导致互相激发、逐步升级，最终付诸武力，诱发攻击行为。

7. 社会解体与动荡 一般来说，社会解体或动荡，常使人的行为出现偏差，甚至失去理智，出现强烈的攻击行为。此外，社会群体间的价值观念与行为标准等发生矛盾时，常可诱发民族纠纷、宗教纠纷、社会动乱、国家冲突等。

其它因素

1. 饮食因素一般在摄入过多的糖后易发生攻击行为。

2. 环境条件恶劣如气温过高，噪音太大，居住过度拥挤等，都有可能诱发攻击行为。

病例

例一：有其父必有其子

小 M，男，17 岁，高中一年级学生。据其班主任介绍，小 M 平时特别凶，爱滋事，常为了一点鸡毛蒜皮的小事“兵戎相见”、“殊死相斗”，打得头

破血流。因此班上同学都特别怕他。该生脾气暴躁，稍不顺心就对同学大打出手，或恐吓威胁，给同学们造成了很大的心理压力。虽经学校多次批评教育，甚至给予纪律处分，但见效并不大。为此班主任老师几次进行了家访。据其母亲介绍，该生在家中表现得特别好，总是小心翼翼的，稍有不良表现，便会遭到其父的一顿痛打。他父亲脾气暴躁，经常酗酒，打孩子如家常便饭，孩子对他怕得要死。不敢有不良表现。

诊断分析

有其父必有其子。小 M 在其父身上受到的训斥、责打并没有压抑在其内心，而是转移到同学身上发泄。很多研究表明，受到父母体罚的人，倾向于向自己的子女同样进行体罚；喜欢打妻子的丈夫往往也打孩子；有酒精中毒、药物依赖、赌博成癖或失业的丈夫常有虐待妻子的行为。从本案例来看，小 M 从小就受到其父的体罚，其内心的痛苦及其强的模仿力，迫使他从外界找到心理平衡，其父成为了他待人处事的榜样和崇拜者，因此他很自然就具有了很强的攻击行为。可见，要制止小 M 的攻击行为，其父是个关键性因素。

冲动控制障碍

冲动控制障碍是指本人难以制止的欲望和冲动。一般地，行为的实现与本人的意愿是协调一致的，伴有轻松愉快和满足的感受。在行为之前，有逐步升级的紧张。他明知道这种行为对自己或对他人或对家庭、社会有害，事先也有意识地克制此种活动，但此时的内心动机冲突造成了紧张感，或者外界压力与自身欲望发生冲突形成了紧张感，以至于不能自拔。患者事后悔恨、自咎情绪可有可无。

冲动控制障碍一般包括有间歇性冲动障碍、偷窃癖、纵火癖等。下面分别加以阐述。

一、间歇性冲动障碍

所谓间歇性冲动障碍，是指患者的行为冲动造成了严重的伤害人身事件和财产损坏，但诱发其行为冲动的社会心理因素的强度显然与其攻击性的强度不成比例，即反应过度，而患者平时并没有表现出普遍性的冲动性或攻击性增强。

一般来说，其发作周期历时数分钟至数小时，然迅速恢复常态，变得极为友好合作，并常常对自己未能控制冲动表示遗憾。间歇性冲动障碍可在任何年龄发生，但常见于10多岁至30多岁左右的年龄阶段。该症有人群中的发生率极小，男性比女性多见。

间歇性冲动障碍的特点

间歇性冲动障碍一般表现为，患者常因微不足道的小事或者莫名其妙地采用暴力对他人的人身造成伤害，甚至强奸和残杀，或者狂暴地砸碎一切物品，破坏财产，或者对他人进行谩骂和威胁等，发作数分钟至数小时后，迅速恢复常态，对自己刚才的所做所为深表内疚和遗憾，并常常请求别人的原谅。

具有间歇性冲动障碍的患者一般都脾气暴躁，情绪易波动，尤其发作时恨不得把世界砸烂，具有很强的冲动性和攻击性。但平时患者显得与常人无异甚至有时还表现得很文静、开朗，脾气也很温柔，具有很强的隐蔽性。

病因分析

造成间歇性冲动障碍的原因目前还尚未十分清楚，一般来说可以归纳为以下几点：

1. 遗传因素患者的家庭中常显示一级亲属中的发生率比正常人口中明显增高。

2. 脑损伤 间歇性冲动障碍患者的大脑功能，尤其是边缘系统存在着某种障碍，高幅慢波脑电波的出现率较高。此外，宫内、围产期或婴幼儿期的轻微脑损伤，常可造成欲望冲动力量增强与大脑皮层控制功能削弱。

3. 心理教育因素患者常表现一定的性格缺陷，如性情暴躁或消沉、轻率等，情绪常易波动。此外，教育方式不当，家庭成员关系紧张、压抑等均可诱发间歇性冲动障碍。

例一：一怒砸家的宁君

小宁，男，28岁，已婚。小宁在单位工作积极肯干，常受到同事领导的赞许。只不过爱抬杠，常因一些鸡毛蒜皮的小事与人大打出手，过后又深深的自责，态度非常诚恳，或主动承担责任、赔偿经济损失。他自己也为此痛苦不已。有一天，因一件小事与其妻吵了起来，其妻多说了一句话，小宁便一怒之下将家具、电视机等砸个稀烂、并将其妻子胳膊打断。过后小宁感到深深的内疚，跪在妻子的病床前请求原谅，并不断地抽打自己的嘴巴。妻子最终没有原谅他，与他离了婚。因为类似这样的事情发生不知多少次了。小宁后悔不已，但一遇到事情，便又控制不了自己的情绪。

诊断分析

小宁的离婚看来是一个必然，因为谁也受不了小宁的冲动表现。小宁想控制自己的冲动行为吗？太想了，但他自己每次都控制不了自己，他是一个

十足的间歇性冲动障碍患者。很显然，他的这种冲动行为不但造成自己妻离子散，人财两空，而且势必影响其在工作单位的表现和业绩。

二、偷窃癖

偷窃癖是在变态心理支配下表现出一种反常行为。所谓偷窃癖，是指患者常反复出现不可克制的偷窃冲动，其偷来的东西不是为了满足个人需要或经济目的（当时完全有偿付能力），而是将它们隐藏，暗地里退还原主，或送给他人，或抛弃、收藏。

一般来说，患者在实施偷窃行为之前常有一种不断增长的紧张感，在偷窃中和紧接于偷窃后常有极大的轻松感与满足感。间隔数周或数月，常再次出现强烈的偷窃欲望。尽管患者也通常试图隐瞒偷窃行为，却并不抓住一切机会。偷窃行为常是单独进行的，不与人合伙。在偷窃的间歇期有的会表现出焦虑、沮丧及内疚，但这些并不会阻止他重复这类行为。一般地，女性患者远比男性为多见。偷窃癖患者的人际关系一般很差，其偷窃行为常从儿童或少年期就已开始。但未成年儿童，偶有偷窃行为的并不少见，到成年期后极可能发展力偷窃癖。

偷窃癖的一般特点

1. 反复出现难以控制的偷窃欲和行为，通过偷窃公家或个人的东西来满足变态的心理要求。

2. 所偷窃物品无明确的选择性，不以攫取经济利益和供自己使用为目的，即所窃物品不是当前需要的，也不计较其价值，有些甚至是废物。患者常把偷窃的东西带回家清洁并贮藏起来，或偷偷地送还物主，或把这家东西送还那家或扔掉。

3. 偷窃前无预谋，拿什么方便就偷什么。

4. 偷窃者是单独作案，无同伙合作。

5. 偷窃冲动似乎有一定周期性，当偷窃观念达到一定紧张度时，控制能力便下降而去做案。

6. 偷窃行为逐渐产生，持续进展，长期迁延，很难矫治。有的伴随终生，有的随年龄增长逐渐减轻，有的紧张时发作。

7. 偷窃癖患者的人格有一定缺陷，大多数人比较自私。

病因分析

形成偷窃癖的原因当今也尚未十分清楚。一般来说与其遗传生理、心理特点及社会环境有一定的关系。贪婪、补偿等畸型心理常可诱发偷窃行为；社会环境不良、偷盗成风，或他人怂恿等也易使人形成偷窃癖。

病例

例一：偷窃也有癖

某男，38岁，中专文化，工人。偷窃史12年。常出入不同居民住宅或小巷，乘人不注意偷窃走廊、门口或院内各种可以顺手拿走的物品，极少进入室内偷窃。物品多为衣服、鞋袜、空酒瓶子等。每次将偷来的物品洗净，并整齐地贮存在床底下或放在窗台上。极个别的拿出使用，但从不变卖。1976年3月曾因偷窃被拘留15天。自1984年10月至1985年12月间就偷窃50余处，作案120多起，偷窃各种衣物及生活用品千余件，价值人民币几千元。所偷物品价值最高的为旧收录机，最低的有牙膏皮子，空火柴盒等。偷窃特点是拿什么方便就偷什么，但从撬门破锁。平时只要有空闲时间就想偷窃，

否则便感到痛苦和焦虑。偷窃使他感到愉快和满足。3岁时曾患脑膜炎，其三叔患“精神病”但具体情况不详。自幼生活在一个比较和谐的家庭里，性格内向，自私。如有时用自己的旧衣服换取他弟弟的新衣服，家里有鞋油不用，而把皮鞋拿到母亲家去打鞋油。精神检查：衣着整洁，反应正常，无幻觉、妄想及情感障碍、回答切题。自述只要看到别人不在场就想偷点什么，否则就会感到不安，但也知道这样做不对。

诊断分析

该患者自幼生活在一个温暖的家里，幼年曾患脑膜炎，这可能构成了其反社会行为的物质基础。其叔患精神病，家族精神病史也可能构成了其反社会行为的素质。看来，该患者的偷窃冲动和行

为自己难以控制，并以偷窃他人财物为满足，最终的悲剧结果在所难免。

例二：偷窃成瘾的女大学生

某女，22岁，大学生，偷窃史7年。平时乘人不在或不注意时，偷窃各种衣物或其他用品，而不论所窃物能否为自己使用，事后将东西贮藏在自己的箱子里或扔掉，很少使用。每次偷窃后都感到一定程度的满足，而当没偷到手时则表现坐卧不安，有时直到达到目的为止。曾几次被同学和邻居抓住，但均未起到制止其偷窃行为的作用。平时性格孤僻，较内向，时常说慌，待人冷淡。6岁时丧母，继母有一女儿，比其年长3岁，有时继母只给其姐姐买衣物，她对此最初仅是内心不快，以后逐渐产生偷窃姐姐有而自己没有的衣物，并将东西悄悄扔掉，以此报复继母的不公平。后来逐渐产生了这样一种心理，见到姐姐有而自己没有的东西，就想偷。每当这样做之后，便有一种满足和快感。最后偷窃对象逐渐泛化，见到他人东西常有将其偷走的念头。自述有时虽想克制，但往往难以克制，最终发展成前述情况。无精神病遗传史。

诊断分析

例二患者由于自幼丧母，缺乏母爱及不和谐的家庭使她的人格发展受到阻碍，以至于行为孤僻、爱说谎。其偷窃最初仅是为了发泄自己的不满，以后由于心理发展畸型变化而偷窃对象泛化，偷窃动机由发泄不满转化成了获得快感、获得满足感，即偷窃的性质发生了质的变化，成为一个不折不扣的偷窃癖患者。

例三：屡教不改的“顺手牵羊”

有一对中年夫妻，快40岁，男的是车站调度员，女的是工厂检验员。他们有一个14岁的女孩。三口之家本应过得很幸福，可实际情况却不然。主要问题是母亲和女儿的关系不融洽，致使女儿的心理发生偏差，成了一个偷盗癖，给家庭造成了极大的痛苦。

原来他们的女儿四、五岁时，就表现为爱拿别人的玩具；上小学后，又常偷拿父母的钱。到亲戚、朋友家作客，也常常顺手牵羊偷窃别人的钱、针、线、指甲刀、小剪子等物品，多次被发现，吵、骂、打都用上了，也不解决问题。

经了解发现，其母亲性情急躁。而其父亲性情温和，对女儿溺爱。女孩

常向父亲要零花钱，只要女儿张口，父亲从不拒绝，一要就给。而其母亲就不同，从不肯给孩子零花钱。父亲因工作忙，虽爱孩子，但与孩子在一起的时间很少。而母亲恨铁不成钢，对孩子“爱之小便宜”、手脚不干净嫉恶如仇。她有时也给孩子讲道理，但耐心说服不够，常常是说着说着就火了，经常打骂、粗暴对待，动不动就对孩子说：“你使我伤透了心，我恨你，对你没有指望了。”这样，就给孩子心头上泼了一盆凉水。于是对母亲更加反感，情绪上严重对立，如不愿穿母亲买的衣服、不愿吃母亲做的饭、不愿与母亲说话等。而对父亲，渴望爱和关心，但父亲又无暇顾及孩子，结果孩子慢慢养成了偷窃习惯。

诊断分析

造成该女孩偷窃这种行为障碍的原因有多种，但主要是该女孩需要得不到满足。该患者的需要既有精神的，也有物质的。在该家庭这样的环境长大的患者，显然其心理上受到了扭曲，常以偷窃作为对应的回报，以期引起父母的注意。她所偷窃的东西不是由于个人的需要，而是对不满心理需要的补偿。因此，她的这种偷窃癖好的形

三、纵火癖

纵火癖，又称为病理性纵火，是一种无明显动机，多次地实施，或企图纵火烧毁财物或其它物品的行为障碍，常对与火和燃烧有关的事物存在持续的关注，对灭火器及其它灭水设备、与着火有关的事物以及召唤消防队有着异常浓厚的兴趣。

不止一次有意识、有目的地进行纵火，而不是偶然过失造成的火灾为纵火癖。该症患者在纵火前常情绪紧张、坐立不安、头痛、心冲、耳鸣、头昏，对周围的环境有非现实感，纵火后感到轻松与满足。其纵火不是为了经济获益（如领取火灾保险费），不是为了消灭罪证，不是为了报仇泄恨或政治目的，也不是由于幻觉、妄想所支配的。他们对纵火造成的严重后果常无动于衷或幸灾乐祸。

纵火癖的主要特点为：

- （1）反复纵火，没有任何明显的动机，如得到金钱、报复或政治极端主义；
- （2）对观看着火有着强烈而浓厚的兴趣；
- （3）在采取行动之前有不断增加的紧张感，在付诸实施后马上有强烈的兴奋。

造成纵火癖的原因很复杂。痴呆或急性器质性状态常可导致非故意的纵火；急性醉酒、慢性酒瘾或其它药物中毒也是可能的原因。许多患者幼年有尿床史，他们常虐待动物、好攻击。女性患者还常伴有偷窃癖与性行为放荡等。

例一：痛打难治点火狂

患者，女，14岁，有纵火癖。自幼尿床，受到家长的多次训斥、责打和他人的歧视，性格变得孤僻，不愿与人来往。有一次受到母亲责打后，心中十分委屈，便一怒之下顺手把母亲喜爱的东西给烧了，同时心中感到特别的轻松。自此以后，她便对与火有关的东西、事件特别留意，表现出浓厚的兴趣。恰好这时某百货公司发生火灾，她看到后显得特别兴奋，心中常叨唠着“太好了”。其父母由于工作繁忙，对她的举止也未在意。不久她就把附近的小卖部给点着了，看着着火，她兴奋得直拍手。幸好人们发现及时未造成什么损失。为此，她又遭到一顿痛打，罚了她两天没吃饭。过了不久，她又把学校的仓库给点着了，结果造成了很大经济损失，她也被送去教养。

诊断分析

该患者的确是一个纵火癖。一则她纵火没有什么特别的动机，两次纵火后都感到很开心，二则她对与火有关的东西、事件特别留意和有兴趣。造成她纵火的原因显然与其家庭及其教育有很大的关系。如果说她开始的纵火（烧母亲的爱物）是为了发泄自己的不满的话，那么她后来的纵火是其扭曲心理的病态反映，是病态的自我满足和自我实现。她父母粗暴简单的对她的惩罚，使她无意中感到了纵火的快乐。也就是说，是家长的教育方式促成了其女儿成为了一名纵火癖，这不能不引起广大家长的深思。

第二部分 特殊时期的心理障碍

与青年人和成年人不同，儿童期和老年期是人生的两个特殊时期。儿童期由于生理、心理尚在发育过程中、他们的心理障碍往往具有不同与成人的特殊性。老年期的心理障碍容易被人所忽视，而实际上老年人是尤其需要心理关怀和辅导的人群，随着生理、心理功能的衰退，老年人的心理障碍往往也表现出与中、青年人不同的特殊性来。这部分收列病例 30 例。

第八章 儿童期心理障碍及典型病例

儿童的生理、心理特点

儿童期是指个体从出生（新生儿）到成年（青年初期）之间的整个阶段，其年龄为 0～18、19 岁。儿童期是人生发展变化较大较快的时期，是长身体、长知识的重要而关键的时期，也是儿童身心发展由不成熟到成熟的特殊发展时期。

一、儿童的生理特点

儿童期的生理特点在于生长发育快。其具体表现在神经系统、动作、言语等方面从无到有，从小到大逐步完善成熟起来。

身体的发展

人体的生长发育不是直线上升的，而是呈波浪式，发展的速度是不等速的，有时快些，有时慢些，交替着进行。一般来说，儿童的生长周期分为四个显著的时期：从出生到2岁，发展十分迅速；2岁到青春发育期，发展较平缓；青春发育期开始（男孩约在13—15岁，女孩约在11—13岁），发展急剧迅速，变化极大；15、16岁到成熟，发展又趋缓慢。

1. 身高和体重 儿童身体发展的重要标志是身高和体重，它们标志着内部器官，如呼吸、消化、排泄系统以及骨骼的发育。从出生到成熟的整个发育时期，儿童的身高和体重都在增长，一般女孩约可长到18岁左右，男孩约可长到20岁左右。儿童发育的速度呈现S形，有两个最快的发展期。第一次高峰在出生后的第一、二年，在第一年内身长增加20—25厘米。为出生时身长（50厘米）的50%；体重增加6—7公斤，为出生时体重（3公斤）的二倍。第二年速度也是较快的，身长增加10厘米，体重增加0.25—3.5公斤。此后增长速度急剧下降，身高在两岁后每年增加4—5厘米，体重增加1.5—2.5公斤，保持了一个相对平稳的速度。到青春发育期又出现第二次突增，身高年增加一般为6—7厘米，体重年增加一般为4—5公斤，以后增长速度又开始减缓，直到发育成熟，骨骼钙化完成后，身高停止增长。

2. 身体各系统的发展 儿童期身体各系统的发展也是不平衡的。儿童出生后脑和神经系统的发育最快，在最初的六年内继续以最快的速度发展着，学前期已接近成人水平；淋巴系统的发育在第一个十年中表现出一种特殊的速度，十岁左右发展达到最高峰，已达成人时期的200%。在第二个十年期随着其它各系统成熟和对疾病抵抗力的增强，淋巴系统逐渐退缩；生殖系统的发育在童年时期，即第一个十年几乎没有什么进展，而在第二个十年间的第二次全身发育突增开始以后才迅速发展。

儿童身体的发展，除体型身材上增大外，各个器官系统生长速率也在变化，因此，随着年龄的增长，儿童身体的比例也在变化。正常的发展遵循两项原则，即头尾原则（即从头到尾，次序是头部 颈部 躯干 下肢）和远近原则（即由近及远，发展是从身体的中部开始，然后延伸到边缘部分。头部和躯干比四肢先发育，手臂和腿比手指和脚趾先发育）。

大脑和神经系统的发展

儿童期神经系统发展迅速，表现在大脑结构和机能两方面不断发展和完善上。

1. 脑重量的增加 脑是最优先发育的。出生时新生儿的脑重是390克左右，已达成人脑重的25%，而同时期新生儿的体重仅为成人体重的5%。出生后儿童脑重量随年龄而增长。增长的速度先快后慢。第一年脑重的增加最快，以每天约1克的速度递增，9个月时达到660克；2.5—3岁时脑重量发展到900克至1011克，相当于成人脑重的75%。此后几年发展缓慢，到6—7岁时脑重接近于成人水平，约1280克，达成人脑重的90%。以后的增长就更慢，9岁时约1350克，12岁时约1400克，到20岁左右停止增长。

2. 脑皮层结构复杂化 儿童出生后脑的发展主要在于脑皮层结构的复杂化

和脑机能的完善化。新生儿的大脑皮层表面较光滑，沟回很浅，构造十分简单，以后神经细胞突触数量和长度增加，细胞体积增大，神经纤维在不断变粗加长，并开始以不同的方向越来越多地深入到皮层各层。与此同时，神经纤维的髓鞘化逐渐完成，大脑各叶都在成长，并基本成熟，特别是学龄初期儿童的额叶显著增大，对促进儿童智力的发展具有重大意义。

3. 大脑机能有了进一步的发展，儿童高级神经活动的基本过程——兴奋和抑制过程在同时发展。兴奋和抑制机能在不断增强，并渐趋平衡。但与青少年或成人相比还是比较差的，抑制过程仍落后于兴奋过程，尤其在课外或校外无人指导时，儿童往往会表现出高度兴奋或缺乏自制力的行为；第二信号系统迅速发展起来，在整个学前期，儿童是以第一信号系统占主导地位，进入小学后，由于学校的教育和教学以及儿童言语的发展，第二信号系统得到了迅速发展并初步之居主导地位。这为儿童的抽象思维和有意行动的发展提供了生理基础。

动作和活动的发展

儿童动作的发展是在脑和神经中枢、神经、肌肉控制下进行的、因此儿童动作的发展和儿童身体的发展，大脑和神经系统的发展密切相关。儿童身体的发展有先后次序，儿童动作的发展也表现有一定的时间顺序。而在儿童早期，动作的发展在某种程度上标志着其心理发展的水平，动作的发展同时也促进了儿童心理的发展。一般地，随着年龄的增长，儿童的各种动作能力都迅速发展起来。周岁末，儿童还只刚刚学会行走，到婴儿期末不仅能随意行走，而且学会了跑、跳、爬、攀等各种基本动作，而到了学前末期就都发展得很好了。同时儿童手的动作也迅速发展起来，已能随意广泛地操作运用物体，能自如地运用各种生活、学生用品和小工具，而且动作还很灵巧、精确。随着儿童动作的发展，活动也得到了进一步的发展，因而出现了一个重大的转折期。在婴儿期，儿童产生了实践活动的萌芽，有了一些原始而极其简单的游戏活动；在学前期，儿童的游戏活动得到了长足的发展而成为学前儿童的主导活动；进入学龄初期以后，儿童的主导活动起了重大的变化，学习逐步成为儿童的主导活动。

言语的发展

当儿童在一岁左右，讲出了第一批能被理解的词时，标志着儿童进入了言语发展期。儿童的心理，主要是在与成人交际的过程中吸收人类的经验而发展起来的，而交际主要是靠言语来进行的、因此可以说言语在儿童心理发展上起着举足轻重的作用。

儿童的言语不是与生俱来的，它是随着儿童生理的不断成熟、发音器官的不断完善及通过与他人的接触交往而习得的。儿童期可以说是人的言语发展变化最快的时期。儿童从不能说话到咿呀学语、口头言语发展、内部言语发展、书面言语的掌握，到了学龄初期末，已掌握了较正确的发音，能够通过口头言语和书面言语，运用比较丰富的词汇、正确的语法连贯完整地表述一件事情和与人进行交流。内部言语是一种高级的言语形态，它与逻辑思维、独立思考、自觉行动有很多的联系。因此，儿童期内部言语的产生和发展是儿童智力发展的重要前提。当然，儿童的言语水平还不是很高、很完美，要在以后的各个时期不断地提高和完善。

二、儿童的心理特征

儿童心理是以一定的遗传素质物质前提，大脑和神经系统的发育为生理基础，在一定的教育和环境的影响下、通过一定的实践活动而形成和发展起来的、是人一生中心理发展较为迅速而关键的一个重要时期。

儿童智力的发展

一般来说，智力是多种认识能力的综合表现，主要包括观察力、注意力、记忆能力、思维能力和想象能力。其中，思维能力是智力的核心，创造性思维能力是衡量智力的重要标志。儿童由于大脑和神经系统的发育不完善成熟，活动范围不断扩大，活动内容不断丰富，再加之言语的不断发展和完善，其智力得到了迅速的发展。1.感知觉的发展从个体发展的情况来看，一般是先有各种具体的感觉，然后在此基础上出现种种知觉。随着儿童年龄的不断增长，儿童的各种感觉能力在不断提高，感受性在不断发展。新生儿已能用眼睛追随视刺激，婴儿视觉集中的时间和距离都随年龄的增长而增长，3—5岁的婴儿仅能集中5秒，而到了6个月时已能集中10分钟以上；3—5周的婴儿注视距离为1—1.5米左右，而到了6个月时已能注视远距离的客体；5—7岁儿童能将光谱中的全部颜色与它的名称巩固地联系起来；婴儿时期，儿童有了空间知觉的时间知觉和萌芽，到了学龄初期，儿童知觉的目的性、有意性、持续性都得到了较好的发展，但分析与综合统一的水平仍很低；从5岁以后，儿童能有目的、有针对性地去观察，可以按照成人的要求，按照预定的任务，有意识地进行感知和观察活动。

2.记忆的发展 记忆是一种比较复杂的心理过程，是过去经验在人脑中的反映。它包括识记、保持和再认或回忆三个基本环节。记忆在儿童生活中起着重要的作用。半岁左右的婴儿已有了再认能力，一岁左右的儿童出现了回忆。在整个儿童时期，儿童的无意识记、机械识记和具体形象识记仍起着重要的作用，而有意识记、理解识记和抽象逻辑识记正迅速发展。从7岁到11岁这一期间，儿童的记忆能力开始显著地增长。

3.注意的发展儿童的无意注意在学前期已得到了高度的发展。在整个儿童期内，仍以无意注意占优势，有意注意正开始发展。而且注意带有很大的情绪色彩，易受到新刺激的影响，易被外部明显的特征所吸引。儿童注意的品质也在不断地改善，小学儿童平均能看到的客体为2—3个，而成人则能看到4—6个；7—10岁的儿童可连续集中注意20分钟，10—12岁儿童约25分钟，12岁以上儿童约30分钟。

4.思维的发展儿童期儿童的思维发展经历了直觉行动思维、具体形象思维和抽象逻辑思维三个从低级到高级的发展阶段。儿童在一岁内动作和手、眼的协调运动的发展为儿童随后的直觉行动思维奠定了基础。儿童的思维始于婴儿期，到于学龄初期，儿童处于一个从具体象思维力主要形式到以抽象逻辑思维为主要形式的过渡阶段，而且这种抽象逻辑思维在很大程度上仍具有很大的感性经验的成分，形象理解能力强于抽象理解能力。7岁儿童已能默默地思考问题，9岁以后，开始能掌握一些抽象概念及历史时代概念，而到了12岁已基本具有命题演绎推理思维的特点。

5.想象的发展随着儿童思维的发展，其想象能力也在不断地发展。婴儿期是儿童想象产生的萌芽期；学前期儿童以无意想象、再造想象为主，而且经常将想象与现实相混淆，特别是学前早期；进入 学龄初期后，儿童想象

的有意性、创造性、现实性在日益发展，幻想也从远离现实的幻想逐步向现实主义的幻想发展，并常从小学生作文、日常谈话中反映出来。

儿童情绪的发展

情绪是人们心理生活中的一个重要方面，是个体对客观事物与个人需要之间的关系的一种反映。一般地，喜、怒、哀、乐是人们表现的情绪形式，利用这种情绪方式可以表达个人当前的愿望与需要，同时也调节着人与人之间的社会距离。婴儿很早就能用哭与笑这样的情绪表现作为紧密联系照顾者，躲避陌生人，调节与周围环境关系的社会工具。儿童有着广泛的情绪反映范围，他们有时喜气洋洋，十分高兴，有时则闷闷不乐，显得有点焦虑，而有时候又会变得愤怒和暴躁。

1. 新生儿的情绪反应 新生儿基本上有两类情绪，即愉快和不愉快。情绪都跟婴儿生理需要的满足与否相联结，随着需要的变化和认识的发展产生了婴儿情绪的动因、情绪包含的内容以及情绪表达的方式越来越丰富。一岁婴儿已有惧怕、厌恶、发怒、快乐、兴高采烈、情爱等情绪反应。6—7个月的婴儿开始对特别照料他的人，尤其是母亲产生了一种婴儿特有的感情依恋，同时或稍后一些婴儿会表现出见到陌生人产生怯生的现象。儿童最初的依恋多数是对某个人，以后可以有多种依恋。婴儿已有情绪的共鸣或原始的移情作用，这是其以后形成同情心的基础。

2. 儿童情绪发展的特点随着年龄的增长，儿童的情绪不断地分化，社会性情感不断增多，有了羞耻感、同情感、妒忌心及责任感等。

婴儿期儿童情绪表达具有易变性、易冲动性和易感染的特点，末期还具有了责任感的萌芽；学前期儿童的情绪体验已相当丰富，一般成年人体验的情绪大部分已为儿童所体验，只是在引起情绪的动因及表现形式上存在着不同。学前期儿童的情绪表现完全是外显的，缺少控制，常极度强烈而高涨。先学前儿童已萌芽了道德感，其理智感产生的突出表现是好奇和好问，表现出强烈的探究性；学龄初期儿童的情感有一个逐步发展的过程，其情感的表现方式仍是比较外露的、易激动的，但不够深沉，也不易保持，有点“事过境迁”；情感反映的内容变得越来越丰富和深刻，出现了与学习兴趣、学习成败相联系的理智感和对集体的荣誉感、友谊感、责任感等。其对情感的控制力也由弱变强；学龄中期的儿童的情绪带有冲动性，易激动，不善于自制，行为不易预测，而且其情绪往往是矛盾的，有时很依恋父母，有时又怨恨父母。在少年“独立感”和“成人感”的驱使下，社会高级情感发展迅速；学龄末期的儿童占主要地位的情感是与人生观相联系的情感。这些情感往往由社会重大的政治问题、广泛流行的社会观念、对人生的理解等问题引起。在长期的教育下，青年的道德感、理智感、美感都有了深刻的发展，已形成了与道德观点相联系和道德信念的道德理想，他们充满着浪漫主义热情，对未来充满着美好的憧憬，希望能为人类社会留下自己的足迹。但也有少数儿童，由于家庭的、学校的和社会的种种原因，会采取一种与生活相脱节的幻想，人为的自我分析，一种奇特的自我欣赏，或表现过于“清醒”，对人生表示厌倦或淡漠。

儿童的社会性的发展

儿童是在与周围人的交往中生长发展起来的，他们的行为习惯、道德观念、理想和信念都是通过社会的各种渠道，首先是通过父母传递的。早期儿童社会交往的方式对儿童以后人与人之间交往的方式有着重要的影响。刚出

生的乳儿只知道满足身体的需要，至于是谁来满足他并无所谓。此时的婴儿对人对物的反应没有显著的区别。2 个月后听到人声就会转头寻找，一个月后出现第一次社会性微笑，2—3 个月时对人发生兴趣。出生后第 4、5 个月，婴儿开始接纳其他儿童，并总期望有人来抱他。他为了吸引别的儿童，会作出跳浪、双脚乱踢、微笑或吹泡沫等行为。生后 5—7 个月便会对其他婴儿的啼哭感兴趣，此后对同伴的兴趣会越来越大。10 个月左右的婴儿会抓其他婴儿的衣服、头发、玩具，学习其他儿童的行为和声音，还会因争夺玩具而打架。

1 岁后，儿童逐渐学会了独立行走，有了语言交往能力，于是跟父母的接触频数相对地下降，与同伴的接触频数逐渐上升。亲子关系是一种保护与被保护的纵向关系、主从关系，而同伴的关系却是平等的、合作的横向关系。进入同伴世界可使儿童获得许多社会交往的本领。游戏是儿童交往的中介，但这时的游戏多为单独游戏，旁观别的儿童游戏，或像是在一起，实质上仍是各玩各的平行性游戏。

3-6 岁儿童与同伴活动在生活中所占的比例在不断增长。幼儿大部分都不甘寂寞，喜欢与同伴一起玩，而且游伴的数量也随年龄而增加，但游伴还很不稳定，经常在变化。游戏中争吵是常有的现象。一般是为了争夺玩具、争演某个角色，也有的是为了指使别的儿童服从自己。不过游戏争吵的时间不长，也不会因此而耿耿于怀。3 岁儿童已知道自己的性别，7 岁儿童已知道一个人的性别不会因为服饰的变化、年龄的变化而起变化。由于教育的影响、他们已意识到男女性别行为的差异。

学龄儿童喜欢过群体生活，常常几个人一起上学、回家，几个人一起做功课、做游戏。他们已对男女性别行为有了明确的认识，男女同学的学习兴趣和游戏也明显分化。男孩喜欢几个人在一起从事冒险、猎奇、球类运动等室外游戏，而女孩则喜欢几个人在一起从事读书、下棋等趣味性的室内文静的活动。所以，年龄越大，男女儿童在一起游戏活动的情况就越少，大部分是同性在一起活动，学龄初期的儿童有不少行为问题，如在家与兄弟姐妹或邻居小孩吵架，偷懒，不肯干家务活，撒谎，抢占或破坏别人的东西等；在校内的不良行为有吵架、破坏公物、逃学、上课破坏课堂秩序，拖拉作业等，男孩的不良行为多于女孩。

到了少年期，同伴对儿童发展的影响已开始超过成人对少年的影响。同伴往往成了少年直接学习模仿的榜样，或者是弥补自己某方面不足的慰藉。少年的友谊比较稳定，选择朋友往往以共同的兴趣、爱好、相似的或互补的个性特征为基础。但由于缺乏辩证的观点，往往会把同伴的友谊看成高于一切，把小集团中一些人的行为作为自己的准则。这时，男女同学的分界似乎很清楚，表现出一种表面回避而内心憧憬的背反现象。有个别的男女同学在感情上十分接近，但它会招来大部分同学的好奇和不满。

学龄末期儿童的社会交往比起少年来又大大地扩展了。他们不仅参加了学校里的一些社团活动，还参加了社会勾组织的一些社团活动，有的还参加了一些非正式的街头自发小集团。这时的儿童很重视同伴的友谊，择友有较高的原则性。对他们来说，友谊的标准应是互相信任和理解，心理上坦率无间。男女同学的接触反倒不像少年期那样神秘或回避了。也有一些儿童儿出现主观愿望的“迷恋”，但多半以短暂的恋爱而告终。

儿童个性的发展

由于每个儿童遗传素质不同，先天环境不同，因而儿童一出生就在生理上、心理上显示出种种的个体差异。如有的儿童生理活动显得很有节奏，很有规律，睡眠、觉醒、吃奶、排泄都有一定的时间，而有的儿童在这些方面相应地有些紊乱；有的儿童对外界刺激的反应很强烈，也喜欢探究周围事物，而有的儿童则相反；有的儿童较容易适应变化着的环境，有的儿童则适应很慢。随着儿童独立活动能力的增强，儿童的自主性有所发展，他们初步认识了作为个体的我和我的力量。与此同时儿童产生了与成人消极、不合作的行为，儿童已经萌发了自我意识。

自我意识是意识的一个方面、一种形式，是人自己认识自己，认识自己与周围环境的关系。儿童在1岁末便有了自我意识的萌芽，但他们还没有行为标准，没有良知，全凭个人的生理需要满足与否而行动，凭感情冲动而行为。他们的行为完全是自我中心的，有时连现实和想象也分不清，因而他们的行为既非道德的，也非不道德的。3岁左右随着活动范围的扩大，活动能力的增强，知识的增多，言语的发展，儿童的自我意识有了明显的发展，开始由把名字理解为自己的信号发展到掌握人称代词“我”，其独立性也开始大大地增长，常常说“我自己来”，进行一些自行其事的活动，并表现出不听话，拒绝成人的帮助和干预，甚至执拗。儿童的这种反抗是要求扩大活动领域来增强自主活动能力的表现，是具有积极意义的；5-6岁儿童自我评价能力有了较大的提高，其评价不再完全是成人评价的翻版，而是对成人的评价持有批判的态度。6岁儿童可以说出一些较抽象的品质，进行了一些内心品质的评价。这时的儿童已经养成了一套行为习惯，其个性心理特征已初步形成，不少智力超群或有特异才能的“神童”已崭露头角。

进入小学后，儿童的个性特质越来越固定，个性倾向性也越来越鲜明。小学生学业的成败、社交能力、教师和同伴的态度等对儿童形成自信心或自卑心理都有着重要的影响。他们对自我已有了一定的评价，这种评价来自教师、同伴和家长对他的评价。小学生还缺乏独立评价自己的能力，随着年龄的增长，他们已能够指出自己的优、缺点，并力图加以改变，同时他们的学习自觉性和责任心越来越强，道德品质的发展具有一定的年龄特点。

少年的自我意识起了质的飞跃。一是在身体急剧成熟的驱使下产生了“独立感”和“成人感”，力求摆脱对成人的依赖，反抗成人的干涉，被称为儿童的“心理性断乳”；二是开始将视线转向内部世界，仿佛刚刚发现“自我”也是一个广阔的大地。他们不仅关心自己的内部世界，也开始对别人的内心世界发生了兴趣。他们对别人对自己的评价相当敏感，常常在试探教师对他的评价是否公正。是否信任自己；他们也喜欢自己观察自己，常常用讲悄悄话、记日记等方式来倾吐内心的秘密和感受；他们的道德行为更加自觉，已能通过具体的事实概括一般伦理性原则、并以此来指导自己的行为；他们有强烈的兴趣和求知欲，有时对待他感兴趣的活能达到废寝忘食的地步，兴趣广泛但缺乏自制能力，并因此常影响学习。他们的兴趣也很容易变迁。

到了青年初期，他们的自我意识在继续发展，其特点是在理论上追求自我，把自我当作对象来捕捉。不仅如此，他们还明确地表现自我，敏感地防卫自我，珍重自我，客观地看待自我。但由于缺乏实际的经验，其理想的自我与现实的自我仍面临着分裂的危机，自我肯定与自我否定常发生冲突。一般情况下这是自我发展的正常现象，但有时也有少数人会由此而陷入孤独、自卑，养成“闭锁性”的性格。

儿童期常见的心理障碍

儿童期是人的心理形成和发展的重要时期，由于遗传、疾病的因素、社会环境、教育方法等的不良影响，都会给儿童心理的正常发展带来负作用，使儿童形成这一时期特有的不良行为习惯和身心障碍、儿童期常见的心理障碍主要有以下几个方面：智力发育迟滞和适应能力缺陷；性格的偏异；行为问题；情绪障碍；学习困难；某些特殊症状，如睡眠障碍、进食障碍、抽动症、遗尿、口吃等；起源儿童期精神病，如儿童孤独症、儿童精神分裂症等；脑器质性损害所引起的精神障碍等。下面我们分别对上述其中最为常见的儿童心理障碍，如儿童期特殊发育障碍，儿童孤独症、儿童精神分裂症、儿童期情绪障碍、儿童多动症、儿童抽动——秽语综合征等进行简要介绍和分析。

一、儿童期特殊发育障碍

儿童期特殊发育障碍又称为儿童学习能力障碍，它是由于一种或一种以上的基本心理过程异常，包括在理解能力方面、在获得和运用听、说、读、写或计算能力方面存在有显著的困难，他们的心理行为之间发展存明显的差距，在学业成就及其他能力或成就上有明显的差距。但不是由于严重的智力低下、感觉器官缺陷、情绪障碍或缺乏学习机会所造成的。这一类儿童不能接受普通的教育教学方法，需要特殊的教育。其主要以学习能力障碍为突出特征，表现为与同龄儿童相比，在阅读、书写、拼音、计算或运动技巧某一方面的发育有显著的延迟或缺陷，形成学习困难其一般智力在正常范围或接近正常，虽然很用功，但仍常留级。

儿童期特殊发育障碍的患病率一般为 2%—5%，造成儿童学习能力障碍的原因大致有以下几种：

第一，生理遗传因素。儿童在胎儿期、出生时、出生后由于某种病伤而造成轻度脑损伤或轻度脑功能障碍，都有可能影响儿童的学习技能的发育；遗传因素。有些学习能力障碍具有遗传性，例如阅读障碍可以遗传好几代，从患儿的父亲、爷爷或其他亲属处也可见到类似的情况；身心发展落后于同龄儿童的发展水平，如乳牙脱得慢、走路说话迟、个子特别矮小等，感觉器官（如眼、耳）功能的缺陷或运动协调功能差等。

第二，环境因素。不良的家庭环境。由于父母长期在外工作或家庭成员关系紧张等原因，使儿童从小就未得到大人的充分爱抚，特别是缺乏母爱；儿童在幼时来得到良好的教养，在儿童早年生长发育的关键期没有为儿童提供丰富的环境刺激和教育；不适当的学习内容和教育方法使儿童产生一种厌学情绪。

第三，幼年营养不良。例如人体必须的微量元素缺乏，可影响儿童的正常发育和学习能力。

儿童期特殊发育障碍主要有下列特征表现：

（1）阅读障碍：指患儿的阅读能力大大低于其年龄和智商水平，表现为不能正确辨认字母、单词或按逆方向阅读，不能将字母和发音联系起来进行朗读。其理解能力差、语言能力差，有时甚至上下、左右、高低、前后也分不清楚，如要他站在桌子前，他却站在桌子后，特别是在进行左手拍右腿或右手拍左肩一类动作时表现明显。

（2）计算障碍：指患儿加减乘除的运算能力差，如有时能做“加”和“乘”，却不能做“减”和“除”，心算能力差。由于这类患儿往往有空间障碍，如不能辨别上下、左右，因而在运算时常出现错误。平时完成数学作业尤为困难，数学成绩差。

（3）拼音障碍：表现为不能正确地拼出音节，读字发音错误，对某些字母或音节发音特别困难，常伴有视觉空间的障碍，把 b 当成 d，把 q 当作 p 等。

（4）书写障碍：指儿童难以把想到的事物形象地画出来，或把看到的词写下来，如难以抄写黑板上的习题等。这种现象也叫视觉运动性感知障碍，可能是运动功能协调不佳的结果。

（5）交往障碍：患儿由于在某一学习技能发育方面存在着障碍，而经常遭到同学们的嘲笑和捉弄。因此这类儿童很难主动与人交往，他们的社会交

往能力往往很差。

病例

例一：“p”、“q”不分的特殊发育障碍者

某患儿，男，10岁，小学一年级。父母均为工人。据患儿老师介绍，该生已连续留级3年，学习成绩极差，非常幼稚。他常常把拼音字母“p”写成“q”，把“b”写成“d”。更有甚者，他将阿拉伯数字一律写反了，令人哭笑不得。患儿的书写能力、阅读能力、计算能力及理解能力均很差，尽管留级3年，但学习的进步却不大。据家长介绍，在生产患儿时动用了铲钳，动作和语言的发展都很迟缓，2岁左右才学会走路，2.5岁才学会说话。由于忙于生计，对患儿早期也未进行干预和教育，任患儿自由发展。到了患儿上小学后才开始着急，但也不知从何下手。家长带患儿去医院看过几次，医生建议该患儿到弱智学校去就读，但由于种种顾虑终也未去。

诊断分析

这一案例中的患儿是一个典型学习能力障碍患者。他不但有拼写障碍和阅读障碍，而且有计算障碍和理解障碍。从患儿家长的介绍和老师的叙述可知，该患儿的致病原因可能是由于出生时的脑损伤和后来的不良教育所造成的。

二、儿童孤独症

儿童孤独症也叫儿童自闭症，是发生在儿童早期的全面发育障碍，是一种比较严重的儿童精神疾病，这种病涉及感知、语言、情感、智能等多种功能。它是临床以严重孤独、对别人全面缺乏情感反应，言语发育障碍，刻板运动和对环境奇特的反应为特征的一类疾病。由于起病于3岁以后，故称之为儿童孤独症。

儿童孤独症的患病率为0.29%，多见于男孩，男女比例力4:1或5:1。该病的主要表现有：

1. 社会交往障碍。表现为患儿极度孤独，对最亲近的人和别人均缺乏情感反应，不与外界接触，也没有与人交往、交流的倾向和要求，对集体生活环境不适应，对环境缺乏兴趣。平时不与其他孩子一起玩耍，整天沉浸在个人的小天地里。父母离开他也无所谓，抱亲他亦不高兴。而对某些无生命的东西表现出特殊的依恋，而对人却无兴趣，眼睛不看对方。

2. 言语交流障碍。这是孤独症儿童的一个突出的症状。大多数患儿语言发育障碍，平常言语很少，显得很安静。有的即使会说，也不愿意说，常常是用手势来表达自己的愿望和要求，以致于让人误以为是个聋哑儿，严重的病例几乎终生不语；有的患儿虽然在说话，但声音很小，很难听清楚，更谈不上什么抑扬顿挫和感情色彩；有的自言自语一些单调而无意义的话，有些甚至连母亲也听不懂；具体反射性言语行为，即单纯地模仿别人的语言，即使是回答问题也只是重复别人的问话，如老师向他提出一个问题后说“请回答”、他也说“请回答”；有的在说话时常出现现代词颠倒的现象，如用“你”、“他”来代替他自己；有的患儿时常尖叫，这种情况持续到5岁或更久。

3. 兴趣狭窄，行为活动单调刻板，适应新环境困难。患儿常有弹手指、拍手、摇摆身体、旋转和挥动手臂、脚尖走路或其它奇特的姿势。有的表现过分活动，易激动、吵闹不安和睡眠障碍，自伤行为较为常见。有的患儿常是在较长的时间里只专注于某一种或几种游戏，强烈要求保持环境的现状，不肯改变所处的环境、生活习惯、行为方式，如天天要穿同样的衣服、玩同样的玩具等，一旦改变便大哭大闹发脾气，硬要满足他的要求后才罢休；多数患儿还表现出一种无目的重复行为，如单调反复地拍手、蹦跳，在房间里长时间地来回跑，在楼梯上下停地上上下下，任何人不得阻止或妨碍。

4. 智能障碍。孤独症儿童外貌无明显呆滞，但基本适应能力明显落后，自身防卫功能减弱，日常生活不能自理。智力低下（多数为中、重度）者占大多数。极少数孤独症儿童具有严重的智力障碍，但可显示特殊的能力，特别是对音乐、计算和机械记忆领域，以致于在较小年龄阶段时常被误认为是超常儿童。

5. 情感冷漠。患儿对人缺乏相应的情感体验，对亲人不亲热。常常是毫无面部表情。有的患儿不喜欢别人抱他，当有人要抱他时。不伸手表现出期待姿势；患儿的目光常游移不定，看人时常是眯眼斜视或用余光，很少正视。

6. 特殊依恋。有的患儿对人虽很冷漠，但对某些无生命的物体（如杯子、小汽车等）或小动物却表现出特殊的兴趣并产生一种依恋感，有谁破坏或拿走了，便会哭闹不休、焦虑不安。有的患儿有怪异行为，非常胆小，在运动方面缺乏平衡能力。

儿童孤独症的病因至今未明，可能与家庭环境、遗传、脑部疾病、母亲

孕期生病服药的影响有关。

1. 遗传因素。患儿的同胞兄弟姐妹之中患孤独症、认知及语言障碍的患病率较一般人口中要高；同时患儿常伴有先天愚型。

2. 器质性因素。患儿具有围产期损害史者较正常儿童为多见，包括先天性风疹、早产、难产、窒息、产伤以及 RH 因子不合等。

3. 家庭因素。患儿的父母多数是知识水平较高的专业技术人员，他们性格比较内向，成天又忙于工作、科研，很少照顾孩子，对孩子表现冷漠和固执，家庭缺乏温暖。

病例

例一：无法交流的男孩

患儿，男，4岁零6个月，汉族。患儿15个月时只在母亲引导下，能回答自己的属性、几岁、家姓，会说谢谢等单字。此后，语言几乎没有发展。2岁半左右自言自语，重复别人的话或是广告词，语调平淡，语词生硬、刻板；对周围的事物视而不见，听而无闻，即使对小朋友的亲切呼唤也无动于衷。患儿不认识乳头，把乳头当玩具按钮来按；不能正视人的面孔，没有对视，虽然对妈妈很依恋，但只有搂脖和亲吻；面部表情异常，有时自笑；跑动时足尖点地，旋转或无目的乱跑；有时尖叫；从不能静静地听故事，游戏时只是一遍遍地给玩具排队或单纯按玩具的键；大便要求固定地点，否则宁可不便。患儿最感兴趣的是看电视广告，且能熟记广告词；能执行简单指令，如“坐下”、“站起”等；不愿穿裤子、袜子；但知道躲坑；没有数的概念。经常玩弄自己的生殖器；不知危险性。

患儿足月，第一胎，难产（宫内窘迫约3个小时剖腹）；生后有窒息史，母乳喂养3个月，后人工喂养。身体发育正常。周岁会走，15个月初语，18个月能控制大小便，19个月入托，20个月独立进食；女保姆带到19个月。母亲照顾患儿非常精心。

患儿家系中未见同类病例，无精神病家族史，但祖母及父亲均属性格内向、孤僻，不关心他人；父为独生子，吸烟、酗酒。其母神经质个性，但尚随和。父母自由恋爱，非近亲。婚后感情不好，曾一度闹离婚，关系缓和不久即怀孕，孕后2个月内曾做过“内诊”、醉酒过一次；此后心情较好。患儿家庭经济条件优越。

诊断分析

本例中的患儿是一个比较典型的儿童孤独症患者。从对患儿情况的调查和分析来看，造成该患儿孤独症的原因与其出生时难产、生后有窒息史有关，也与其父母的性格及对他的教育方式有关。其父亲性格内向、孤僻，不关心他人，其母神经质个性，所有这些都对患儿的生长发育产生重大的负面影响。

例二：他为何不再说话

患儿，男，6岁。患儿情感反应淡漠，不与任何人进行交流，如有要求也绝不主动表达，只能被动地接受指令。经常因紧张而导致大小便失禁。据其母亲反映，该患儿在3岁以前能模仿说句子，还能识别二、三百个字词，

且会背诵儿歌、故事，但其后不知何故就逐渐失去了言语功能，到 5 岁时，就不再说一个字了。曾在专门医院接受过有关检查，证实其发音器官并无问题。家长承认对患儿早期采用的教育方法粗暴简单，给患儿造成了很大的精神压力，致使其精神高度紧张，这可以与言语能力发生障碍，人际交往严重退缩有关。该患儿孤独症的病因主要是由于家长对患儿早期采用粗暴简单的教育方法所造成的。患儿经常紧张和大小便失禁，对其语言的发展和交往造成了严重的影响，以致于其逐渐失去了言语能力，形成孤独。

三、儿童精神分裂症

儿童精神分裂症是一种较为常见的儿童精神疾病。患有此症的儿童往往对周围的人和事毫无兴趣，不能进行言语交流。特别值得注意的是，这种儿童很难与他入建立正常的关系。

儿童精神分裂症的患病率较成人低，年龄越小，患病率越低，其患病率大约为 0.05‰—0.08‰。儿童精神分裂症常以缓慢起病为多，年龄小者几乎是缓慢起病，随着年龄增长，急性起病逐渐增多，其初期表现有睡眠障碍、头痛、全身不适，注意力不集中、学习困难，或无故紧张恐惧、焦虑不安、无故发脾气或行为改变等，而且有的早期以强迫动作或强迫观念症状出现。

儿童精神分裂症的症状与成年精神分裂症基本相似，主要表现为：

(1) 情感淡漠、兴趣减少，退缩，与亲人及好朋友疏远，缺乏儿童天真活泼的朝气，或是无故滋长敌对情绪、往往自发情绪波动、易激怒、冲动伤人等。

(2) 幼年患儿常以幻想或病理性幻想性幻觉为主，年长儿童有幻听、幻视以及感知综合障碍，如认为自己变形了、变丑了而躲避在家，不敢外出。儿童幻觉一般较为具体和形象性，多属恐怖或原始的内容。

(3) 思维和言语障碍。年龄小的患者，往往言语少，刻板，语言含糊不清，喃喃自语，思维内容单调贫乏。年龄大的患儿，可有病理性幻想以及各种现实、离奇古怪的妄想体验，其特征与智力水平、既往生活知识及经历体验等有关。

(4) 运动异常。多动兴奋或呆板少动，迟钝懒散，奇特的动作和姿势，缺乏主动性。常有模仿动作或强迫性、仪式性动作。少数患者表现为紧张性木僵或兴奋，或出现冲动、自伤或攻击行为。

一般无明显智能障碍，但由于思维、言语障碍和适应能力改变，可形成智能活动减退，尤其幼年患儿更为明显。

儿童精神分裂症的起因与成年精神分裂症一样，迄今尚未明白。一般认为可能与家庭遗传、围产期有损害史、社会心理因素、父母性格特征及生物化学因素等影响有关。有调查资料表明，儿童受到强烈惊吓、亲人亡故、受委屈或讽刺、亲人重病、父母离异、学习负担过重或升学未成等精神因素诱发精神分裂症者较为常见。

病例

例一：关闭心灵的幼儿

患儿，女，9岁，小学2年级。父母离异，现与父亲、继母一起生活，亲生父母均为工人。患儿于1988年3月与继母儿子发生争吵而遭继母训斥谩骂，孩子哭后入睡，醒来后自觉头晕、害怕，头部不适有压抑感，对周围一切都不感兴趣，不愿讲话，不愿见人。在家里能回答父亲简单的问话，从此不与家人同桌吃饭，晚上也睡不好觉。在学校不讲话，不与同学玩耍，课堂上不回答老师的任何问题，下课后坐在教室里发呆。父亲脾气暴躁，有时打她，骂她没出息，是累赘，老师找她谈话及家访仍不讲话。回避外人自觉害怕、恐惧，有时暗自流泪，生活和学习受到极大影响，后来病情逐渐加重，口中总说别人都对她不好，都在骂她。发病后一个月，父亲将她送至生母处。

母亲关心、照顾她，领她玩，同她谈心，病状稍有好转，能与母亲简单对话，讲话时出现口吃，但对外人仍不讲话，尤其是害怕见到继父，不敢与继父同桌吃饭，问话一律不答。一日，母亲与继父发生争吵，吵得很凶，她当时吓得直哭，此后病情又加重了，且食欲剧减，一言不发，学也不能上了，害怕见到老师和同学，家里一来外人马上躲起来，而且很怕光亮，愿意在阴暗角落里坐着。有时母亲烦了，也失去耐心而训斥她。她便变得很孤僻、情绪很不稳定，笑骂无常起来。

诊断分析

这是一例单纯型的儿童精神分裂症案例。患者因与继母的儿子争吵进而受到继母的漫骂，因而便产生了精神分裂症的早期症状。而随后其亲生父母对她的粗暴态度成为诱发其精神分裂症的直接诱因。

四、儿童期情绪障碍

儿童正处于生长发育时期，尤其是学龄前儿童，一般情绪不稳定，易受内外因素影响而变化，很容易因某些生活事件或其它社会心理因素的影响而产生情绪障碍，并表现出明显的年龄特征。

儿童期情绪障碍主要包括焦虑症、强迫症、恐怖症、学校恐怖症、抑郁症等。有人也称之为儿童期神经症，其总发生率约占 2.5%。

儿童焦虑症

儿童焦虑症是儿童期颇为常见的一种情绪障碍。

1. 特点 急性焦虑发作时患儿表现焦虑、烦躁、紧张、恐惧不安并伴有心跳加快呼吸急促、出汗、尿频、头痛失眠等症状。患焦虑症的儿童对待事物常常十分认真、过分敏感、过分紧张、多虑、缺乏自信心。尤其在陌生环境中对待不熟悉的事物更容易出现焦虑反应，惶恐不安。由于经常焦虑，常发生睡眠障碍，多梦、食欲不振，恶心呕吐、多汗、便秘、头昏乏力等症状，也会出现胆小、退缩等。

2. 病因 焦虑的发生与先天素质有关，而不良的环境、不恰当的教育方法是导致或加重儿童焦虑反应的重要原因。家庭事件和其他的突发应激因素常可促发焦虑，父母和老师的慢性焦虑及依赖作风亦可导致儿童焦虑。

父母和老师对儿童过高的超负荷要求，达不到要求时的严厉惩罚，以及父母的过分溺爱等均对儿童焦虑的发生有促进作用。

病例

例一：偏科的小女孩

患儿，女，12岁，某重点小学五年级学生。父亲是一个剧团的武打演员、母亲为一工厂工人，父母均只有高小文化程度。据老师反映，该生焦虑情绪比较严重，性格内向、胆小孤僻，与同学相处不甚融洽，学习成绩属中等偏下，其中语文成绩较好，数学成绩很差。从 1988—1989 年度第一学期的期末考试成绩来看，语文为 91.5 分，数学为 48 分，不及格。家长对孩子的学习虽督促较紧，但因文化程度低而无能力辅导。家长曾多次找班主任，要求老师对孩子加强数学方面的辅导，并向老师介绍，孩子在家不爱说话、腼腆、好面子、自尊心强、较孤独、有事常闷在心里，不肯轻易向人表露，有时还好冲动。诊断分析

该例患者实际上表现有儿童过度焦虑反应，而其过度焦虑反应主要是由学习问题和个性问题造成的。实际上她的情感很脆弱，又好冲动，表现出了许多个性品质上的缺陷，已经蕴含了一些“心理危机”的苗头。

儿童恐怖症和学校恐怖症

儿童恐怖症在儿童中并不常见，它系指儿童对锐声响、黑暗环境、自然灾害、外伤、死亡、昆虫、动物等产生过度的、持续的情感反应，这种反应的剧烈程度足以影响儿童的适应行为，并伴有相应的生理改变。对学校产生此种恐怖反应则称为学校恐怖症。学校恐怖症患儿一般约占儿童恐怖症的 60%。

患有儿童恐怖症的儿童在经历恐怖之后常会整天沉溺于恐怖情绪之中而不能自拔，他们常常无法控制自己的恐怖情绪，虽然知道不对，但也无法消

除。儿童恐怖症还常伴发焦虑反应和强迫症状。

学校恐怖症患儿，强烈地拒绝上学，强制他去学校则会哭闹不休，大发脾气，甚至导致惊恐发作。这类患儿常伴有情绪焦虑或抑郁。

儿童恐怖症和学校恐怖症的致病原因可能与遗传素质因素及教师、家长后天的教育方法不当有关。一般患儿有家族病史者较多；家庭、学校、环境不良、亲子关系、师生关系及同学关系不良及教师、家长的粗暴指责和体罚均可能是致病原因。

例一：汽车恐怖

患者，女，16岁，中学生。有一天，在放学的路上看到一辆汽车撞倒一位骑自行车的妇女，当时吓得浑身冒汗，两脚发抖。从此，她对汽车产生了恐惧：一看到汽车就浑身颤抖，两腿酸软，更不用说坐汽车了。

例二：黑暗恐怖

患者，男，14岁，每到夜晚就恐惧，紧张，尤怕黑色东西，以至夜间不敢关灯，关灯后看到黑影即惊惧不安，必须遮上白纸或面向白色墙壁方能勉强入睡，严重影响了日常生活和工作。平时害怕有关死人的东西，如黑纱、棺槨之类，病后此况加剧、夜间脑子里常出现此类东西或凶杀场面。

幼时家境困难，5、6岁时寄居姑母家中照顾表弟，至今虽不记得如何思念父母，但记得当时在路上常发现有人长得象父亲，与姑母一家关系尚好。10岁回父母身边。智力发育较好。祖母去世后祭奠祖母时出现紧张、恐惧、心动过速，继之发展为前述症状。半年来症状波动，近月余加重。

例三：学校恐惧

患者，女，10岁。因一年前更换班主任患儿不能适应其给予过重的工作压力（患儿为班干部）和学习压力，曾向父母流露出一不愿上学的想法，半年多来早晨上学前出现腹痛而拒绝上学，遭其父母责打并强制其上学后，症状持续发展，曾多次到医院诊治，先后被诊为结肠淋巴结核。常伴有恶心、呕吐并且每天夜间为小事哭闹，只到父母答应她不去上学才罢休，若不同意就闹到半夜也不睡，甚至打父母、毁物，其间曾诉说害怕老师体罚学生和自己，经家长与校方交涉，校长亲自看望劝说并保证今后不再体罚。患儿答应次日早去上学并整理书包，但夜间又烦躁哭闹并离家出走，被及时拦截并同意次日可不去上学，但次日晨发现患儿已离家出走。

例四：托儿所恐怖

患者，女，3岁8个月。患儿1岁入托儿所，适应新环境快。近2个月来更换托儿所后不愿去，经常哭泣，白天哭闹1~2次，夜间睡醒中哭2~3次，同时表现烦躁不安、脱光衣服、抓自己的脸，来回翻滚。每次发作大约持续40分钟，吵闹后精疲力尽复又大睡。白天不让母亲上班，整上紧随母亲寸步不离。既往无重大疾病史，病后神经系统检查正常、脑电图、眼底检查

正常，智力正常。

诊断分析

例一、例二两例儿童恐怖症，皆因生活环境的收发事件引起了对汽车、对黑暗、对死人的恐惧；例三、例四两例儿童学校恐怖症，都因学校生活环境的变化——更换班主任老师和更换托儿所而引起了患儿对学校的恐惧。这表明儿童生活环境及其稳定性对儿童的情绪有着极其重要的影响。

儿童强迫症

儿童强迫症包括强迫观念和强迫行为，可单独出现或同时出现，多数 6 岁以后起病，男孩略多。

1. 特点 患儿反复出现刻板的不必要的思想或行为，他自己知道这种观念及行为是无意义的、不合理的，但自己无法克制，无法摆脱。

正常 6~7 岁儿童和少年早期，往往有强迫观念或行为，例如走路时喜欢反复数栏杆、触摸路旁的灯柱、踩路沿走等，这是发育过程短暂出现，随年龄增长而消失。如持久地反复出现某些强迫观念和行为，伴有焦虑与适应困难，妨碍他们日常的生活和学习，则属为强迫症。

强迫症儿童智力正常或水平较高，病前性格大多表现胆小、怕羞、好思虑、遇事犹豫不果断、富于幻想、较拘谨和固执的特征。家庭教育方法是过于严格苛求和限制约束。本症患儿的父母也常有强迫症状或其他精神疾病。

2. 病因强迫症儿童一般都有家族遗传史、父或母可能存在着性格不良、强迫症、强迫性素质或其他精神异常。有些儿童先天素质不良，如过于胆小、呆板、拘谨等。在后天因素中对儿童教育不当，例如，过于苛求，对生活制度的过于刻板化要求等，以及孩子遭遇突然的精神创伤或严重的身体疾病等，均可构成发病诱因。

例一：数电线杆的男孩

患者，男，10 岁，据父母反应，近一个月来，这孩子走在马路上总是要数电线杆，而且数了一遍又一遍，不停地数。尽管多次严厉指责，仍无效，经诊断为儿童强迫症。

例二：他为何总想上厕所

患者，男，16 岁，高中一年级。升入高中后他和同学们一样，愉快地投入了紧张的军训，当军训进行到两周之际，他突然患阑尾炎而入院治疗。这对一个好学上进、不甘落后的常胜“将军”来说，无疑是一个沉重打击。他自称“苦恼极了”。

军训结束后不久，他说自己莫名其妙地出现了一种非常奇怪的现象：整日总想撒尿。特别是上床睡觉前后，想撒尿的意念更加强烈，于是时隔五六分钟就得上厕所一趟，尿量不多，且日益严重。这种现象严重地影响着他的休息和第二天的正常学习，内心十分苦恼和焦虑，但是又不好意思对周围的同学讲，只好每天往医院跑。由于这是一种心理障碍，药物治疗效果并不太明显，他由于连续受到挫折而不能自拔。

诊断分析

这两例中的患者都是儿童强迫症患者。前者实际上是一种强迫行为，陷

入数电线杆之中而不能自拔；后者是由于过分紧张和焦虑所导致的强迫性神经症，即神经性尿频。因此在该症的矫正时要根据病因和具体情况区别对待。

儿童抑郁症

儿童抑郁症是转发生在儿童时期以持续心境不愉快、情绪抑郁为主要特征，每次发病可持续数日或数周，可自行缓解，在间歇期无明显的精神异常。

儿童抑郁症的发病率约为0.5%—1%，女孩较多。其特点为情绪的持久抑郁、心境不佳，并常伴有自责自罪、易怒、易激惹、孤独、退缩及自暴自弃等，过于淡漠者，甚至出现自残、自杀、轻生念头和行为。也可有其他行为障碍，如多动、攻击、逃学、学习成绩不良及反社会行为等。也可合并有多种身体症状如疲乏无力、头昏头痛、心悸、胸闷、食欲低下、睡眠障碍等。

儿童抑郁可根据症状、病程长短分为急性、慢性和隐匿性三种类型。

本症多发生于少年期儿童。大多是由于强烈精神刺激所引起，发病急，表现为情绪低沉、悲伤哭泣、动作迟钝、少语、失眠和食欲减退等抑郁症状。一般持续时间短，恢复良好。此外，也有由于持久的精神因素，如因家庭生活事件，缺乏家庭温暖、父母不和或父母患抑郁症等因素的影响，而出现情绪不愉快，兴趣减少，退缩，不喜欢与别人交往活动，消极悲观，甚至企图自杀。

例一：感冒摧花

患者，女，12岁，独生子女，其父母都是知识分子，对她爱护备至，视若掌上明珠，抱有极高的期望。因此，她从小受到的教育要比别人多些，智力开发要比别人早些，真可称得上活泼可爱，聪明伶俐。上学后，学习成绩一直很好，每次考试都是优秀，全家人欢天喜地，乐不可支，为有这样的孩子而骄傲。

天有不测风云，正当父母高兴的时候，出了一件扫兴的事。六年级上学期中考试时，她患了重感冒。为了不耽误考试，仍来应试。由于身体不适，精神不振，再加上心情紧张，物理没考好，只得了61分。这给一贯成绩优秀的患者当头一棒，结果其它科的考试成绩也不好。沉重的打击，从此使她变得沉默寡言，悲观失望，精神萎靡，食量减少，逐渐怕见老师和同学，后来整天在家睡大觉、干脆不去上学家长开始不知底细，问她怎么了？她说不清楚，只是流眼泪。看到这种情况，以为孩子患了大病，急忙带孩子到医院进行检查，量体温、化验、胸透视等等，心肝肾肾等脏器，均未发现异常。

诊断分析

根据患者的表现，她实际上是患了意志行动障碍。也就是因失去了面子，心理压力过大，精神受到严重创伤的抑郁症。其原因是由于患者在一帆风顺、赞扬声中长大，再加上家长的过度期望和不适当的教育方式，使其意志薄弱，经不起一点挫折。因而患抑郁症也就不足为奇了。

儿童期情绪障碍除上述焦虑症等外，还有儿童癔病、儿童社交敏感性障碍等，由于篇幅关系这里就不作介绍了。

五、儿童多动症

儿童多动症又叫儿童多动综合征、注意缺陷多动障碍（ADHD），是儿童常见的一种以注意缺陷和活动过度为主要特征的行为障碍综合征。其症状一般在7岁前表现出来，典型年龄为3岁，8—10岁为发病高峰期，男孩多于女孩。患病率约为1.3%—15.87%。

儿童多动症的一般特点

1. 注意障碍 注意障碍是本症主要症状之一、表现与同年龄的儿童相比，有显著的过分注意力涣散，易受环境影响而分散注意，听课或做作业不能集中注意力，频繁地从一个活动转向另一个活动，有始无终。

2. 活动过多 大多数从小起就特别好动，入学后需要安静的场合下，表现显著的过度活动，小动作多，坐位扭动，不能遵守集体活动的秩序和纪律、扰乱别人。

3. 情绪不稳、任性冲动 往往表现为自我控制能力不足，易激惹或冲动，情绪不稳定，鲁莽行事，想干什么就干什么，不顾后果。有的因情感一时暴怒或惹事挑斗而发生严重后果。

4. 认知障碍、学习困难 多动症儿童大多数智力正常或接近正常，由于注意力不集中和多动而影响学习，造成学业不良。少数患儿伴有认知功能缺陷，主要表现为视-听或视-运动功能缺陷，以致产生阅读、拼音、书写、计算、临摹绘图作业以及分析图形等困难，或左右分辨不清、文字倒读、反写、左右写错等现象。同时是可表现动作技巧方面笨拙、不协调。

5. 行为问题、适应困难 本症患者常常不听从父母或老师的教导，并常有说谎、逃学、好打架、不讲礼貌、欺侮弱小、惹人讨厌、或有偷窃、离家出走等不良行为，因而适应困难，甚至被停学。

儿童多动症的发病原因

儿童多动症的发病原因目前还未阐明、可能与多种因素有关，是一个比较复杂的问题。就目前的研究和调查来看，遗传因素、代谢因素、社会心理因素等是导致儿童多动症的主要因素。如儿童父母嗜酒、酗酒、有瘕病史、近亲结婚；或出生前由于循环、代谢障碍、中毒或因其它原因造成胎儿损伤；或出生时轻微脑损伤（如异常分娩、窒息、颅内出血等）或因出生后早期颅脑损伤；或因锌、锰缺乏；铅、镉过多，特别是血铅高及铁营养状况不良；或因维生素缺乏或对某些食物过敏或因食品调味剂和添加色素过量；或家庭对儿童过分的娇纵、放任、无拘无束等，使儿童好动的天性蒙上一层放荡不羁、任性不束的

病例

例一：扰乱课堂的“小霸王”

患青，男，9岁。他自7岁上学以来，曾多次受到老师的批评和家长的打骂。原因是淘气，上课时不好好听讲，经常撕纸条、玩橡皮、小刀，在课桌上刻字、乱画，与周围同学讲话，揪女同学的辫子等等，有时还趁老师板书时无故下座位走动。为此，学校曾以影响正常教学和同学学习为由，停止他上课，并责令其在家复习和自学。家长对此极为恼火。学校每停一次课，父母总要打骂他一次。开始患青还哭喊，后来怎么打也不作声了，并逐渐产

生了对老师和家长的仇视，故意旷课、逃学，让家长生气。

在孩子越来越不听话的情况下，家长头晕脑胀，不知所措。他们心中只是着急：“我们可就这一个孩子、变坏了一切都完了，今后可怎么活呀！”

患者在年幼时还受过一定的心理挫伤。据其母亲介绍，患者在幼儿园时，因在班上分糖时多拿了一块，被老师罚过站；又有一次，他吵着喝水，影响了全班上课，气的老师狠拧他的耳朵。从此，他对老师反感，总是躲得远远的。上小学后，一开始还好，能认真学习，也比较听话。到了二年级，有一次上课时主动与邻座的学生说话，破坏了纪律，被老师没收了红领巾，从此怕抬头看老师，随之不遵守纪律的现象日益严重。由于家庭教育方法简单粗暴，孩子的问题不但没有解决，反而不良行为更加突出。

诊断分析

本案例中的患者实际上是一个比较典型的儿童多动症患者。由于幼年受到过一定的心理创伤，家庭的教育方法简单粗暴，又不善于引导和训练，结果使其养成盲目乱动的坏习惯，对任何活动都没有持久的兴趣，成为了一名儿童多动症患者。

儿童及少年期的特别症状

儿童及少年期的特别症状是指发生于儿童和少年期的一组由不同的病因所引起的生理功能障碍，常以一种突出的症状或一组症状为特征，其实质是儿童在儿童及少年期所产生的种种行为障碍。儿童及少年期的特别症状主要包括遗尿症、口吃、睡眠障碍、进食障碍等。

一、遗尿症

遗尿症是指5岁以上的儿童仍不能控制排尿、在日间或夜间反复出现不自主排尿者。该症在儿童中的发病率较高、男孩多见，尤多发生于5—6岁期间。

遗尿症的特点

儿童遗尿症一般分为两大类：一类称原发性遗尿，这类患儿从小到大大一直遗尿、无间断；另一类为继发性遗尿，是指患儿5岁以前已有半年以上不遗尿。5岁以后（一般在6—7岁）又再次出现遗尿。一般来说，与睡眠障碍有关的遗尿，绝大多数是属原发性遗尿症。遗尿一般是一种自愈症，随着年龄的增大遗尿自然消失，大多数在8岁以后就停止尿床。

所谓原发性遗尿症是指儿童膀胱括约肌的控制能力发育迟缓，或从婴儿期开始就未建立起排尿机制。几乎10%的这种儿童有身体疾病和精神障碍，如先天性膀胱括约肌发育不全、尿道炎、糖尿病、身体虚弱、营养不良、智能低下或癫痫发作等。继发性遗尿症是指儿童曾经形成过控制排尿的能力，但后来由于某种原因又出现不能控制排尿的情况。患这种遗尿症的儿童大部分都是由于精神紧张而引起的，同时还伴有情绪不稳、夜悸、梦游、言语障碍、多动症及其它行为问题和学习困难等症状。

儿童遗尿症的病因

儿童遗尿症的病因目前也未十分明确，可能与遗传因素、器质因素、精神心理因素等有密切的关系。

1. 遗传和疾病因素 大量研究和调查表明，患儿的父母中约有70%曾有遗尿史；脊柱裂及尿道狭窄等先天性疾病，部分后天疾病如泌尿系统感染、包皮过长、龟头炎、女阴炎、膀胱结石、肠道寄生虫病、糖尿病、慢性肾功能衰竭、尿崩症及智力低下的儿童，均可出现遗尿。

2. 精神心理因素 大部分儿童的遗尿症都是由于精神紧张（如受惊、环境突然改变、重大创伤、情绪焦虑、抑郁等）、过度劳累、睡眠过熟等因素所引起的。

3. 教养方式不当有的父母对孩子过分保护，担心孩子晚上起来撒尿会受惊、受凉，任其尿在床上，不进行排尿训练而形成尿床的习惯；还有的家长对孩子经常打骂训斥，使儿童形成一种压抑感、敌对感和紧张感而造成遗尿；还有的是由于家长训练排尿方法不正确、不适当的强化所引起的。

例一：他真是懒得上厕所吗

患儿，男，14岁，初中一年级学生。该生学习刻苦，成绩较好，处处表现好胜要强，深得老师的喜爱。但是，他在家中却经常受到母亲的呵斥训骂，心情极不痛快。有一天，患者因与父母顶嘴，挨了打，他一气之下，离家出走，几天未归。其父母非常着急，四处寻找，最后在民警的协助下，才把他从百货公司一个仓库中找回。

学校班主任对患者发生的问题感到惊讶，认为他在学校表现不错，为什么会发生问题呢？于是带着这个疑问，找患者的父母了解情况。患者的母亲，通过孩子的出走，深感自己的教育方法有问题，一直处在内疚之中，老师的来访，给了她说心里话的机会。她用自责的口气介绍了情况。原来，患者14

岁了还有尿床习惯，母亲认定他是懒得上厕所，因此经常打骂他。可是这样做，还是解决不了孩子尿床的问题。于是，他的母亲竟然想出了新招，在他每次尿床后，即把床单和被褥高悬在阳台上，让放学路过的同学都看见，以此对他进行刺激，施加压力，整治他的尿床。患者为了维护自己的面子，每天放学后都要跑步赶回家，将晾晒的床单和褥子拿到屋里，以免被同学看见。由于经常尿床，怎么也教育不过来，使其父母非常发愁，心情也不好，经常对孩子耍态度，使性子，缺乏感情沟通。这样，也就使患者增加了思想负担，一进家门就心情紧张，情绪低落，到了晚上情况就更加严重。

诊断分析

这个案例是患儿因有遗尿症，在其母亲对其讥笑、羞辱、责骂甚至对外宣扬，让其出丑等不当教育方式下，严重挫伤了患儿的自尊心，产生了强烈的自卑感和不满情绪，结果不但没有治愈其遗尿症。相反加重了病情，使其遗尿一直持续到 14 岁。可见，儿童的心理因素及家庭的教育方式是否得当对儿童遗尿症有着重要的影响。

二、口吃

口吃欲俗称结巴，是儿童期常见的语言节律障碍的一种类型。表现为频繁发生不自主的言语重复、发音延长或停止。口吃现象大多发生在2—4岁左右，约有10%的儿童曾一度发生过口吃，男孩比女孩多约4倍。

口吃的一般特点

口吃表现为说话时声音不自主的、重复延长或阻滞而不流利，常发生中断、停顿、阻塞、重复，常表现重复第一个词或第一句话。在说话时，对开头的一个字的发音感到特别困难，给人一种非常吃力的感觉。有的患者在说话时还伴有挤眼、面部歪斜、唇颌颤抖、歪脖子、摇头晃脑、踏脚等症状。口吃患儿还常伴有胆小、自卑、孤僻或其它情绪障碍。一般来讲，随着年龄的增长，口吃现象可逐渐消失。但有部分患儿持久口吃成为慢性言语节律障碍。

口吃的发病原因

口吃的原因目前尚不十分清楚。综合各种研究报道有以下几方面的原因：

1. 遗传因素 口吃与遗传、大脑两半球优势或某种功能障碍有关，与语言神经末梢缺陷有关。口吃患者的家族常有口吃病史。

2. 心理因素大量事实表明，儿童口吃是儿童受惊、被严厉斥责、惩罚、嘲笑、环境突然发生变化、父母双亡或离异、家庭不和睦等情境下引起的恐惧、焦虑情绪的结果。

3. 生理疾病 如与发音、对语言理解甚至读书写字有密切关系的神经系统发生障碍；如儿童脑部感染、头部受伤以及百日咳、麻疹、猩红热等传染病后等都易引起口吃。

4. 模仿和暗示 儿童期正是学习和掌握语言的关键时期，儿童的心理特点之一是模仿性强和易受暗示。儿童由于好奇、顽皮去模仿口吃患者的语言，也易形成口吃。

病例

例一：半天蹦不出一个字

患者，男，8岁。4岁时邻居家一个口吃患者，一说话就脸红脖子粗，说了半天一个字也蹦不出来。患儿觉得很好玩，经常给家里人模仿，结果不知不觉自己也成了一名结巴。起先其父母也没有在意，后来见孩子真成了结巴便着急起来，孩子一结巴就是一顿训斥和恐吓，结果孩子更结巴了，一直到了8岁也不见好转，其父母甚是着急。

诊断分析

本案例患儿的口吃纯粹是由于模仿而引起的。其父母不正确的教育方式不但没有使患儿的口吃得到改善，相反更加重了症状。很显然患儿经常处于紧张、焦虑之中，这是患儿口吃的根本原因。

三、睡眠障碍

足够的睡眠和良好的睡眠习惯对儿童的身心健康有着重要的影响。儿童睡眠需要的时间与年龄因素密切相关。新生儿大部分时间都在睡眠；2—3岁儿童每天需要睡眠总时间为10—16个小时；8—12岁需10—12个小时；14—16岁需要8—9个小时。

不管什么原因所引起的睡眠数量减少，质量下降，或时序的紊乱等问题，都被称为睡眠障碍。儿童期可能发生多种形式的睡眠障碍。最常见的有睡眠不安、入睡困难、夜惊、梦游、梦魇等。

儿童期常见的睡眠障碍及其表现特征

(1) 睡眠不安和入睡困难：多见于婴幼儿，睡眠时经常翻动、手脚或全身跳动、重复刻板地摇头、无故哭闹、磨牙、讲梦话等。入睡困难小儿常要大人抱着走动，不愿上床，不能入睡或浅睡、早醒等。

(2) 夜惊：常见于2—5岁儿童，通常在入睡后15—30分钟发作，主要表现为在睡眠中突然尖叫、哭闹、表情惊恐，眼直视或紧闭，手足乱动，呼吸急促，心跳增快，出汗，瞳孔散大。每次夜惊发作可持续1—10分钟，发作后可再入睡，醒后完全遗忘。多数儿童的夜惊可逐渐自行消失。

(3) 梦游症：较为常见，以儿童及男性为多见。部分患儿有家族遗传史，往往伴有夜间遗尿。主要表现为反复多次在入睡后1/2~2小时熟睡中突然坐起或起床，在意识朦胧不清情况下进行某些活动，如东抚西摸，徘徊走动或游戏活动，目光呆滞，动作笨拙，呼唤不易醒。每次发作可持续数分钟至半个小时而后又可入睡，事后完全遗忘。引起儿童睡眠障碍的原因

1. 身体因素 如身体疾病、疼痛或不舒服等均可引起儿童睡眠障碍。

2. 养育方式不当 儿童睡眠习惯不良、睡眠时间不规则、睡前活动过度、家长对待儿童错误采用恐吓、威胁等消极的教育方式责罚儿童，均会影响儿童睡眠。

3. 精神因素 家庭生活事件、过度惊吓、过度兴奋或学习负担过重等都可引起儿童精神高度紧张、焦虑、恐惧而产生睡眠障碍。

4. 环境因素如住宿环境过于吵闹、噪音或室内空气污浊、闷热或过于寒冷等的影响。

病例

例一：梦游患儿

患者，男，10岁。一天，由于其父亲工作加班半夜才回到家里，发现患者睡着睡着突然睁眼凝视起坐，走到水房将水龙头打开。其父非常奇怪，不知患儿要干什么，便问他话。患儿好象什么也没听出，放了一会儿水后，便径直回到床上继续睡起觉来。第二天其父亲寻问他昨天晚上为什么要到水房去放水，患儿一口否认，说绝无此事。此后，患儿的父母特别对患儿加以留意，发现患儿睡后不久，便起来做一些古怪的事情，然后回到床上接着蒙头大睡。到医院一检查，被诊断为夜游症。

诊断分析

该患儿的确是一个梦游症患者。梦游症是一种儿童期的睡眠障碍，在儿童期发生率较高，一般5—12岁儿童中约有15%的儿童有过这种现象。其中

1%—6%的儿童有持久的梦游，一般到青春期就消失了。其发生率男孩多于女孩，与夜惊可能同时发生，睡醒后对发作经过常完全遗忘。

四、进食障碍

进食障碍主要是由于心理情绪等因素所造成的进食异常。它包括神经性厌食、贪食症、异食癖等，其病程至少持续一个月，同时体重减轻或体重不增。

儿童进食障碍的一般特点

1. 神经性厌食症 表现为儿童长期厌食，对食物不感兴趣，缺乏食欲，食量小，经常回避或拒绝进食。如果强迫，则立刻引起呕吐。它是一种由患者自己有意造成体重明显下降到正常生理标准体重之下，并极力维持这种状态的心理生理障碍。一般地，婴儿较少有厌食行为，幼儿则经常表现出不主动或不好好吃饭的行为。13—25岁青少年发病较多，而且主要是女性，男女比例约为1：9.5。

2. 贪食症 表现为周期性贪吃，进食量很大，吃得很快，进食时常避开别人，并常为自己的贪吃行为而后悔自责，甚至情绪抑郁，因而在贪食的间歇期又常采用减肥或控制饮食等措施，因而体重常有波动。

3. 异食癖 多发生于学前儿童，男多于女。主要表现为经常咬吃一些无营养的非食物性东西，如墙壁灰泥、砂土、小石子、油漆、毛发、炭末等，也可见咬吃玩具、纸张、衣服、野草等。由于吞食异物或污物，常可造成相应的并发症，如肠道感染、肠梗阻、贫血或营养不良等。

儿童进食障碍的病因

引起儿童进食障碍的因素较多，综合起来有以下几点：

1. 生理因素。 遗传因素。患儿的家族中，尤其是其兄弟姐妹及父母中也常有进食障碍史。 下丘脑功能异常。下丘脑位于大脑皮层下，是负责调节情绪、控制进食及内分泌调节的中枢。进食障碍患者存在着明显的下丘脑功能异常的表现，如月经紊乱或闭经、血液中甲状腺素水平异常、食欲或进食量异常、情绪异常等。

2. 社会心理因素。有些儿童为了“苗条”有意识地控制自己的食欲，长期不好好进食，使体重明显下降，重者还伴有低血压、缓脉、下肢浮肿、皮肤干裂脱屑、头发发脆易掉等现象；有的患者在控制饮食后又控制不了自己，结果又大量进食，造成体重明显上升。

3. 喂养方式了当，对新环境不适应。如家长一味地迁就孩子。爱吃什么买什么，无限量地喂食，致使孩子出现进食障碍；当儿童离开父母而到一个新的陌生环境时，如上幼儿园或其它新的环境，也易造成儿童进食异常；儿童喜欢什么东西都往嘴里塞，此时若无人照顾、制止，任其发展。便形成不良习惯，出现进食障碍。此外，儿童进食障碍还与儿童体内缺乏某种营养物质有关，如缺铁、缺锌等。

病例

例一：清水白菜作食粮

患者，女，18岁，高中生。身高1.56米，体重29公斤、极度消瘦，全身皮肤干燥无光泽，毛发稀少，双下肢重度可凹性水肿。患者婴幼儿期无特殊。自幼爱吃零食，任性。无精神病家族史，曾患肝炎已愈。87年夏考入职业高中心中不快，年底患者明显消瘦且闭经，88年寒假回家不与家人共餐，

自用清水煮白菜叶充饥，每日三餐前加大运动量且回避进食，体重由原 92 斤降至 65 斤，88 年 3 月极度衰弱，全身浮肿。

例二：暴食诱吐的少女

患者，女，19 岁，大学一年级学生。患者婴幼儿期正常，自幼好吃零食，任性、爱美、娇惯。13 岁月经初潮，体格健壮，多项体育达标。无精神病家族史。

患者 15 岁（1984 年）因羞于青春期发育，怕乳房、臀部突出，经常不吃饮，每天仅食 3~4 支果丹皮或一瓶酸奶，2~3 个月后，体重由原 110 斤减至 86 斤，半年后开始脱发、闭经。1985 年春起饭后饭水即自行诱吐，病人认为这样既解馋又下发胖。1986 年上大学时。在校常不吃饭，回家则暴食后自我诱吐。1987 年因肢麻、记忆下降、贫血曾住院治疗 21 天，病好出院。1988 年初贪食症状加重，常趁家人不在偷食大量鱼、肉、水果，食后诱吐。同时伴有情绪低落，常觉得“活着没意思”。

例三：“吃泥人”的小男孩

患者，男，10 岁，生于我国西南乡村某农家，好动而顽皮。3 岁起就经常一个人外出找小伙伴玩耍，4 岁时开始喜欢玩弄泥土，捏小泥人。一年后，虽然没人教，可他捏出的泥人却很像样，周围许多小朋友向他要，却很少得到。每次捏完小泥人后就独自离去，父母多次发现他回家时嘴边有泥痕，以为他是不留心粘上的，也没在意。

一天，患者的堂兄来他家作客，看见他捏小泥人很好玩，就向他要一个，他不肯，两人发生争执后，患者独自离去。堂兄为了要得到小泥人就悄悄尾随着，到了一片竹林处，见患者鬼鬼祟祟地钻进去。拿着小泥人玩了一会儿就往嘴里塞。他堂兄急了，跑过来说：“你不能吃泥人，很脏的。”他先是一惊，后马上还嘴道：“不用你管。”堂兄回家后把这件事告诉了患者的父亲。在父亲面前他承认吃过小泥人。说是肚子饿了才吃的，其父训斥道：“肚子饿了就回来吃饭，不准吃泥土。”他当时便认了错。可在以后的半年里，有好几位小朋友发现他还偷吃小泥人。虽然其父母多次教训甚至打他，可他吃泥人的行为屡教不改。

例四：泥土不是巧克力

患儿，6 岁，男，足月顺产，母乳喂养至 12 个月，14 个月学会走路。从小较顽皮，好动，无其他异常行为，无重大疾病史。患儿在 4~5 岁时，常与其他小朋友在室外用泥土捏小泥人玩。回家时，嘴边常有泥痕，家人未予注意。后其小伙伴告诉患儿父母，说他在玩的时候常将小泥人吃掉。后经父母询问，患儿承认一开始是好奇地尝了尝，后发现泥土像巧克力，但不及巧克力好吃。患儿吞服泥土已一年，他平时不喜欢吃蔬菜，零食中特别喜欢巧克力制品。

诊断分析

例一、例二是两例典型的神经性厌食症患者。这两位患者由于突病及心

理原因而控制自己的饮食，结果造成进食障碍。例 2 患者先由厌食症进而转变成贪食症，造成了极重的心理负担，甚至想轻生。例三、例四是两例典型的异食癖患者，以吃泥人为乐。造成该症的原因与患者母亲早期抚养习惯及缺乏教育有关。

第九章 老年期心理障碍及典型病例

俗话说：“人活七十古来稀”，这已成为人类的历史。随着社会的进步，特别是医学、心理学的发展，人的寿命正在逐渐延长，人口中老年人的比率也随之增加。世界许多发达国家，预计年龄在 65 岁以上的老人将会占社会总人口的 1/5 以上。中国是世界上拥有老年人口最多的国家，目前正以发展中国家人口老化最快的速度向 2000 年老年型社会迈进。据联合国预测，到 2000 年，我国 60 岁以上的老年人将占总人口的 11%。老龄问题将成为 21 世纪中国人口的主要问题。社会人口的老龄化，使年老过程的心理学问题和老年人心理健康问题成为当今社会的一大课题。

人的老年期是指哪一个年龄阶段呢？一般来说，无论男女，年龄在 60 岁以上为老年期，老年期是人生发展的最后一个阶段。

老年人的心理变化

衡量一个人是否进入老年，一般从实足年龄、社会标准（即退休年龄）和心理变化等三个方面来加以综合评定。随着年龄的增高，人的身体各方面的功能正在逐渐退化，新陈代谢延缓，器官结构老化。机能活动下降，脑组织也发生衰老，由此对环境变化的适应能力也在减退。尤其是老年人在退休以后，社会地位发生了重大改变，经济收入、社交活动、家庭关系等也发生了变化，需要老年人有一个再适应的过程。根据对老年医学的大量研究，预防和延缓衰老是完全有可能的。让老年人生活得更愉快、更健康，就必须重视和做好老年人的心理卫生工作。

老年人有其独特的心理变化。其心理既受身体功能退化的影响，又与其所处的社会环境密切相关。有的是原有性格特点的进一步发展，因其逐渐改变而未被人们注意，直到到了严重反常的阶段才被其家人所重视，但往往已经迟了。因此，了解和关注老年人的心理变化，谋求老年人的高水平的、全面的健康，使老年人在辛劳一辈子后能愉快舒畅、安享晚年，具有重要的现实意义的。

一、老年人的心理特征

生理机能衰退，情绪易波动，疾病增加，致使心理功能老化

人到中年，衰退已经出现。到了老年，衰退现象尤甚。进入老年后，首先是体态和外型发生了变化。脸上爬满了皱纹，头发花白甚至满头银丝，胡须皆白。落发加剧。牙齿也日渐脱落。这是因为年老体迈、肝肾不足、精血亏耗等所致。

其次，情绪不稳。随着衰老，脑动脉逐渐硬化并伴有脑神经细胞老化脱落，调节机能减退，自我控制能力差，情绪容易波动。其情绪激动程度与所遇到的不随心事件的严重程度并不相对应，易出现焦虑抑郁反应，兴趣日益减少而只注意自身健康方面的变化。容易怀旧，喜欢谈论过去的情境，常固守以往的生活习惯而不愿作细微的改变，有僵化、粘滞与固执的特点。

第三，内脏器官细胞数量的减少和脏器的萎缩等，会出现脑、运动、消化、内分泌功能等方面的生理机制老化，出现脑血管病症、骨质疏松易折、慢性胃炎、肝病等。

第四，随着衰老，全身各种细胞会不断损失与功能减退，贮备能力降低，适应能力减弱。

老年人的所有这些生理变化，使得感官衰退，智力以不同的速度下降，思维迟缓，学习和创造性思维能力减退，记忆障碍，言语准确性低，心理平衡能力减弱，情绪不稳，易伤感和激动，忧郁悲观，力不从心。

健忘、罗唆、猜疑、妒嫉

随着衰老，老年人的智力逐渐减退，但其严重程度差异很大，并且与心理因素密切相关。有的因自信心不足，自认为有减退，而实际上并不严重。老年人主要是记忆和计算能力下降，而词汇和一般常识并不受很大的影响。记忆减退常以近事遗忘为主，刚做过的事或讲过的话就记不起来，以致于经常找东西甚至怀疑被偷窃而随意谴责他人。由于远事记忆衰退不明显，所以常唠叨往事，留恋过去、讲话罗唆重复，而对新事物不容易接受。

进入了老年期，由于身心变化容易产生“衰老感”，常对自身的健康状况过度关心。这类关心常因某些主观感觉而加强，引起焦虑不安，到处求医。虽有许多不适主诉，但又谈不出确切的症状特点而成为疑病倾向。又由于自尊心的明显增高，对周围人产生不信任感，常计较他人的言语举动，猜疑对方畸有恶意。随着判断和理解能力的下降，常使一些想法变得突出而顽固，严重的可发展成为妄想。有的气量变得狭小，计较琐碎小事，容易生气，见到他人健康幸福而产生妒嫉心理。

生活环境的变化使老年人的心境面临着新的适应

老年人离开数十年辛勤劳动的环境，往往会产生诸多的感慨，并常因工作的解除、生活的清闲而感到空虚，因余力无处发挥而感到惆怅，因离开工作集体而形成一种疏远感。老年人的家庭生活环境也发生了变化。或子女独立门户，或丧偶而成为鳏夫寡妇，或老年丧等而生了孤独感。老年人还常因生活能力下降，社交圈子缩小及失去同伴而产生沮丧感。凡此种种，新的生活，要求老年人进行新的适应。

长年积累使老年人的习惯心理、个性独具特点

由于长年累月的生活与工作习惯，使老年人的习惯心理十分巩固；几十年的社会实践，使得老年人的个性心理特征更加明显。他们的兴趣、爱好、

脾气秉性、性格等具有突出的个性化。他们总是顽固地坚持自己的习惯、观点和爱好，不赞成别人的意见和看法，更无法轻易改变。由于习惯心理、定型个性而对一切变化和新事物总是惴惴不安，极力反对，盲目排斥。由于不自觉地坚持自我中心和自我防卫态度，因而对什么都表示怀疑，固执地想保护自己而采取利己的方法和态度，优先考虑自己。有的甚至由怀疑发展到妄想，总以为别人要谋财害命，以致于心神不安；也有的因此变得抑郁或悲伤，甚至自杀。

二、老年期常见的心理问题及真特点

老年期常见的心理问题

一般来讲，人们在进入老年期后，大致都需要经历四个阶段，即角色交换阶段、适应阶段、重新计划人生阶段和稳定阶段。老年人在经历这四个阶段过程中，随着生理和心理的逐渐老化，出现了许多心理问题。

1. 社会角色变化导致的心理不适老年人一般都退休在家。老年人退休后往往需要四个阶段才能稳定下来。第一个阶段是期待期，自愿退休的老人常常以积极的态度等待退休，而不愿意者则心情十分矛盾。前者多已在工作中充分获得了满足，找到了自我价值或工作厌倦了；而后者却是在担心丧失工作导致社会地位的改变而失去现存的一切；第二个阶段是退休期，指正式退休那一天，有的想得十分可怕，有的却按捺不收内心的喜悦；第三个阶段是适应期、刚队熟悉的环境中退到狭小的家庭圈子里，生活内容和生活的节律都发生了很大的变化。这时，有的老年人产生了烦躁、抑郁情绪，感到无所事事，无所适从；第四个阶段是稳定期，老人在经历了一段时间的痛苦经历后，认识到了自己目前的状况，渐渐习惯下来把注意力移到家庭圈子里。

2. 家庭和家庭成员关系导致的心理不适退休后的老人主要生活范围是家庭。家庭的结构、家庭成员彼此间的关系及老人在家庭中的地位等都时刻深刻地影响着老人的生活及其心理健康。

(1) 夫妻关系。老年人夫妇间的恩爱程度、是否有丧失、能否再婚及再婚后的夫妻的关系等都对老年人的心理产生重大的影响。

(2) 两代之间的关系。由于社会文化的影响，老年人与其子女间的关系休戚相关。很多老年人为了子女操心劳神，直至心力交瘁；晚年丧子或子女患病等都会对老年人产生重要的精神刺激，常给老人带来极大的痛苦。

(3) 祖孙间的关系。按照传统的家庭观念，很多老年人都把希望寄托在孙辈身上。但由于文化背景等的差异，在教育方式上很容易与子女们发生分歧。有些老人看不惯孙辈们的骄生惯养，往往产生不快情绪。

3. 衰老、疾病及其心理反应(1) 衰老与老年人的心理反应。随着年龄的增长，视力下降、听觉迟钝、动作反应缓慢、与社会接触减少。所有这些衰老变化都可能引起老年人情绪上的焦虑、抑郁和孤独感。

(2) 疾病对老年人心理的影响。有的疾病能直接影响老年人的心理机能。如患脑动脉硬化症，由于脑组织供血不足，能引起老年人记忆减退，严重的甚至造成痴呆。有些高血压、冠心病等患者常出现心情急躁不安；有的疾病常会间接影响老年人的心理机能。有些老人由于长期患病，甚至卧床不起，生活不能自理，便觉得成为他人的累赘，感觉到前途无望、心情焦虑、抑郁。

老年期心理问题的特点

老年期心理问题具有以下特点：

第一，导致老年期心理问题的原因不是单一的，而是多原因、复杂的。

第二，随着年龄的增长，神经细胞开始萎缩和减少，常容易发生与生理老化有关的心理问题。老年期的精神障碍大多直接或间接与其脑的老化有关。

第三，老年期的心理问题与其身体状况密切相关。在感冒、感染、骨折、身体衰弱时，老年人特别容易并发痴呆症状，并伴随着忧郁状态，食欲也明

显减退。

第四，环境因素对老年人心理问题影响很大。一则老年人心理问题的产生与环境关系很大，很容易受环境影响而出现问题，如老年疑病症、忧郁症等都与环境有关；一则老年人在治疗时环境的调整、精神治疗、音乐疗法以及作业疗法等都可从不同的角度医治心灵上的创伤，有时还会收到意想不到的效果。

第五，老年期疾病的不典型性和变动性。病因的复杂性导致了病情的复杂性，有时难以在短时间内做出完全正确的判断。如在忧郁状态下，老年人不像青年人患忧郁症那样动作少、忧郁感明显，多数老年人能够充分讲述自己的症状，忧郁感不重。

老年期的功能性精神障碍

老年期产生的精神障碍并非都是器质性的，随着平均寿命的延长，各类常见的功能性精神障碍均可出现在老年期。

功能性精神障碍是指那些并非由大脑生理病变引起的意识方面的障碍，大多发生在老年前期。许多老年期功能性精神障碍都是早年发病而迁延到老年期，如慢性精神分裂症虽长期患病，但在良好的医疗照顾下仍可维持生命。

一般来说，老年期功能性精神障碍主要有抑郁症、神经症、偏执症等。

一、老年期抑郁症

抑郁状态是老年人常见的情绪反应。抑郁症是指情绪沮丧、忧郁、思维迟钝、心理活动缓慢的综合征。患者可有妄想、焦虑、激动、注意力不集中、失眠、食欲不振、体重下降、怀疑等症状。抑郁症在各个阶段都存在，但老年期尤为突出。

老年期抑郁症主要是由于衰老所致的社会适应能力下降，可因遭受配偶丧失、离退休、身体疾病、伤残、孤独以及社会角色作用的改变等因素的应激下，产生适应不良而产生抑郁症，也可能为情感性精神病在老年期首次发作。百无聊赖、食欲、性欲下降、体重减轻；伴有疑病、虚无和妄想；突出的睡眠障碍和躯体症状等等都可使抑郁症状加重。

老年期抑郁症的一般特点

老年期抑郁症的早期症状可有躯体不适，如头痛、失眠、早醒、食欲下降和便秘等。多数患者对便秘十分重视，常为此纠缠不休。有时可出现疑病观念，到处求医唯恐身患不治之症。躯体检查可发现血压不稳、脉速、唾液分泌减少、尿少、血糖轻度升高、糖耐量降低等。接着出现情绪低落、精神萎靡、缺乏耐心、容易烦恼和激怒、注意不易集中，决断能力下降，自信心减退，回忆往事感到自责自卑，对前途感到困难重重，消极厌世，不愿见人，兴趣索然，食欲全无、体重明显下降、有度日如年之感，甚至出现自杀意念和行动。有的患者表现为焦虑不安，不住唉声叹气，搓手顿足，严重时可出现撞头、咬手等自伤行为，称为激越性忧郁症。有的呆滞少动，生活不能自理，记忆智能明显下降，但当忧郁症状好转后，上述症状也可消失，故称为“假性痴呆”，此外尚可伴有贫穷妄想、罪恶妄想、疑病妄想等。老年期首次发作的忧郁症，其病程持续时间比年轻患者为长。

综上所述，老年期抑郁症的表现形式具有如下特点：

第一，老年期抑郁症中。反应性（即外因性）的成分增加。那些看得见的丧失，如家庭成员的死亡、经济的崩溃、意外的灾害等都能成为诱发抑郁症的外在因素。

第二，老年期抑郁症具有不同于抑郁症一般症状的特殊特征。其主要为：

1. 焦虑、不安的感觉十分强烈；
2. 多伴有顽固的疑病症。患者常成天叫嚷有病，其中叫嚷消化系统有病的最多，达 32%，并常伴有自杀企图；
3. 多伴有妄想症，他们常表现出强烈的罪责妄想、疑病妄想、追踪妄想等；
4. 多具有假性抑郁症形式；
5. 容易导致全身性身体官能的衰退，并能产生并发症；
6. 有的还会呈现出假性痴呆症状。

病因

老年期抑郁症是一种情感性精神疾病，其发病原因错综复杂。归纳起来主要生理、社会、心理三方面。

1. 生理因素（1）遗传的影响 大量研究表明，抑郁症的家族成员的患病率远远高于一般人群；亲缘关系越近，患病率越高；抑郁症患者的子女的患病率高达 68.1%；

（2）躯体疾病的影响 患有严重躯体疾病者，主观上往往把疾病看得太

重，从而形成一种强大的精神压力而诱发抑郁；

(3) 衰老的影响我们常常可以听到这样的叹息：“唉，我真是没有用，老是丢三忘四，有时在街上碰见十分熟悉的人，竟叫不出他的名字来。”这种现象在各种年龄阶段都存在，通常人们戏称为“思维短路”，而老年期由于脑的老化，记忆力下降，这种现象更为普遍，多数老人视之为不中用的表现，因而闷闷不乐。另外，老年人易生疾病也给老人带来不快，他们担心成为子女或者社会的“累赘”，总是对自己的身体状况忧心忡忡、害怕染上某种疾病。

2. 社会因素社会因素主要是老年人的“丧失”而诱发抑郁症。在这里，“丧失”是指两层意思，一是角色的改变导致的心理反应。从原来熟悉的工作环境退下来后，尽管有一些满足感，然而，多数老人在内心里是无法立即接受的。因为失去工作便失去了他人的关注。便失去了与工友的沟通，心理便失去平衡。二是配偶的丧失。据有关文献报道，有人曾对 4489 名 55 岁以上的丧妻者进行为时 9 年的调查，发现 5% (213 人) 在丧妻后半年内相继去世，半年内丧妻者的死亡率比未丧妻者同龄者高 40%。这主要是丧妻后，老人整天沉浸在悲痛之中，少语、孤独、叹息伴随老人度过余生。

3. 心理因素老年期常被视为丧失期，失去了工作，逐步降低了社会地位；丧失了健壮的体魄，身体和神经系统活动能力不断下降等严重影响到一系列的心理因素。

(1) 消极的情绪，随着年龄的增长，老年人对外界的适应越来越感到力不从心，消极的情绪便会越来越多地出现。在强烈而又持续的消极情绪下，老年人的生理和心理功能都受到了很大的扰乱，从而使神经系统失调，内分泌系统紊乱而导致精神抑郁；

(2) 挫折的情境：老年期导致挫折的因素增加，而挫折往往会引起老年人的一些消极的行为反应，如攻击行为、倒退和幼稚行为、冷漠等。这些消极行为反应容易造成老年人消极情绪的恶性循环，以至出现精神障碍；

(3) 动机的消沉：进入老年，加之离退休，习惯了的行为方式产生了很大的变化，在以往生活、工作、学习中的动机大多失去外界激励因素，从而逐渐消失。由于许多动机的消失，使老年人的生活变得枯燥、乏味，毫无生机，许多不良心理、生理因素便在这样的生活状态中滋生、发展。

病例

例一：悲观失望催人老

患者，男，62 岁，职业为医生。他是一年前由部队医院转业到地方医院工作的。由于环境的变化，他感到每日病人多、病情复杂，工作起来比较吃力。后来因工作问题和同事发生争吵，他认为同事都瞧不起他，觉得有人还背着他在领导面前说他的坏话，看到别人谈话也认为是在议论他，甚至怀疑有人要害他。以致每晚脑子老想事，不能入睡，以后逐渐出现头痛、头晕、心慌、身上发热、口苦口干、不思饮食、便秘等。现在病情越来越严重，每晚不论服多少安眠药也只能睡一两小时。但他又认为服安眠药会杀死白血球，自己活不长了。为此，整天忧愁不已，悲观失望，看不到前途，一意思自杀。尽管他是医生，但自己却无法解除自己的痛苦，还闹得全家不安宁。

例二：离休后的失落

患者，男，67岁，离休在家，丧偶。离休前为某单位领导。离休回家后便变得郁郁寡欢，一见到人他总是大谈他过去如何如何的辉煌，后来他总是反复地谈论这一段，人们便不爱听了，他便显得更失落，情绪更低沉了。慢慢地，饭也吃得少了，并常常失眠。去年他感到身体特别不适，便到医院去检查，结果被查出有高血压、冠心病。恰好在检查时听别人议论某某得冠心病突然死去了，回家后便陷入对死亡的恐惧之中，总觉得自己不知哪一天会突然死去，就变十分古怪起来，脑子总不自觉地就想到死人，于是更闷闷不乐、焦虑不安，甚至莫名其妙地悲伤哭泣起来。诊断分析

这两例都是老年期抑郁症案例。例一患者由于多疑使自己陷入抑郁状态之中；例二患者由于离休的失落和疾病的疑虑使自己陷入情绪低落之中。这两例患者的自我意识和自我控制水平已经很低，甚至正陷入孤独、悲观、厌世的阴影之中，因此他们非常需要进行生活环境的调整和及时的心理治疗。

二、老年期神经症

老年期神经症也是一种比较常见的老年期功能性精神障碍。据我国有关方面的调查和国外有关资料介绍，老年期神经症一般并非初发病，多数在青年期患过此病一直延续到老年期或是复发型患者为多。老年神经症大多为不安状态、忧郁状态、疑病状态及其混合型。老年人中，抑郁性神经症发病率很高，表现为抑郁感强、食欲不振、头重、便秘、失眠；由于老年人身体机能降低，“今朝镜中逢，惟悴如枯荷”。由于对保持健康有过多的不安及思想压抑，因而老年人神经症中疑病型的最多，并常与不安、焦虑和抑郁等情感障碍相结合。

老年期神经症主要有抑郁神经症、焦虑神经症、疑病症等。由于抑郁症上面已经详细阐述，这里主要介绍焦虑症和疑病症。

老年期神经症的一般特点

老年期神经症的主要表现力精神疲乏感，易激惹，睡眠障碍，食欲减退，焦虑紧张及各类不适体诉等。有的辽常伴有忧郁情绪，但大多继发于对疾病的忧虑。还可表现为类似内脏腐烂的诸种疑病妄想，殊不知“怕病病缠身，怕死死更速”。

1. 焦虑性神经症其表现各式各样。有的只觉得无缘无故地焦虑不安；有的时时刻刻都感觉紧张、焦虑、其不安状态似乎已经普遍化；有的长期经受焦虑、紧张的折磨，甚至引起躯体性反应，如头痛、心惊跳、四肢发冷等。

2. 疑病症有的患者虽身体健康，但一看到同龄好友生病或病逝后，也觉得自己身上这痛那痛，顽固地认为自己也患了某种疾病，虽经检查未发现异常，自己仍不能消除疑虑，由此产生恐惧、悲哀等消极情绪。

病因

老年期神经症主要是由于适应能力减弱，面对社会心理应激因素所产生的不适应所造成的。

1. 焦虑性神经症（1）因担心社会角色的改变会影响晚年生活而焦虑不安。这些老年人多半是工作比较顺利，经常得到周围人的关心、照顾，或者是工作岗位的特殊性使其有一种得天独厚的优势，看到其他先退休的老人因丧失而面临的处境，便联想到自己而担心未来的生活，因此，临退休就出现了一个“退休期”的复杂心情。

（2）害怕生病而忧心忡忡。由于老年人身体衰老，抵抗力下降，收入降低，就连生疮害病这一自然现象也成为老年人的一大心病：他们担心自己因生病而成为子女的“包袱”，从而影响与子女的关系，因此，老人对自身健康状况常常关注过分，表现出疑病行为。

（3）害怕孤独与死亡。每一个人都希望能够活得长久些，特别是老年人，但是由于上述原因并且看到同龄朋友特别是配偶的丧失，悲观、失望感越来越强烈，似乎有“风烛残年”之感，因而焦虑不安，生活没有意义，或者消极打发日子，或者想了结人生。

2. 疑病症（1）面对身体素质的每况愈下，有些老年人总要求自己的身体状况像年轻时一样旺盛和强壮，对那些生理性衰老、健康状况的“自然滑坡”认识不够，而对一些慢性疾病又未引起足够的重视、病情明显了才意识到，并由此产生恐病心理。

（2）敏感多疑：老年人往往多思善虑，常把自己身上的不适与医学科普

等上文章所述的种种疾病“对号入座”，并自以为是而表现出高度的敏感、关切、紧张和恐惧。

(3) 环境的刺激：老年人经常去医院探望病人或参加追悼会，看到别人的疾患与去逝，总觉得别人的今天就是自己的明天，常怀疑自己患病，惶惶不可终日。此外，老年人患慢性病者较多，家庭中的环境、气氛不和谐、劣性刺激及周围入群对自己病情的反应，哪怕一句话、一个动作、一个表情，都会引起病人惶惶不安而产生恐病情绪。

病例

例一：紧张不安的老姬

患者、女，60岁。诉说自己得了“古怪病”，痛不欲生。其症状是：整天烦躁、焦虑不安、紧张、恐惧。经常心跳、头晕、胸闷、心神不定、坐立不安，似有“大难临头”之感。一有小的声响和刺激，便吓得全身发抖、肌肉抽动。因此一个人不敢上街。她心胸狭窄，往往因芝麻绿豆大的事而大发脾气，自己无法控制。她四处求医，检查过心电图、脑电图，均未发现异常，这使她有苦难言。有时心情忧郁、绝望，很想自杀，但又舍不得自己的家、自己的丈夫和孩子。经常想哭，但欲哭无泪。这种痛苦折磨了她30余年。

例二：疑病的老汉

患者，男，61岁，农民，患者平时非常胆小、怕事、敏感、多疑、情绪不稳，常患得患失。有一次因酗酒睡了一晚，第二天起床后发现双眼布满血丝。从此以后，他便特别注意自己的眼睛，对比躺下及起来后眼球结膜的小血管，总觉得似乎躺下后明显增多，于是怀疑得了怪病，终日紧张、焦虑和惶惶不安，甚至发现喉部有阻塞感，到各大医院看了5年多，始终无法好转，花去5000多元钱。经许多医生，包括眼科医生检查和化验，全身和眼睛均无异常，但总放心不下，痛苦万分。

诊断分析

这是两例老年期神经症案例。例一是焦虑神经症患者，例二是疑病症患者。很显然这两位老年神经症患者均是早期发病延续到老年期，与他们早年的适应不良、性格特点有着密切的关系。

三、老年用偏执症

老年人由于感知功能方面的障碍，如视力减退、重听、认知能力。记忆和注意力的缺陷以及性功能衰退等，易产生猜疑和妄想；又因社会地位的改变、亲朋好友的疏远、经济收入减少等社会心理因素易导致偏执观念的发生。有的则是原有偏执性格的进一步强化。妄想内容可有被迫害、妒嫉、被窃、贫穷等。还可伴有幻觉，一般以幻听为主。但在日常生活中，可并不显示其明显异常。

老年期偏执症的妄想特点与青壮年期相比，其妄想的内容缺乏系统完整的结构，较不固定和具有波动性。因此该症的妄想特征较容易通过解释说服取得某些效果。

例：练香功“走火入魔”

患者，男，65岁，退休在家，患有糖尿病。听说练气功可以强体健身，便参加了气功班每日坚持锻炼。有一次在做香功时收不了功，感到心跳心慌、气迫，眼前有金灯银灯乱转，害怕自己快死了。不久便感觉自己什么也听不见了，只觉得嗡嗡地叫。几次到医院检查都没有查出什么问题，但他总觉得自己不行了。眼前总出现已亡故的亲朋好友。后经气功师指点也无济无事。

诊断分析

该患者由于身体原因练气功而产生了恐死偏执，并产生了一定的幻觉。造成这种情况的原因与其衰老密不可分。

老年期器质性精神疾病

器质性精神疾病是因大脑生理病变而引起的精神障碍。器质性精神疾病在老年期容易出现。主要有急性脑功能衰竭、慢性器质性精神病等。

一、老年期急性脑功能衰竭

老年期急性脑功能衰竭又称老年期急性脑病综合性或老年期谵妄，是一种发生在老年人中的急性意识模糊状态。一般病情发展速度较快，病程较短，病变可逆，预后较好。

老年期急性脑功能衰竭的一般特点

老年期急性脑功能衰竭的以定向障碍出现最早，其中时间定向又较地点和人物定向先受影响。该症主要表现为：

1. 意识障碍常有昼轻夜重的特点；
2. 认知障碍患者常动作迟缓、注意力涣散，丧失时间定向能力，思维、感知、记忆、想象等受损，对周围的事物理解困难等。
3. 情绪障碍早期多呈轻度抑郁、焦虑、易怒；病情加重时，情绪往往变得淡漠。如果伴有生动错觉和幻觉时，则可出现恐惧激越情绪，行为紊乱，吵闹不安，称为谵妄状态。
4. 行为障碍 患者的动作往往不连贯，有时会出现双手摸索行为，行为紊乱。

病因

老年期急性脑功能衰竭的主要原因常与脑血液循环功能障碍、缺氧、中毒、感染、代谢障碍和外伤等因素有关。此外，急性心理创伤亦可诱发本症。有时意识障碍可以是器质性痴呆的早期症状，或成为老年人躯体疾患的主要表现，例如无症状肺炎患者的急性谵妄状态等。

该症辽常与机体内分泌紊乱、营养及维生素缺乏等因素有关。症状出现常与年龄增加、焦虑、感官刺激过多或过少等因素有关联。

老年期急性脑功能衰竭由于发病速度快，如不及时治疗，可因脱水电解质紊乱等导致衰竭而死亡。

例一：他患了“糊涂病”

患者，男，60岁，病前是模范邮递员。有一天，人们发现他乱送信，领导以为他不能胜任，就调出去卖报。结果又显示出近事记忆很糟、收钱、找钱不断出错。病人有定向障碍，看到医务人员穿的白大褂就以为到了食堂。不久，病情加重，并出现意识模糊状态。病人症状呈进行性，一天天变坏。入院时还能记清病房和床位，但很快就记不清，显得退缩、行为紊乱。有时还莫名其妙地大叫起来，有时又恐惧得浑身发抖，有时情绪又非常高昂。入院一个多月病人去世。

诊断分析

该患者是一个急性脑功能衰竭患者，开始时只有一些精神障碍的征兆，但很快就进入了意识模糊及认知障碍状态，不久死亡。可见急性脑功能衰竭对老年人是一个很大威胁，由于发病急，病程短。所以应引起我们高度的注意。

二、老年期慢性器质性精神病

老年期慢性器质性精神病又称为老年性痴呆，是转发生于老年期的、由于脑组织结构病理改变所致的一种慢性进行性脑器质性的心理障碍。65岁以后发病者为多见。老年期慢性器质性精神病又可分为老年性和早老性痴呆及脑血管病伴发的痴呆。

(1) 老年性和早老性痴呆。这是一组慢性进行性退化疾病，以痴呆为主要表现。病理改变以大脑萎缩和神经细胞变性为主。以往按起病年龄将65岁以前起病者称为早老性痴呆，65岁以后起病者称为老年性痴呆。

(2) 脑血管病伴发的痴呆。该病主要是由于脑动脉硬化影响大脑血液供应，特别是反复发作的脑血管意外所致的痴呆综合征。近来发现此类疾病是由于脑外部动脉硬化斑的微栓子或缺血引起大脑白质中心散在性多数小梗塞灶所致，因此又称为多发梗塞性痴呆。此症发病率较高，男性多于女性。

老年期慢性器质性精神病的一般特点

1. 早期症状开始时病人总是以记忆力衰退引起别人的注意，但他自己却毫无觉察，不会意识到自己有病。细心观察还可见到智力障碍，造成工作能力降低、工作效率下降，对极熟悉的工作也常发生错误。言语零乱，理解力、判断力明显减退。初期还常伴随类似神经衰弱的症状，如头晕、头痛、注意力不集中、睡眠不好等。

2. 中期症状精神障碍日益暴露，智力障碍加重，人格改变：对工作、学习、生活逐渐变得漠不关心、糊涂和不认真；缺乏动机，丧失远见，不能订立未来活动计划；对自己日益明显的智力缺陷毫不察觉，并表现得无忧无虑；情感不稳定，易激动；视觉空间缺损，容易迷路，穿衣服困难和不能临摹图形；思维方面出现妄想，尤以夸大妄想为多见，妄想内容片断、杂乱、不固定，显得荒谬可笑；行为方面，表现食欲亢进，变得贪吃；性欲亢进，对异性可能有不礼貌行为。中后期，随着病情加重，兴奋逐渐消失，变得呆滞和越发懒散等。

3. 晚期症状到了后期，患者躯体运动常进行性僵直和四肢屈曲，并最终导致平衡丧失。行动障碍日益加剧，直至卧床不起。这是晚期症状最显著的特点。此时出现中期症状的消失，不再妄想，没有意向。情感衰况，兴奋消失。大小便滞留或失禁，污秽不堪。生活不能自理，肢体挛缩，外部感觉器官明显震颤，身体严重消瘦、衰弱，直至造成死亡。

病因

1. 衰老 引起老年期慢性器质性精神病的根本原因是机体的衰老。脑组织的衰老、萎缩、变性等是致病的基础。此外，脑动脉硬化、自身免疫性疾病、内分泌系统紊乱等也可致病。

2. 环境和心情导致痴呆。

3. 外界因素的作用 如中毒、病毒感染、酒精中毒、铅中毒及营养障碍等均可引起老年痴呆。

4. 用脑少的老年痴呆症患病率高用脑多的老年知识分子中痴呆症患病率明显低于平时用脑少的老年群体。这是由于经常用脑延续了大脑的退化。

病例

例一：他怎么会变“傻”呢

患者，男，65岁，离休干部。他有两个子女，都在外地工作。一年前老伴去世后，一个人过生活。尽管条件优越，吃、穿、住不用愁。但他常常感到孤独，不时地产生一些烦恼。开始时，认为自己革命一辈子，老了被单位推出门，失去了地位和权力，成了一位普通的老百姓，觉得失落，心里有烦恼。后来，又感到子女对自己关心不够，为“他们不经常回来看自己”而伤心。常一个人自叹：人们都说养儿防老，可我为儿女辛苦一辈子，到头来却没人管我了，好伤心呀！为此，他情绪消沉，整天呆在家里看电视或睡觉，慢慢地觉得全身无力，胸闷，透不过气来，后来发展到沉眼泪、捶胸、喃喃自语：“人活着没意思，还不如死了好，省得受孤独折磨之苦。”于是，生活懒散，起居没规律。

由于心情极端忧郁，很快变得说话口齿不清，记忆力严重衰退。注意力涣散，行动迟缓，生活处于不能自理的状态。其女儿从外地回来看望父亲，发现老人变傻了，认为是病态，急忙送医院检查，发现有脑器质性损伤，诊断为老年期痴呆症。

例二：疑病迁于人

患者，男，60岁，干部。以扰乱社会秩序被拘捕。因精神异常被送到医院鉴定检查。患者于数年以来逐渐产生失眠、头痛、头晕、记忆力减退。尤以近事遗忘较明显，表现为刚拿过的东西或刚做过的事情、随后即记不清楚或完全遗忘。同时易激惹，工作效率明显下降。一年后症状加重，出现言语含糊不清，四肢有震颤，情绪表现沉闷。有时出现疑病观念、自罪妄想，如称：“我的眼睛、舌头都坏了，难于治好”，又称：“我有罪，不可饶恕”。问领导何时对他判刑，何时执行枪毙。有时出现短暂的意识障碍，如丧失定向能力，不认识周围人。有时裸体外跑，生活不能自理。病情时轻时重。一次曾冲动打人、毁物、扰乱社会秩序。入院检查，病人神志清楚，表情呆板，近记忆力差，远记忆力尚好，计算力缓慢、往往不正确，情绪不稳定，易激动，易冲动，常大声吵嚷。平时对人有礼貌，表示思念亲人，未查出幻觉和妄想。近年来病情较稳定，除易激惹较明显和明显冲动行为以外，无明显人格改变，也无明显痴呆。诊断为脑动脉硬化性精神障碍、根据实际情况判定为限定责任能力。

例三：“扰乱社会秩序”原因何在

患者，男，61岁，农民。因杀人罪被捕。审讯时怀疑他精神失常，申请司法鉴定。患者近数年来头痛、头晕。于1985年患左侧大脑中动脉血栓。经救治后病情好转，遗留有右侧半身轻瘫，说话不清楚。在住院前后，患者感到腹内有一物串动，曾到处求医确诊。病人自认为癌症，医师们都否定是癌症，但他坚信不疑、悲观，曾企图自杀，并采用跳井、吞服大量安眠剂等自杀行动，但未获成功。他自认为不久即会死。因平时与叔父有矛盾，认为自己的病是由于叔父气成的，故决定杀死叔父后自杀，于1985年某日手持菜刀砍伤叔父后投井自杀，但获救。对患者精神状况检查见到，他意识清楚，回答切题，声音低弱，言语吐字不清，表情有些呆板，对何时住院、何时被捕

等情节说不清楚。计算力、理解力、判断力都较差。不知家住何处。不知一年的季节，对行凶的原因、过程能较详细地叙述，所谈内容基本上与实际情况相吻合，情感反应与所讲内容相配合。病人存在命令式幻听，又有幻嗅和疑病、被害妄想，其行凶是在妄想支配下产生的报复行为，排除责任能力。

例四：不知自己年龄的老妇

被鉴定人，女性，78岁，家庭妇女。以数年来不适当地乱写和乱讲而请求医院进行检查。如她声称：领导同志经常给她来电报、电话，和她商量、研究国家和世界大事等。曾多次给予制止或批评，但她一直不知改悔。精神状态检查、被鉴定人意识清楚、安静，身体瘦弱，活动缓慢，吐字不清，回答问题虽切题但答话很简单、缓慢。表情呆板，情感淡漠。定向力不良，注意力不集中，否认有精神病。对本人年龄说不确切，有时说是50岁，有时又说是60岁。不知道周围人包括医生、护士、卫生员是做什么的，对她本人家庭成员的姓名、人数、年龄都答称不知道。一会儿说有12个子女，一会儿又说是只有8个子女。对近日住院时间，每日饮食情况，都表示忘记了。计算力、记忆力、判断力都很差。入院后经常索要报纸看，说她在研究世界大事，并说她已解决了重大问题。她拿出她写的多篇文章，如写某国占据了西沙群岛，某国占据了某省等，文章内容零乱，字迹不清。被鉴定人又说她的儿子在去年9月到党中央工作，经常和国家负责人在一起，声称她常听国家负责人和她谈话的声音。又表示曾听到有人在谈论她，并说要害死她。她认为这一切都是真实的，不接受解释，也不能批判地对待这些事。诊断：老年性痴呆、高血压脑动脉硬化症、严重智能低下致丧失对其错误言论行为的判断能力，无责任能

这是四例老年期慢性器质性精神病的案例。除例一外，其它三例均由于脑动脉硬化等器质性病变引起的精神障碍，都表现出了很典型的老年期痴呆症状。这种病症一般发病期都比较长，并可能对社会造成一定的危害，应当引起我们的高度重视。

第三部分 常见心理治疗

对于心理障碍和心理疾病，与身体疾病有着截然不同的表现。因此，针对心理疾病的治疗也不能简单地采用医学的方法，而必须采用专门的心理治疗的手段。这部分把心理学家们多年积累、比较成熟的心理治疗方法进行了讲述，其中包括精神分析疗法、认知领悟疗法、行为疗法、认知疗法、患者中心疗法、森田疗法、家庭疗法和婚姻疗法。本部分共收列各类典型治疗病例 50 例。

第十章 心理治疗基础

一、心理治疗的概念

《美国精神病学词汇表》将心理治疗定义为：在这一过程中，一个人希望消除症状，或解决生活中出现的问题，或因寻求个人发展而进入一种含蓄的或明确的契约关系，以一种规定的方式与心理治疗家相互作用。

英国心理学家艾森克（H.J. Eysenck 1961）认为心理治疗乃是基于治疗者与被治疗者之间的所产生的持续性人际关系。被治疗者因自己的情绪或人际适应方面受困扰或不满意，而来求治疗；治疗乃是受特别训练的专业人员，运用心理学的原则，包括解释、暗示及说服等机制，基于心理障碍的一般原理及被治疗者的特别病理，建立治疗的程序，以求解除被治疗者的心情困难。

美籍华裔学者曾文星、徐静认为，心理治疗是指应用心理学的方法来治疗病人的心理问题。其目的在于：通过治疗者与病人建立的关系，善陌病人求愈的愿望与潜力，改善病人的心理与适应方式，以解除病人的症状与痛苦，并帮助病人，促进其人格的成熟。

从上述的几种定义中，我们不难发现，这些定义或多或少都涉及到了下述同一方面，即治疗是一个过程，是治疗者与来访者的关系，治疗者运用有关的心理治疗理论对来访者进行帮助，以消除或缓解来访者存在的问题或心理障碍，促进其人格的健康发展。这的确反映了心理治疗的工作特点及主要目的。可见，心理治疗不是轻而易举的任务，来访者改变的发生，需要治疗者及来访者艰苦的努力。因为改变必须假以时日，所以说治疗是一种过程，不是一蹴而就的事情。

虽然心理治疗的过程极为复杂，但为了方便起见可以把其一般过程描述如下：

1. 来访者因患有心理疾患或情绪问题来找治疗者。来访者向治疗者详细说明病情，包括自己过去的生活史及家庭背景，并详述心理问题产生的来龙去脉，让治疗者能深入了解自己的背景及心理状况，诊断其问题症结何在，及了解病因与症状之关系。

2. 来访者经过描述自己性格、生活方式、家庭人际关系，慢慢与治疗者共同发觉自己的行为特点及应付困难的方式，同时渐渐领会自己的问题所在。

3. 在治疗者协助之下，来访者应逐渐发觉处理问题、应付问题的方法。包括改变对自己的看法，改善自己对他人的态度，控制自己的欲望，表现自己的行为与意见等等。

4. 治疗者利用与来访者已建立的良好关系，鼓励、支持来访者，并督促、训练他（她）养成新的适应能力，充分发挥原有的潜在能力，采用较成熟的自卫机制，有效的改善、适应生活环境。

在整个心理治疗过程当中，来访者要学习如何描述、分析自己的心理状况、行为方式以及自己的潜意识动机等等。并随时听取治疗者的解释、指点、领悟自己内心的动机，了解潜意识里的症结；并时时努力改变自己的态度、想法、反应方式及人际关系。对于治疗者，则需要懂得听取来访者的描述、领会意境、看透涵意，并能把所获取的信息进行分析、解释、说明，最后还要考虑治疗方法、提供意见。总之，心理治疗需要双方相互合作，才能得到

顺利进行，并取得满意的效果。

二、心理治疗的面谈程序

前面我们提到的心理治疗是一个循序渐进的过程，通常一、两次会谈并不能根本解决来访者的问题。一般说来，心理治疗的过程可以分为初期、中期和后期三个阶段、不同时期有不同的任务，但各个时期并不是彼此孤立的。每次会谈都采取相同的步骤——即开场，两人打招呼，寒暄一下，培养气氛，以准备进入主要阶段，谈论重要的事情，然后逐渐进入高潮，最后结尾收场，结束会谈。不同次的会谈之间还要保持其连续性，在上一次谈论的，在与下一次面谈内容紧密衔接，以保持其连贯性。如此，不但一次接一次，连贯维持下去，还得以继续发展，结果后浪推前浪，每次会谈都有新的进展。所以每次面谈开始之前，在开场阶段，宜提起上次会谈的重点或未完成的讨论部分，以便延续、顺接下去。下面我们引用一个心理治疗案例来说明不同次会谈之间的承前启后关系。

病人女性，1971年，大学专科毕业，职员，已婚。

第一次会见（1994年9月22日）

单独会见，自己报告病史，大致如下：

父母都是知识分子，父亲是中学校长。

病人于1978年（7岁）入小学，学习成绩好，一直到1988年高中时，都受到老师表扬。1989年春，高三下学期，准备大学考试，想考重点大学，怕考不好，作业做完后常要反复查对数次。这种情况渐加重，看考试题时也要反复几次，拖延了时间，影响了考试成绩。以后又害怕自己不小心说错了话，平时老是闭着嘴。

1989年夏，考入某大学专科。当时班上男女同学互相很少交谈，她不愿和人来往。以后不久，害怕一下留心说出某个男同学的姓名，为此非常紧张。参加工作后，情况无大改变。此外，在写“他”字时，还担心万一不注意写出“偷”字。整日惶惶不安。

1993年以后，听别人说“眼是心灵的窗户”，即怕别人看出她内心有什么，总是不敢睁眼对人。1992年和现在的大夫相识，一年后结婚。从恋爱时开始，和他在一起时便心里不安静，而且认为丈夫已经看出她眼神里有“问题”。

婚后性生活一般，不敢和丈夫多讲话，尤其是在一起吃饭时，怕说出“不正派”的话来。平时老是咬紧牙关，见到丈夫即闭上眼，怕他从她眼神里看出她有坏想法。

病人说，几年来虽然能工作，但内心里非常痛苦，希望医生设法解救她。

医生指出，她讲的病史内容过于简单，有许多问题还要详细讲清楚，例如，她怕别人从她眼神里看出什么问题，为什么怕说出或写出某个男同学的姓名等等。病人不愿多讲。在医生多次询问下，她说，她觉得在她眼神里会表示出“作风不正派”的想法，并且坚信别人能看得出来，而且已经被人看出来。起初认为是眼睛有毛病，自己查阅了眼科学的书，书里没有这个内容，也不敢去问眼科医生。

医生嘱咐她在下次复诊前，必须亲自向别人询问调查以证实别人是否真能看出她眼神里有什么异常，至少要询问10个人。病人表示为难，说她不敢去问。经医生鼓励，才勉强同意试试。医生还嘱咐她写出生活经历。

第二次会见（1994年10月6日）

病人说，在外面调查了 10 个陌生人。事前认为他们都已看出她眼神有问题，没想到，对方都不论能看出什么。只有一个人说看出她表情有些紧张。都说看不出她在想什么。调查后心理一下子轻松了许多，见了人可以睁眼了。

病人白天有空暇，但没有遵照医生嘱咐写出书面作业和生活史，今天只允许短时会见 15 分钟。下次必须写出生活史并认真思考为什么怕说出、写出某个男同学的名字。还要她继续向人调查。

第二次会见（1994 年 10 月 12 日）

病人自称症状减轻，不那么紧张了，见人可以睁眼了。

写了书面材料，包括幼年经历以及和父母的关系等。大致内容如下：自幼父母对她要求很严，尤其在男女问题上必须“作风正派”。

14 岁月经初潮，开始模糊地对男同学有好感，但不敢多想。母亲多次告诫她不要和男孩子一起玩，并举例说邻居某女孩早交男朋友就学坏了。在初中二年级时，有一次下课后回家晚了一些，父母一起盘问她好长时间，问她是否和男同学一起到别处去玩了。高中入学前，父母反复叮嘱不要谈恋爱，那时自己也认为谈恋爱是一件坏事。在高中期间，看到电影里有男女接吻的镜头时，即闭眼不看。

在大学期间，班内男女同学互相交往多，渐渐认为恋爱并非坏事。自己也想接近男同学，但不敢行动。内心里感到有些压抑。工作以后不久，经人介绍和丈夫相识并结了婚。婚后，怕人现象有增无减。

医生指出，她讲的这些经历和想法是许多男女青少年都有的，父母和教师的态度也是当时所共有的。一个人随着年龄的增长，自然会逐渐明辨是非，做出自己独立的判断。而她为什么出现那些恐人症状尚且到结婚后非但没有减轻反而越来越重了呢？究竟做了些什么事怕别人看出来呢？

医生还郑重地告诉她，她的一些想法是幼稚的，是心理不成熟的表现。和幼年经历有关。请她回忆幼年时有什么经历阻碍她的心理正常发育，尤其是性方面的经历。

第四次会见（1994 年 10 月 17 日）

病人说，上次会见时医生的谈话指出她的要害。本来想尽量隐瞒不说，等医生拿出好办法，没想到医生几次强调幼年性经历的重要性。回去想了许多，愿意讲出来请医生分析。已写了详细的书面材料。大致内容如下：

如在三岁时，母亲常搂着她在一个被子里睡。有一次，看到母亲到父母被窝里去睡并互相搂抱着。当时不懂事，但觉得好奇，次日到托儿所，也脱下衣服和一个男孩睡在一个被窝里，互相摸摸胸部、大腿等处，感到舒服。这件事已经过去很久，几乎都忘了。1989 年前后在高中读书时，有一次遇到托儿所时期的那个男孩，突然想起在托儿所的那次经历，便认为自己做了一件极不光彩的事。感到羞耻，非常后悔，开始谴责自己。以后老怕说出、写出那个男同学的姓名。

1989 年在大学学习期间，听说有一个女同学被人强奸了，心里很紧张，渐渐地怕别人说她做过“下流”的事，作风不正派。后来又怕人说“妓女”两个字，连它的谐音字“继女”也怕听到。过了一些时候，大约在 1993 年，听有人讲眼是心灵的窗户以后，担心自己做过不光彩的事会在眼神里带出来，或不留心在嘴里说出来，所以不敢睁眼，老是闭着嘴。

医生称赞她对治疗合作，终于讲出了内心里的秘密。随后向病人指出，她现在已经 24 岁了，而且已经结了婚。但在性问题上、她的认识还停留在刚

刚懂事的年龄上，分不清哪些是儿童的性游戏，哪些是成年人的性行为，更不懂得什么是“不正派”的性活动。怎么能用成年人的道德标准来谴责自己幼年期性游戏行为呢？不但如此，她还用幼年方式来饵决这类心理困难，例如，怕说出男人名字而整日咬紧牙关，怕看电影里的接吻场面而闭上眼，这种行为多么幼稚可笑！

病人表示医生的解释使她受到启发。

第五次分见（1994年10月20日）

病人说，她又调查了几个人，结果同前。近来症状大为减轻，从内心深处她感到“坦然”了。觉得没有必要再咬牙闭嘴，见人闭眼了。有时仍怕别人说出“妓女”一类的话。在别人议论某某人作风不好时，还有些心惊。

医生再一次告诉她不要用儿童心理看待成年人遇到的问题。另外，一个人要自信，不必要计较别人对自己的评价，心理才能成熟起来。

第六次会见（1994年10月24日）

病人很高兴。交上了最后的治疗体会。其中写道：“……幼年的一次性玩耍使我谴责自己，折磨自己，痛苦了五六年，越来越重，甚至不想活了。经过治疗，我悟到了，原来我错误地把幼年取乐行为当做罪恶，当做十分可耻的行为而不断自我谴责。又用幼年方式来解除外表看来是成年人的恐惧。现在感到真正解脱了，非常愉快，明天就回去工作了。我多么感谢大夫啊！”

两个月后，接到病人来信，生活工作都已正常。以上是采用我国著名心理学者钟友彬先生始创的钟氏领悟疗法治疗社交恐怖症一例。从这个治疗案例不难看出，治疗者与病人前后总共六次会谈，每次会谈之间都衔接得十分紧密，没有丝毫不连贯的感觉。例如第一次会谈结束时，医生要求病人至少询问10个人，是否能从她眼神里看出什么异常，而第二次会见一开始探讨的就是病人调查10个陌生人得到了怎样的结果。再如第三次会见结束时治疗者要求病人回忆幼年发生性方面的经历，第四次会见病人一上来便直陈自己幼年性经历。

由此可见心理治疗是一个连续的过程，它不仅要求治疗者掌握好各次面谈之间的连接关系，而且要求治疗者在不同的治疗阶段掌握不同的技巧。下面我们就分述不同阶段面谈的诀窍及内容。

心理治疗的初期阶段

病人与治疗者一开始接触，即进入初期阶段。这一阶段的主要任务是收集病人的基本情况及背景资料，与病人建立良好、融洽的关系，并决定治疗的适宜性。这是一个准备的阶段，也是一个很重要的开端——“开头不佳，便意味着治疗关系的终结”。在这一阶段应注意的问题包括：

推销自己、取得信任心理治疗，主要依赖治疗者与病人之间能建立一个互相依赖、合作融洽的关系。而这种密切的关系，很大程度上依赖于治疗者是否能给病人留下良好的第一印象。首先从外观上，治疗者应做到服饰整洁、打扮得体，符合自己的身份与角色，而且仪态大方、举止庄重，过分热情与过分冷漠都将影响良好关系的建立。其次，治疗者不能让病人背对着门（一种不安全感），尽量不采用对方对座的形式，而是斜对，双方正对而座会使病人有一种压迫感。最后，治疗者要进行适当的自我介绍，态度在诚恳，使病人感到自己找对了地方、找对了人。这样，一种基本的信任关系就建立起来了。

细心倾听、接纳病人第一次面谈。病人往往很难向一个“陌生人”阐明

困扰自己的问题，这时要求治疗者慢慢引导，引时主要应用听和反馈的技术，因为“听”本身就是一种治疗。对于一个治疗者，如何运用听的技巧是至关重要的。“听”要注意以下几点：要表现出兴趣、态度要诚恳，真正做病人的知音；在善于听、会听，能真正听出弦外之音和潜台词；要耐心听，不要经常打断病人的谈话，不表示惊讶、不耐烦、厌恶。也不要做道德方面的评价与判断；要有反馈，表示接纳、理解、同情与共鸣。常用的反馈方式有：表示你注意听的声音和动作；简单重复对方所说的内容；反应对方所传递的情感，可以用语言、音调；作出体态语言来——表现你注意听的体态，包括眼睛注视、侧耳倾听、点头摇头、耸肩、摊手等。

仔细探索、明确主要问题主要就是病人最关心的、最急于解决的、最使他困扰的问题。此时来访者往往不能立即搞清病人的症结所在，因为问题常涉及隐私而使病人羞于启齿。例如说：“我有了外遇，不知怎么办？”“我有窥阴癖”等。病人在这类问题上不好意思开门见山地诉说，而会同治疗者海阔天空地兜圈子，说些无关紧要或不着边际的问题，如“我爱人最近有点对我不太热情”，或者说，“我最近总害怕别人的目光”等等。这时需要治疗者耐心地摸索、探讨，逐渐阐明困扰病人的问题真相。在对待这类问题上，治疗者可借助了解病人的基本背景资料来达到认清“主要问题”的目的。

判断治疗的适宜性不一定所有愿意接受心理治疗的人，都适合于心理治疗。通常来说，病人的精神状况不能有错乱，而且心理问题不能连带躯体疾病。明显患有心理障碍，且有意接受治疗者适于治疗；主要问题是被心理症结所困扰且能内省自己的心理状况者也适于心理治疗。

培养病人接受治疗的动机与信心要想使心理治疗卓有成效，病人必须认识到自身存在问题，并且有强烈接受治疗的愿望，渴望改善自己的行为，也不认识自身的问题，也就更谈不上接受心理治疗。此时要求治疗者不但要培养病人的治疗动机，而且要帮助病人树立解决问题的信心。一方面，要使病人懂得提心自身的善，觉得有接受治疗之必要；另一方面，要让病人相信“问题”最终会解决。

订立治疗契约在心理治疗过程中，有些条件必须由病人与治疗者双方商定，共同遵守，使治疗得以顺利进行，这也是治疗的初其阶段所要完成的准备工作。比如；会谈的方式是什么（有无他人 在场）、会谈的时间（多久见面一次，一次面谈多长时间）、会谈的地点、如何收费等等，二者是应该事先谈好、澄清的事情。此外，有件事治疗者必须要向病人交代，好保密医德。凡在治疗过程当中，病人向治疗者所申诉的事情，治疗者应尊重其隐私权，保守秘密，不经病人同意不能转告别人，包括其亲近的家人或配偶等。其目的，主要是使病人能信任治疗者，较放心地吐露一些内心的隐私，以有助于治疗。

心理治疗的中期阶段

这一阶段主要包括两方面的内容，一是诊断分析，一是辅导治疗。

266 心理门诊对问题或病情的诊断分析

心理治疗中的诊断分析主要是指搞清病人所存在的“心理问题”的性质、程度及导致心理困扰的根源。

诊断分析的具体方法有：

1. 美国心理学家沃斯认为从五个方面对病人进行诊断分析，这五方面分

别是：

- 发展状况：病人的年龄、受教育水平等
- 心理状况：病人的自我意识、自我评价、独立性及人生观
- 工作状况：病人从事工作的种类、对自身工作的态度及对未来的打算
- 人际关系：病人与家庭、亲友、同事、同学等的关系
- 健康状况：病人的生理疾病或缺陷

总之，他主张从社会、生物、心理等几个方面对病人进行诊断分析。

2. 诊断分析的另一种常用方法是采用心理测验进行诊断分析，包括人格测验、智力测验、投射测验等，以分析病人心理问题的性质和程度。

3. 采用精神分析的方法进行诊断分析。包括自由联想法、析梦法、心理防御机制等，以深入了解心理问题的根源。有关精神分析的理论和方法我们将在第二章中进行详细阐述。

对心理问题或疾病的辅导治疗辅导与治疗是在诊断分析的基础上进行的，在这一阶段治疗者要注意处理好以下几方面问题：

1. 制定适宜的方案进行辅导，考虑每种可行的方案成功的可能性有多大，哪种方案付出的代价最小而成功的可能性最大。

2. 在辅导过程中治疗者起都是的作用，而在治疗过程中则起医生的作用。

3. 每一次面谈要有连续性、进展性与单独性。事实上，这一问题我们在前面已经探讨过。

所谓连续性，是指一次会谈与一次之间要相此衔接。上次会谈的事情，可能未完全谈完，在下一次会谈开始时，治疗者可以说：“上次我们谈到什么？回去以后，你不没有思考那件事？”如此，帮助病人回忆、连接，还可以拭探病人对上次会谈结果有什么反应。前面我们引用的汉疗案例便很好地说明了会谈之间的连续性。

进展性即是说每次会谈都要比上次有进步，有所提高，否则治疗便永远没有成功的那一天，但在实际操作过程中也不总是这样，有时会觉得平淡没有变化、甚至退步下来，毫无进展，搁置一段时间后，开始突飞猛进，出现波浪型变化，这也是正常的。

虽然每次会谈希望有连续性和进展性，但每次会谈本身也应有始有终，亦即每次会谈都能取得一定的结果，是一个相对完整的过程。这就是会谈的单独性。这种做法可以使病人感觉到治疗发生效果，以鼓励病人继续治疗。

4. 对沉默与阻抗的处理沉默是指病人在会谈过程中突然不再说话。沉默有各种各样的原因。卡瓦纳曾划分出三种形式的沉默：

- 创造性的沉默：是来访者在会谈过程中，对他自己刚才所说的话，所体验到的感觉的一种反思。此时，治疗者最好什么也不说，但要在等待中注视着对方。因为这时正是病人集中注意力思考问题的时刻，这也将成为极富有收获的时刻。

- 自发性的沉默：往往来自病人不知下面该说什么好的情境。此时，他不知什么是有关的事件，什么是无关的，什么是更重要的等等。治疗者不应允许这种沉默持续下去，因为这会造成病人内心过度紧张。最好的方法是治疗者立即有所反应，通过询问打破沉默。

- 冲突性的沉默：可能是由于病人感受到了伤害，也可能由于过去出现过的情形使他们害怕而出现这种沉默状态，还有可能他们认为下面将要讨论的那件事使他们感受到了某种威胁。当沉默是由于愤怒造成时，这种情绪可

以能是针对治疗者的，面临冲突性沉默时，治疗者要以真诚的态度与病人相处，表达自己的想法，直到取得病人的配合，打破沉默为止。

许多带着烦恼来求助的政党和因心理疾病来求治疗的病人，尽管起初都是主动来寻求帮助，口头上希望心理医生帮助他解除困扰，消除心理障碍，但往往在实际行动中却以种种公开或隐蔽的方式否定医生的分析，抵制医生的治疗，这就是心理治疗中的“阻抗”。阻抗是影响心理治疗顺利进行的最重要因素。

在心理治疗的案例报告中，可以看出各类心理病人都表现出阻抗。事实上，只要是进行深入的心理治疗，只要是触及内心情感的心理治疗，都会遇到病人不同程度的阻抗。可以说，阻抗是心理治疗的伴随现象，是不以人的意志为转移的。阻抗主要有以下几种表现：

- 讲话程度上：过多的沉默或说的过多，表现为阻抗。
- 讲话的内容上：夸夸其谈，不讲自己的具体问题，或在谈话过程中发泄自己的情绪，同时要求具体办法，回避医生的提问。
- 谈话的形式上：过分地顺从治疗者或在会谈中总想控制话题、阻止医生解释。
- 治疗关系上：不认真履行治疗的契约，不遵守约定的会谈时间。还有的病人以移情的方式间接地进行阻抗。

怎样才能克服阻抗呢？弗洛伊德认为，除了坚持让病人遵守自由联想的规则以外，解释是重要的武器，要分析、解释阻抗的表现和性质，向病人说明其无意识阻抗的真实意义，反复进行长期的扩通。钟友彬先生简化了弗洛伊德所提到的原则，提出克服阻抗一要用同样的内容反复向病人解释；二可以直接向病人指出他（她）在阻抗治疗，告诉病人不自觉地阻抗不利于自己的心理成长，妨碍治疗，要求他能正确对待医生的帮助。

对移情的处理移情是指病人把他以前生活里与他人的关系中产生过的情感、态度等主观体验移植到治疗者身上。常见的移情有：把对父母的感情移到治疗者身上，把对爱人的感情移到治疗者身上。移情一旦出现，都会对治疗过程产生某种不利影响。

一般说来，治疗者对移情的处理要看移情本身的情况而定。对于间接表达出来的，一般程度的积极的移情，只需给予较少的注意就可以了，而直接的、强烈的、消极的移情则需认真对待之。如果移情已经发生，治疗者则需要采取以下方式进行处理：转给其他治疗者；找一个人来陪着进行治疗；严重时重申与病人的治疗关系。

心理治疗的后期阶段

心理治疗施行若干时间，已经取得治疗效果之后，最后进入结尾阶段，以便结束治疗。治疗的收尾工作包括以下几方面：

1. 综合所有资料，做出结论性解释。到了治疗结尾之前，治疗者应再与病人作一次全面性的研究、探讨，作出结论性解释，使病人有机会得到对自己更清楚的认识，以便应付将来的心理生活。

2. 帮助病人将所学到的治疗经验应用到生活中去，今后即使没有治疗者的指导、引导与帮助，自己也能帮助自己继续发展，变得更加成熟。

3. 让病人接受“离别”，避免“治疗依赖症”。有些病人经过长期心理治疗以后，心理上多少形成依赖治疗者，舍不得离别。对于依赖性很强的病人，治疗者应采取渐次结束的办法，即会谈的时间一次比一次短，会谈的间

隔也越来越长，必要的话要提前通知病人，让他有一定的心理准备。

4. 追踪研究、检查巩固。追踪的方法包括：走时给病人一些表格，让他定期填好寄回；治疗停止后，定期让病人回来短期会谈；通过分辨率；将有同类问题的病人如集在一起进行座谈。追踪的目的是要了解提供的治疗是不是真的取得成功，原来的诊断分析是否正确，治疗方法是否得当等，从而进一步检验并巩固治疗已取得的效果。

第十一章 精神分析疗法及典型治疗病例

精神分析理论的创始人西格蒙德·弗洛伊德，与马克思、爱因斯坦合称为“改变了现代思想的三个犹太人”。马克思和爱因斯坦分别揭示了社会和自然规律，造成了历史观、宇宙观的巨大飞跃，这已为举世所公认，而弗洛伊德呢？则是以毕生的精力和心血探索人们精神活动的规律，他的理论，使我们对人类心灵的认识进入一个新阶段。

一、精神分析的理论

在精神分析学说的基本理论中，与心理治疗有关的部分主要包括：无意识理论、人格构造学说、性欲本能的理论。

无意识理论

精神分析学说的一个基本概念是：作为一切意识行为基础的是一种无意识的心理活动。依照分析学说，人的意识领域分为三层，即：意识、交意识和无意识。

意识是可以直接感知到的有关的心理部分。这一部分在弗洛伊德的理论中并不是重要，只是一个人心理活动的有限外显部分。弗洛伊德曾作过这样的比喻：心理活动的意识部分好比冰山露在海洋面上的小小山尖，而无意识则是海洋面下边那看不见的巨大山体。

前意识介于意识与无意识之间，其中所包含的内容是可召回到意识中去的，即其中的经验经过回忆是可以记起来的。其中的内容可以说暂不属于意识，但随时能够变成意识。

无意识是指在清醒的意识下面潜在进行着的心理活动。无意识之中包含了各种为人类社会伦理道德、宗教法律所不能容许的原始的、动物性的本能冲动以及与各种本能有关的欲望。

人的心理活动中，意识、前意识和无意识之间所保持的是一种动态的平衡。前意识之中的内容与意识之中的内容的相互转换非常容易。而无意识部分的内容要进到意识中来则非常困难。这是因为如果一个人生活中所有的经验（愉快的、不愉快的）都保存在意识中，这个人会经受不了。于是，那些为社会伦理道德所不容的愿望和动机，就不知不觉地被排挤到潜意识的领域中。这个过程就是压抑。压抑的功能是把主体的经历和回忆、各种欲望和冲动保存并隐藏起来，不让它们在意识中出现，但这些东西并未消失，而是一直潜伏、活动于无意识之中。

精神分析学说认为，人的行为部分是无意识作用的结果。而压抑在无意识最底层的，即最原始的压抑是幼儿期的经验、欲望和动机。这种幼儿时期的性欲，才是真正的性欲。弗洛伊德常引用俄底帕斯情结来说明之。俄底帕斯是希腊神话中的一个跛足英雄，犯了杀父娶母的大罪。弗洛伊德认为，人人皆有此种情结，男孩爱母恨父，女孩爱父而恨母。但这种念头和行为是社会不允许的。于是，当儿童4—5岁时，这种欲望就被压抑下去了，长大后则以另一种形式表现出来。

人格构造学说

弗洛伊德认为，人格有三十组成部分：本我（id）、自我（ego）和超我（supreg0）。

本我是人格中最模糊、最原始、最不易把握的部分，包括各种欲望和冲动，是一种来自本能寻求满足的动力。本我是无意识的、无理性的，只受“快乐原则”支配，它收容了一切压抑的东西。本我对一切事情均以情感、欲望为原动力，不考虑逻辑，只是一味寻求无条件的、即刻的满足。

自我是在生长发育中形成的，人们意识到的各种活动如知觉、记忆、思考和动作都是自我的机能。自我是从本我中分化出来的，一部分是无意识的，一部分为意识的，而其主要为意识的，它合乎逻辑，受现实原则支配，力争既避免痛苦，又获得满足。

超我是从自我发展起来的一部分，是在现实生活中形成的，它依社会的道德观念、法律观念、宗教观念、社会习俗等行事，其主要作用是监督和控制自我。

一个健康的人格，本我、自我和超我必须均衡地发展。本我在于求得自己的生存，是必要的原动力；超过在于控制、监督自己的行为，以保证维持正常的社会生活秩序及人际关系；自我则对上符合超我的要求，对下吸收本我的力量，并处理本我的欲望，对外要适应现实环境、对内保持情绪平衡。

自我在本我的欲望压力和现实的要求之间逐渐形成了一种功能。这种功能可能在不知不觉中，用一定的方式，调整一下欲望与现实的关系，使自己可以接受，而又不致引起情绪上痛苦和焦虑。这就是自我的心理防御机制。每个人，不论是正常人还是有心理障碍的病人，都在不知不觉中使用了这种心理防御机制。使用得当，可免除内心的痛苦；使用不得当或使用过分时，则会形成病态的心理症状。

性欲本能的理论

按照弗洛伊德的观点，人的发展即是性心理的发展，这一发展从婴儿期就已开始。弗洛伊德将人的性心理的发展从婴儿期到青春期分为5个阶段，在不同的阶段中性欲满足的对象也随之变化。每一阶段的性活动都可能影响人的人格特征，甚至成为日后产生心理疾病的根源。

1. 口欲期（0—1岁）：婴儿的主要活动表现为口腔的活动，快感来自吸吮、咬牙、咬东西。

2. 肛欲期（1—3岁）：快感来自忍受和排便。

3. 生殖器期（3—6岁）：儿童开始注意两性之间的差别，产生对异性双亲的爱恋。

4. 潜伏期（6—12岁）：儿童性欲倾向受到压抑，快感主要来自对外部世界的兴趣。

5. 青春期（12—18岁）：兴趣逐渐转向异性，幼年的性冲动复活，具有自觉的性意识。

弗洛伊德认为幼儿性欲发育的某个阶段，如果受到挫折，不能正常发育，欲望没能得到满足，这种未被满足的欲望便被压抑在无意识之中。它终生要求意识的层次上表现出来，就可能产生心理异常，成为各种神经症产生的根源。因此，儿童早期的经历在弗洛伊德看来，对一个其后的心理发展是至关重要的。

以上是精神分析法的基本理论。弗洛伊德用这些理论解释了心理疾病的发病机制和心理分析疗法的原理以及梦的形成，还解释了正常人日常生活中夫误言行的内在原因，成为解释人类各种行为的精神分析学说。

二、精神分析治疗的实施方法

心理分析的治疗方法有：

自由联想

这种治疗方法的具体做法是，让病人舒适放松地躺着或坐好，把自己想到的一切都讲出来，如童年的回忆、过去的经历、个人的创伤、使自己害怕的事。病人必须随时把浮现在脑海里的任何观念、想法全部说出来，无论与疾病是否有关，甚至一些似乎毫无意义、无聊的想法都应讲出来。医生不要轻易地打断。当病人所谈的内容不能流畅地叙述或避开所谈的问题而言其他时，往往便揭示出症结的关键之处，这也将成为医生进行心理分析的突破口。此时治疗者的任务就是要帮助病人克服这种意识的抗拒，用同情的语调引导病人将伴有严重焦虑和冲突的事情引入病人的意识中，将压抑的情感发泄出来。由于许多事情属于幼年时代的精神创伤，当时所产生的情感反应通常是比较幼稚的，现在当病人在意识中用成人的心理重新体验，就比较容易处理和克服掉，这叫做情感矫正，这样病人所呈现的症状也就自然消失了。自由联想贯穿于整个治疗过程。

梦的分析

弗洛伊德在他的《梦的解析》中，认为“梦乃是做梦者潜意识冲突欲望的象征。做梦的人为了避免被他人察觉。所以用象征性的方式以避免焦虑的产生。”弗洛伊德在给病人进行治疗时，病人时常提他曾做过的梦，由梦的内容进行联想，可引用许多无意识的材料。弗洛伊德通过对梦的研究，发现梦是通向无意识的一条迂回道路。

在梦中所出现的几乎所有物体都具有象征性。梦的工作通过凝缩、置换、视像化和再修饰才把原本杂乱无章的东西加工整合为梦境，这就是梦者能回忆起来的显梦。显梦的背后是隐梦，隐梦的思想，梦者是不知道的，要经过心理分析家的分析和解释才能了解。对梦的解释和分析就是要把显梦的化装层导揭开，对求其隐义。以下仅举一例说明梦的分析过程：

“一女病人叙述他梦见一个陌生的蒙面男人闯入她二楼的卧室，偷走了放在抽屉中她所心爱的首饰匣，被她发觉大喊一声‘谁’，那蒙面人冲出阳台仓惶逃走，她追到阳台，往下一看，发现他已跌死在楼下，因而被吓醒。”治疗者通过病人多次自由联想，了解了她的家庭生活和与丈夫的关系后就清楚这一显梦的象征意义，原来她的丈夫对她不忠实，隐瞒了有外遇的事实（蒙面的陌生男人），欺骗了她的感情（偷走了首饰匣），她很气愤，诅咒他没有好下场（他跌死大楼下），但又不愿他真的离她而去所以又大喊一声（提醒他）。通过对隐梦的分析使病人清楚焦虑情感的根源，应该怎样正确处理与丈夫的关系。

释梦时，治疗者不要把自己的观点毫无掩饰地灌输给病人，而应该边分析边启发，最终使病人得以领悟。同时还要注意：释梦和自由联想在治疗中是同时进行的。

阻抗分析

弗洛伊德在使用自由联想法不久，就发现病人在联想时并不自由。具体表现为：自由联想过程中，病人在谈到某些关键问题时，就表现为联想困难，会出现谈话中断、叙述缓慢，而且对梦的任何细节都回忆不起来。这就是治疗过程中的“阻抗现象”。后来，弗洛伊德意识到慢慢地发现这种抗拒有些

是有意识的，而大部分是无意识的。也就是说，病人对治疗的这种强烈抵抗，自己无法意识到，也不会承认，他们可能还会为自己的这种无意识行为寻找理由，进行辩解。

产生阻抗的根源是由于无意识里有阻止压抑的心理冲突重新进入意识的倾向。当自由联想的谈话接近这些无意识的事实时，无意识的抗拒就发生了作用。因此阻抗的发生，往往正是病人问题之所在。无论其表现形式如何，阻抗会一直贯穿于治疗的全过程之中。阻抗一方面是治疗的障碍，另一方面是治疗的中心任务之一。治疗者需经过长期努力，通过对阻抗产生的原因进行分析，帮助病人真正认清和承认阻抗，治疗便向前迈了一大步。

移情分析

当一个在幼儿时，跟自己的父母所经历的特殊亲子关系与感情，往往会固定下来，日后与具有权威性的，类似父母的人们，如老师、医生与治疗者接触后，也会产生这种“移情关系”。病人与治疗者接触后，也会产生这种“移情关系”。治疗者通过移情可以了解到病人对其亲人或他们的情绪反应，引导他讲出痛苦的经历，揭示移情的意

心理门诊义，使移情成为治疗的推动力。

移情作用在治疗开始即发生于病人心里，暂时是最强大的动力。这种动力的结果，如引起病人的合作，则有利于治疗的进步；一旦变为抗力，那便是十分麻烦的事情。对移情的这种本质，病人是意识不到的，这就要求治疗者能够巧妙地利用移情。将移情转化为治疗的动力。

解释

解释是心理分析中最常用的技术。解释的目的是让病人正视他所回避的东西或尚未意识到的东西，使无意识中的内容变成意识的。解释也是克服抗拒的主要方法，其过程就是医生对病人的一些本质问题加以解释，引导和劝阻，使病人对他一直没有理解的心理事件变成可以理解的，把看起来似乎没有意义的想法和行为与可以理解的往事联系起来，并逐渐理解抗拒和移情的性质，只有这样才可以使症状渐渐消失。解释要在病人有思想准备时进行，此外，解释是逐步深入的，根据每次会谈的内容，用病人所说过的话做依据，用病人所能理解的语言告诉他的心理症结所在。解释的程度随着长期的会谈和对病人心理的全面了解而逐步加深和完善，而病人也通过长期的会谈在意识中逐渐培养起一个对人对事正确成熟的心理反应和处理态度。

以上我们介绍了心理分析治疗的具体实施方法。下面我们通过一些具体的案例来说明心理分析疗法在治疗某些心理障碍和心理疾病中的实际应用。

例一：他的痛苦源于童年经历

某男，20岁，大学二年级学生，性格内向，喜静不爱动。很少与人交往。但是他学习用功，从小成绩较好，上大学后其学习在班上也属中上水平，还偶尔获得过奖学金……然而，他的精神生活却是特别烦躁和痛苦的。因为多年来，在他的心底始终存在着一种难言的病痛——害怕女生，这种心态经常地折磨着他。他说，每当突然看见或接近女同学时，心里立刻产生一种无以名状的恐惧感，同时后脑勺还伴有阵发性头疼。比如，有时在课堂上，当眼

睛自觉不自觉地一下扫视到前面或旁边的女同学时，马上就感到很不自在，进而惶恐不安，不可自制。此时此刻，他坐卧不安、情绪烦躁，思绪很乱，教师的讲课也听不下去了……有时甚至看见女生较鲜艳的衣服或长发也会有同样的痛苦感受。

几年来，这个毛病一直使他十分痛苦，精神负担很重，又不便对别人说，只好默默地忍受着。为了减少痛苦，他不得不尽可能限制自己的视线，缩小自己的生活圈，从不主动和女生接触，也很有少与其他同学交往，整天静坐一处，独往独来，郁郁寡欢，他自己感到十分孤独和自卑，和同学们的关系也很不融洽。于是，同学们都说他性情古怪，还有人骂他有精神病。他有口难辩，痛苦不堪。尽管他根本不承认自己有精神病，但内心也越来越怀疑自己的精神不正常。他曾努力设法摆脱痛苦，可是一切努力都是徒劳的。他也曾几次到校外的医院自费求医，还去过一趟精神病院，人家都说他没有精神病，以神经衰弱来治，开了不少安神、镇静之类的药，服用后也没有太大的效果。后来，他逐渐意识到可能是心理上的问题时，便翻阅了一些有关心理学方面的书和杂志，但也始终没有打到解除自己痛苦的有效方法。经过激烈的思想斗争，他终于抛开一切顾虑，鼓起勇气，主动来寻求心理治疗了，迫切期望通过治疗为他解除精神上的痛苦。

根据该同学的病症主诉，初步诊断为恐怖性神经症。为了探对产生恐惧症的原因，治疗者重点询问了他的成长环境和主要经历。之后，让他静心细致地回忆以往所经历的重大生活事件，特别是与害怕、恐惧有关的痛苦体验的情境。经过片刻的沉思和回忆，他终于想起并讲出了与病症有关的两件难以启齿的事。

第一件事：大概在他刚懂事的时候（可能在上小学之前）由于家庭居住条件所限和生活习惯地原因，他从小一直和父母同睡一床。有一天夜里，当早已入睡的他从睡梦中惊醒时，突然发现父亲和母亲抱在一起作爱的场面，此时不太懂事的他感到疑惑不解，想看又不敢看，既感到惊奇，又特别害怕。于是，他紧张得大气也不敢出，动也不敢动地紧紧抱着被子缩作一团……

第二件事：那是在上初中以后的青春初期，有一天晚上他做了一个色情梦，在梦境他紧紧地搂着同班的一名女同学拥抱戏闹，急切地想与她性交，可是最终没有成功，当他被突然惊醒后、心中剧烈，气喘嘘嘘，还出了一身冷汗并有遗精发生……这是他第一次发生这种事情，心理感到特别的紧张和害怕，还为自己灵魂肮脏和行为下流而悔恨不已，几乎一夜没有睡好觉。

从此以后，每当他想起这件事，内心就产生一种负罪感和恐惧感，十分痛苦。这段时间，当地在学校看到那位女同学时就很不舒服，觉得侮辱了她，对不起她，总是有意地躲避她。有时想看她，又怕见到她……

随着时光的流逝和学习的紧张，上述的两年事在他的脑海里早已淡忘。可是，不知从什么时间开始（大约是高中阶段）逐渐发展到见了其他女生也觉得不太自然，越来越害怕看到她们。不过当时由于高中学习负担重，精神压力大，整天埋头功课，因此尽管病症时有发生，但痛苦还不太严重。没想到上了大学之后这种恐惧感与日剧增，发生的次数的强度越来越厉害。使他的精神负担和内心痛苦也越来越重。

经过分析与诊断，治疗者认为该同学的心理问题，属于典型的恐怖性神经症，由于发病早，持续时间长，程度较重，因此治疗的难度也比较大。通过详细的了解和认真地分析认为，导致该同学对女产生恐惧感的原因主要有

两个：一是少年时期他经历的“两件事”对他造成的精神创伤和因性无知而产生的性恐惧和性压抑的心理病态是病症得以发展、加重的重要主观因素。其病症发生与发展的过程大致可描述如下：“两件事”对他的精神刺激和痛苦体验 恐惧感 对那位女生的负罪感 对其他女生的恐惧 对女生的象征花衣服或长发的恐惧（恐惧变形）。在这一恐惧症的发展过程中，该同学的不良个性如过分内向、压抑、自卑等特点成为病症的温床，从而使恐惧感不断得以强化，促使这一病态心理定势的形成——恐怖性神经症。至于在恐惧时出现的阵发性头疼是由于精神紧张和痛苦所产生的病态反射、完全是心因性有。如果恐惧感消除了，头痛也就不会发生了。

治疗者采用心理分析法，将该同学因“两件事”所感受到的痛苦体验而形成的潜意识放到意识状态中来认识，使之得到醒悟。在近半年的时间内对该同学进行了4次治疗，在他的积极配合下取得了较为满意的效果。他的恐惧感的发生由多变少，由强变弱，自我感觉良好，从而增强了战胜病痛的信心。到学期末他的病症基本解除，头痛已完全消失。他与同学的关系也比较融洽，特别是与女同学的交往趋于正常。由于卸掉了一个沉重的精神包袱，他的精神面貌大为改观，昔日痛苦烦躁的脸上出现了笑容，生活中有了欢乐。基本上恢复了一个青年大学生的正常生活。

诊断分析

以上是使用心理分析法成功地治疗异性恐怖症的一个案例。在治疗过程中医生帮助并引导患者回忆儿时的精神创伤和痛苦体验，找出了与恐怖对象相联系的心理冲突事件，并使之上升到意识层次，使病人得以认识。当病人明白他的恐怖根源时，治疗便达到了效果。

例二：“切黄瓜”使他感到窘迫

一位英俊潇洒的研究生坐在我的面前，提出这样一个问题：他特别怕切黄瓜，无论是在学校的公寓里，还是在女朋友家里，只要看见有人在做菜，清洗黄瓜，然后再把黄瓜一片片地切开，他就情不自禁地紧张、害怕，能躲就躲过去，否则他会哆嗦起来，从旁边艰难地走过。

他一边叙述着，一边用带迷惑的眼光凝视着我，希望我能解开他心理的疑结。

我笑了，笑得几乎出了声。这更加重了他的迷惑，似乎在问我为什么笑，这有什么可笑？

我没有真回答他的问题，反而追问他：除了黄瓜之外，难道没有别的可怕的东西，比如刀、剪，或者是类似黄瓜的物品？他想了一阵，点点头说：单独拿刀剪我不怕，但是如果和黄瓜在一起我就怕。

“如果没有刀，只有黄瓜，你怕不怕黄瓜？”

“不怕！”

“这样看来，你是怕刀正在切黄瓜的场面或预示着就要切的情景，是吗？”

“你说得太正确了。”

“那么除了黄瓜之外，诸如白菜、西红柿和刀放在一起，怕吗？”

“不怕，但如果是香肠、水萝卜，必须切开吃的都怕。”

“啊！我明白了。”

“你明白什么？知道我为什么怕吗？”

“这需要分析才能肯定，不过有一点估计是不会错，那就是黄瓜、香肠对你所具有的象征性意义。”

“它们象征什么？”

“聪明的研究生，难道这还需要问我？”

“我真的不知道。”

“或许你不知道，这是因为你把黄瓜和刀结合到一起去了。假如单独看黄瓜、香肠，难道你不觉得它们很像男子的阴茎？！”

“这……”研究生显得局促不安，面色有些发红。就这点他没有再说什么。随后他接着说：“有一次，同学们礼拜天聚餐，桌中间摆了一盘水萝卜，男同学每人拿一个咬着吃，我也吃着，感到清脆可口。这时来了个女同学，她拿起萝卜后，顺手从口袋里掏出一把小刀，开始削皮。不知为什么，一下子我感到天旋地转，紧张得全身冒汗，躺在床上便失去了知觉。同学们以为我病了，抬到校医室打了一通吊针才醒过来……”这位研究生仍然津津乐道地叙述着他的感受，似乎对我前面提到的“象征”问题没有在意（无意识地回避）。换句话说，在他的意识中，根本没有把黄瓜和阴茎联系起来。于是我不得不再次提醒他：“黄瓜很像男性生殖器，是不是？”

“是，香肠也像，但这和咱们谈的主题有什么联系？”

“假定你在宿舍更换内裤时，有个同学拿把刀在你面前晃动，你也有这种感受吗？”

“没有这种情况，如果有，我也不会怕，因为这毫无联系。刀可以去切黄瓜，怎么去切……”他的面色突然发白，意识有些恍惚，脑袋靠在沙发背上，双目紧闭，半晌没有动静。

我知道这回是触动了要害，触动了压抑在潜意识里的故事。

为了放松一下，我并没有紧逼，而是迂回地借用了一个电影情节来启发他的领悟：

“你看过美国影响《爱德华大夫》吗？”

“看过。”

“想想看，你目前的状态与假爱德华大夫的经历有什么共同之处？”

“他是怕条纹状的东西，特别是两条平行的条纹。他一见条纹就恐惧不堪，以致昏倒在地。我则是怕黄瓜和刀。”

“他为什么怕条纹？”

“因为他童年时曾把二岁的弟弟从楼门外的台阶两旁的滑台上摔下去致死。他心里一直内疚，尽管事情已过去20多年，似乎一切都已忘记，但两条平行线条（代表着门前的两个滑台）仍然起着某种作用，使他恐惧紧张……”

“也就是说平行的线条象征着以前的左右两个滑台。因为这滑台与摔死人有关，所以见到条纹才焦虑不安。是不是？”

“是的，有道理。”

“那么你能不能联想一下这黄瓜和刀的故事呢？毫无疑问，他不会再反对黄瓜象征着阴茎的说法吧？”

“……我不知道。”

“问题的关键就在这里，那位假爱德华大夫也不知道为什么怕条纹，而

是心理医生给他用了精神分析术后，他才忆起往事达到领悟的。”

“难道我小时候受过某种威胁？”

“这种可能性太大了，好好想想，今天想不出来，明天再想，每天想，迟早你会想起‘刀、黄瓜和阴茎’这故事的。”

终于在10天之后，这位研究生兴冲冲地又出现在我的面前。他告诉我一个说不清是几岁时的往事：

“好像是奶奶在过生日，家里人特别多，妈妈和阿姨们都在厨房帮着做饭菜。我围着妈妈转，伸手向妈妈要黄瓜吃。妈妈不理我，我就哭。站在妈妈身边的阿姨很厉害他说：‘别闹，如果再闹就把你的“小鸡鸡”割下来。’她一边说这话时，一边不停地切着黄瓜（妈妈似乎在切香肠）。在说割‘鸡鸡’时，那刀有意地高抬重落，正好把一段黄瓜震落在地上。她一手拿着刀，一手躬身拾地上的黄瓜，那刀恰好对着我的‘小鸡鸡’，我吓得哇地一声哭了出来，捂着‘小鸡鸡’边跑边喊：我不要黄瓜了，不要黄瓜了……”

“太好了！这才是你怕刀切黄瓜的真正原因呢，其实你是怕刀割你的阴茎，不是吗？”

“按你这种解释，我应该一直怕刀切黄瓜，为什么我这怕到二十几岁才发作呢？”

“你问得好，心理奥秘说法在这儿。假爱德华的怕条纹也不是从小到大都有的，而是20年后在滑雪场的一场意外惊吓后才引发出来的，雪橇在雪在上留下了两道印痕，而那印痕的尽头是一具被谋杀的尸体……现在你该能想起来，是什么时候什么情况使你又把这一切黄瓜的记忆复现的了。”

“我想起来了！那是去年的一个假日，对门的邻居，一个妇女在做菜，也是她们的一个孩子闹着要黄瓜吃。那个妇女显然是被孩子闹烦了，大喊一声：给你吃！一刀剁下半根黄瓜扔给孩子。随后又说：男孩就是不如女孩老实，你看人家小妹妹就不闹，明天非把你的‘鸡鸡’割掉当女孩养不可……我听了这话真刺耳，不知不觉中吓得起了一身鸡皮疙瘩。以后这刀切黄瓜便成了我的忌讳了。”

“现在你总该明白了吧。你的病恨就是童年体验在作祟，其实，你再想想，你都这么大的人了，谁敢如此猖狂地对待你，敢把你的阴茎割下来呢？当然不可能，那么你怕什么？这就反映了一个心理学上的问题，就是以童年的体验为基础，用幼稚的思想来指导成人的行为。许多说不清道不明的心理疾病，就是由此而引起的。尤其是性心理障碍。”……

诊断分析

案例二是陈仲舜老师的一次心理咨询手记。同时，陈先生帮助并引导病人回忆自己童年经验：病人在幼时曾受到一位阿姨的惊吓（这位阿姨威胁说要将他的‘小鸡鸡’割下来），而当时病人刚好看到她将一段黄瓜切落在地，于是便将“切黄瓜”与“割阴茎”联系起来。最后，陈教授向病人解释了问题的症结所在——其病根就是他的童年经验在作祟。这是使用心理分析法治疗恐怖症的成功的一例。

例三：是什么使他想成为女性

患者王某，男，19岁。系某市服装厂工人。1993年3月在报纸上看到一则报道“某医院改性手术获得成功”后渐出现一种想法：认为自己内在是真正的女性，只是躯体没有按照其真实的本质发育而导致了他的男性外表，只要通过外科手术，就会还其女性的本来面目。平时看到一些英俊的男性，就会产生一种想拥抱对方并与其结婚的冲动。随着病情的发展，患者焦虑、抑郁严重，表现紧张、怕见人、整日闭门不出。曾在多家精神病院门诊就医，使用药物治疗以及进行厌恶疗法，但情况不见好转，患者内心十分痛苦。最后决定接受心理治疗。

经过详细的询问病史，体格检查和精神检查，确诊患者为“易性癖”。初次会谈时治疗者向患者介绍了一些心理治疗的知识和过程。对患者的病情及内心疚表示理解和同情，使患者认识到自身的状况是一种“性心理问题”，只要积极配合医生的治疗，病情是会逐渐好转的。经过初步诊断，决定采用心理分析疗法治疗。

分析性心理治疗以医生和患者一对一的单独谈话为主，每次30分钟至1小时，开始时每周3次，以后随着病情的改善而逐步减少次数。治疗分三个阶段。第一是耐心地倾听病人诉述，让患者在自由联想中随意发言。第二是同病人一起分析史材料，帮助病人提高对疾病的认识。第三巩固成绩，提高疗效、预防复发。

通过数次会谈，治疗者对患者进行自由联想，对患者的情况有了一个较为完整的了解。从而开始与病人一起进行分析：患者自小是在保姆（女性）的照料下长大，缺乏父母、尤其是父亲的教导。只能依恋、亲近于保姆，并常常模仿保姆的言行。由于保姆偏爱女孩，又将其女装打扮，使其无意识中在学习怎样做一个女人。又由于保姆的宠爱，养成了孤僻、不合群的性格，上学后亦缺少男性玩伴。他的“心——性”发展无法顺利地达到成熟。一种“女性意识”逐渐植入幼小的心灵。然而，随着年龄增大而出现的男性特征，所受的教育和社会的道德准则使其“女性意识”被压抑入“潜意识”中。现在其进入青春期后，由于经受到自身内在的性本能发动而失却了儿童期的那种平静的内心平衡。与此同时，一个偶然的机——报上关于手术改变性结构的报道，促使其潜在的“女性意识”突破阻抗而进入意识层。

即出现了目前的认为自己本质是女性的变态心理。

通过自由联想，使患者内心积聚很久的压抑情绪得到了发泄。

再通过医生的分析解释，患者开始理解和认识了自己的结症所在，原有的想法失去了存在的意义，症状也逐渐消退。

以后的几次会谈，治疗者对以上的分析解释进行反复强化，并应用人际关系治疗指导患者怎样去适应外界环境，增强其对内心矛盾的应付能力。前后经过12次会谈治疗，治疗结束时患者已能回厂上班。半年后随访，症状未复发，患者工作顺利。

诊断分析

这是采用心理分析治疗中的自由联想法对一例“易性癖”患者的治疗，治疗者严格按照心理分析法的过程进行治疗，取得了较好的效果。本例说明了分析性心理疗法可以用于性心理障碍的治疗，而且起到了药物治疗未能达到的效果。

第十二章 认知领悟疗法及典型治疗病例

这一疗法是钟友彬医生在研究了经典的精神分析疗法之后，又结合我国的具体国情和多年临床实践创立的一种适合中国病人治疗的改良方法，又称“中国式的心理分析法”。

一、认知领悟疗法的基本理论

认知领悟治疗主要遵循心理分析的理论原则进行。钟友彬认为：病症的根源在于儿童时受过的精神创伤，这些创伤引起的恐惧在脑内留下痕迹，在成年期遇到挫折时就会再现出来影响人的心理，以致于用儿童的态度去对待在成年人看来不值得恐惧的事物。病人在接受治疗前对他们病态行为的幼稚性和幼年儿童的行为模式不能自知，通过医生的解释、分析、积相讨论。病人联系自己深入思考，最后能真正认识到病态行为的幼稚性，领悟到它是儿童期留下的痕迹，是成年人不应再保持的幼年心理行为模式，随之发生情感和行为的改变，症状也就自然消失了。

在涉及具体症状表现时，钟友彬认为性变态病人在幼年期有主动参与的具有快感的性经历或性游戏的经验，在成长过程中，这种经验被遗忘，进入无意识地采用幼年的方式解决成年期的困难和性方面的问题，就形成了性变态，如病人在儿童期有主动性的性经验，至青春期发育时产生怕羞和对儿童期经历的自责时，其所产生的羞耻反应与对他人的敏感性关系妄想相给合，即产生见人恐怖的症状。当幼年期的恐怖经验进入无意识之中，成年时遇到挫折使幼儿期的恐惧再次显现出来，并采用幼年的行为方式排除这种恐惧，此时病人表现出的就是强迫症状。

在治疗过程中，钟友彬认为，可以询问病人的生活史和容易记起的有关经历，但不要求勉强回忆“不记事年龄”时间的经历。对于病人的梦，可偶尔谈及，但一般不做过多分析。在治疗中，应用较多时间引导病人分析讨论症状的性质，说明其幼稚性和成年人的身份是不是相称的。钟友彬认为治疗的目的是要消除病人的症状，而症状的消除需有病人对治疗者解释的领悟。病人的领悟是在治疗者引导下达到的，因此疗效的取得不在于揭示了幼年的精神创伤，而在于病人对治疗者解释的信任，这就是领悟的实质。领悟的内容则是治疗者灌输给病人的；病人自感以前的想法及行为可笑，自己抛弃了原有的态度、行为，使症状得以消失。

二、认知领悟疗法的具体方法和步骤

1. 认知领悟疗法的适应症为强迫症恐怖症及某些类型的性变态。

2. 采取直接会面的方式。在病人同意的情况下，可有家属参加，每次会谈时间 60—90 分钟，间隔时间不固定。如有可能，可要求病人写出每次会谈之后对医生解释的意见及自己对病情的体会。

3. 初次会谈主要是了解病史。尽可能在 1 小时内叙述完，同时进行精神检查，考虑是否适用于认知领悟治疗。如确系适应症，可对治疗方法进行说明并开始初步解释。这个阶段要尽可能建立起主动——合作型医患关系。

4. 在以后的会见中，可询问病人早年经历中印象最深的事，但并不要求深入回忆“不记事年龄”中的经历。对病人的梦亦可谈及，但不做过多分析。

5. 引导病人并和他一起分析症状的性质，解释这些症状大都是幼稚的情绪和行为，有的甚至近似儿童的幻想，在健康的成年人看来是毫无意义的。

6. 当病人对自己的症状有了初步的认识和体会后，即可进一步解释病的根源在幼年时期。

三、认知领悟疗法治疗病例

病例

例一：被荒唐念头困扰的学子

患者男性，20岁，大学二年级学生。初诊时，他诉说半年来头脑中经常出现一些怪诞想法（自称为妄想），例如，他总想到一些与乱伦有关，并认为在一个家庭中，男女家庭成员之间都会出现乱伦的情况。但有时他又觉得这些想法不对头，想使自己尽量不去想它，可怎么也摆脱不掉，一些诸如此类的怪念头有头脑中盘旋。他渐渐怀疑自己的精神不正常，并因此感到十分苦恼和焦虑，以至影响了正常的学习和生活，经常有失眠及早醒。在此之前，未接受任何心理疗示及药物治疗。

在了解以上情况之后，治疗者请他谈谈个人和家庭的有关情况。他说，自己出生在一个小城镇上，父亲是农民，只有小学文化。而母亲原为省城某机关的干部，在长期分居后为照顾家庭，其母也调回城镇。但其母调回后又感后悔，多有不满意，常与其父吵闹、嘲笑其父无能。而其父则表现得非常懦弱，对其母总是忍让。他有两个姐姐、一个妹妹，只有他一个男孩，其母对他格外宠爱，而他从小也非常喜欢妈妈，与父亲的关系则很冷淡。咨询者对其表现出理解和同情，并希望他能就上述症的起因进一步细谈，但其欲言又止，似仍有一定顾虑，见状只好约其三天后再来。

第二次：三天后该大学生如约前来，见面后即告诉治疗者，他近来正与一位女同学谈恋爱，俩人感情十分融洽，一往情深，他非常喜欢她。但是，在今年暑假时，他到女友家里去玩，却发现她与其父亲的关系似乎特别亲密，如：姑娘常常倚靠在父亲的身上撒娇；在散步时，其父亲常用手臂挽住女儿的腰部等。当他看到这些情景时，内心便感到不安和痛苦，并由此联想到父、女之间可能会发生乱伦。从此就经常出现这类想法，难以解脱。治疗者就此向他指出，在许多家庭中，女儿和儿子渴望得到异性父母的爱恋或者父母喜欢异性子女，这都是一些较常见的现象。不过，正如你的母亲对你的爱恋一样，这样的关系一般不致发生乱伦。关于你想象的那种乱伦情况，虽然偶尔也会发生，但其发生率很低的。而且发生这种问题的家庭常存在家庭障碍，其父母常有人格或心理异常。他对此表示有所领悟。治疗者最后提示其回忆有无幼年留下的心理创伤，约下次再来。

第三次：他说经前段治疗后感到有所减轻，但有件事想告诉治疗者又怕难为情，咨询者即示意他不要有顾虑，可大胆讲出来。他便说在儿童时期（约七八岁）他曾有几次好奇地用手触摸过其妹妹的外阴部，待他随年龄增长渐渐懂事之后，每想起此事，便总有一种负罪感，觉得自己破坏了妹妹的贞洁，对不起妹妹，是个有罪的人。后来，在他与女友谈恋爱的过程中，每当看到其父女之间的关系过分亲密时，就会很快联想到他们之间也很可能发生类似乱伦的事，并陷入深深的痛苦之中。治疗者对此作了分析，说明根据性心理的发展规律，处于一定年龄阶段的儿童，会对性的差异产生一种好奇感，进而便可能发生对异性的探求欲，如：相互观看、抚摸对方的性器官等，这都是性心理过程中很可能发生的常见情况。比如你在幼时触摸妹妹外阴的情况，就属于一种很自然的现象，并非是什么乱伦或犯罪。而你却据此联想到

自己的女友与其父之间也存在所谓乱伦行为，这显然是不妥当的。这也与你后来在心理上出现的某些偏差及误解有关。对于幼年的性经历或性游戏，大部分人都会淡忘。但如果有人经常怀着负罪感回忆此类经历，则势必会引起心理障碍，影响心理健康。他对此分析表示领悟，并认识到自己原来的那些想法确实很幼稚可笑。毫无道理。他还说刚才鼓足勇气谈出了幼年的那段经历并听了治疗者的解释之后，马上就有一种如释重负之感，觉得心理上轻松了许多。至此才找到其问题的真正根源，而其症状也顿时减轻了大半。几天之后，他前来告知治疗者，他已经不再有那些怪诞的想法了，情绪稳定，睡眠已渐正常，学习也安心了。

诊断分析

这是治疗者运用认知领悟疗法治疗强迫症的一个案例。初次会谈中治疗者主要是了解了病人的家庭背景及当前症状；第二次会谈中治疗者指出了病人头脑中的想法（父女乱伦）是不正确的，并进一步要求病人回忆幼年时期有无心理创伤；第三次会谈治疗者则根据病人对幼年经历的阐述对病人当前的强迫性观念进行了分析与灌输，最终使病人认同并领悟到自己想法的幼稚性，此时治疗便取得了成功。

例一是一起对强迫观念的治疗，下面我们介绍一则采用认知领悟疗法治疗强迫行为的案例。

例二：“不干净的世界”

女，46岁，职员，大专文化。10多年来反复洗手、洗衣。全身任何部位每接触他人或物品即感到沾上了“脏物”，必须立即洗涤，否则焦躁不安，每当要克制，容忍时，则出现胃部不行之现象，情绪不宁、食欲下降，这些症状只有通过洗涤，心情才能平静。近三个月来病情加重，觉得“脏”东西无止境地沾来沾去，从如手碰到外衣，外衣又沾到内衣，内衣又沾脏了被褥、枕头，因而几乎每天无穷无尽地要洗许多衣服、床被，直至深夜，影响睡眠。对这种“脏”的恐惧使她不想上班，只愿卧床以免与外界接触，不过分洗涤，使自己感到轻松、愉快。经过一些时间治疗效果日益巩固。以下是几次治疗内容：

第一次患者以焦虑、痛苦心情滔滔不绝地谈了有关她的病状约一时许。“脏”东西如何沾来沾去，以致不得已要无休止地洗至深夜、影响了与常人的接触和工作，感到万分苦恼。在述病过程中医生难以插话，因而只做了耐心地倾听，约她下次再诊。

第二次患者来诊情绪稳定些，认为终于找到一个能耐心倾听她的赘述，能理解她的人。要求医生谈谈对她病的看法。此次医生主要明确告诉她患的是强迫症，可治愈，但要有一个过程。并让她进一步谈谈这“脏”东西究竟是什么？患者说精液，因五年前在工作中接触到不少两性乱伦的案件，怕有人把精液沾在衣服上又间接沾到她身上。从谈话中了解到患者对精液特别“敏感”恐惧。确定下次谈话内容为：为什么她对这种人体正常排泄物反应如此敏感。

第三次患者谈了她以前在调查奸淫案件中，了解到了有些男女在光天化

日下干不规矩的事，而自己很厌恶这种行为，“敏感”可能与此有关。医生向她指出这种解释显然不是真正的“原因”，要从自我去找。约她下次谈谈自己的恋爱、婚姻、性生活史。

第四次患者真诚地向医生谈了自己痛苦的婚姻史。15岁初恋，爱上一个理想的同学，由于父母的阻挠，及政治原因（对方家庭出身问题）而被迫中止，并曾约定双方30岁以后再结婚。但两年后知道对方已结婚，自己痛苦万分却仍信守诺言直至30岁才与现在的丈夫结婚。结婚前夕，初恋的同学来看她，并声言自己犯了一个最大而又无法挽回的错误而依依惜别。而患者自己婚后又夫妇感情不好，两地分居，对方另有新欢，精神上再次受打击。但患者不认为婚姻生活创伤与自己的疾病有什么关系。而医生却从这次谈话中了解到她的恋爱的挫折，给“领悟”治疗打到一些线索和出发点。告诉她，她的病肯定与此有关，但还不能充分说明为什么她对精液如此敏感。让她进一步回忆幼年的生活史和所受的家庭教育。

第五次患者谈到自幼家教很严，父母不许子女说一句粗话，家庭中从不谈男女之类的话，在中学读书不许她和男同学接触，对男女接触认为是肮脏的行为。对性行为的产物精液更为惧怕，平时与丈夫性交后总是彻底洗净。在了解了她的性成长史后，并启发她去认识她疾病症状与上述家庭教育，生活经验，婚姻挫折，性压抑有关。

第六次交谈着重由医生分析创伤与强迫症之间的联系。内容为精液是成年人的正常生理产物，如血、眼泪等一样，而患者对此特别敏感是一种幼稚心理的反应。对性产物的过分敏感和恐惧是她性创伤和性压抑的两极心理表现。患者的症状表面上是表示自己爱清洁，崇清白，讨厌和鄙视性行为，实际上是满足自己压抑了的性行为的一种象征，即以本能地洗的动作来实现其压抑了的性欲望。患者初听觉得有一定道理，但有些惊讶。同意回去思索下次再谈。

第七次患者来诊时轻松多了，表示能接受医生的分析。领悟到要从标榜自己清白、坚强，转而否定自己的疾病行为。表面看来怕“脏”，实际却在满足自己的“脏”行为。患者在日记中写道：医生指出我患病的真正原因是潜意识作怪，当时我受不了，心想我对这事兴趣不大，实际上性是人的本能，尽管意识上不承认，但压抑了潜意识的东西总要以各种方式表现出来，我怕“脏”而反复洗的动作，实际上是用这种方式来满足我压抑了的性欲望，是满足性行为的象征。这种分析我不仅从理论上接受，它还像咒语一样，当我要去洗的时候就想到这是见不得人的幼稚象征行为，这样我就不再去了，从而紧张恐惧的心情也就清除了。

例三：遭受强奸之后……

某女，28岁，干部，大专文化。因夫妇后感情不合，双方长期分居而男方要求离婚。久则使患者出现失眠、情绪低落、整天无精打彩、工作和生活丢三拉四……多次求医，经大小医院诊治无数次，中西药治疗均未见效，最后求助于心理治疗。

第一次会见患者貌好质雅，但外观精神疲惫、憔悴、愁眉苦脸。未开口

已声咽泪下，痛苦伤感地介绍由于夫妇感情不合导致了自己健康水平每况日下，影响了工作、生活等等。使自己仿佛变成了另一个人似的，敏感、怕事、惶惶不可终日，求医生救救她。当治疗者询问与丈夫如何感情不合时，患者却表现犹豫不定、欲言又止。治疗者判断患者有苦衷故未追问。经过对患者对全面身体检查，未发现阳性体征，第二性征发育正常，内外生殖器正常。后告诉患者，她的问题可能是心理上的原因所致。有权保留隐私，但肯定不利于健康。要求考虑后再来。

第二次会见患者谈了些一般状况后表示愿意配合医生治疗，她告诉治疗者婚后第一次夫妇生活时大汗淋漓、疼痛难忍……以后丈夫再要求同床时，一概采取推诿和婉言拒绝，久则造成丈夫猜疑，而使夫妻不合至今。询问：“为什么夫妻生活那样疼痛？都一样吗？”

治疗者当即否定了她的疑问，因为她没有妇科的特殊情况，且告诉患者初次性交可能出现不适，但绝不会出现她这种情况。告诉她出现这种情况可能有原因，做了妇科检查，生殖系统发育正常，所以出现这种情况，可能是心理上的原因。其后，医生要求病人认真回忆一下幼年的经历。经过一番慎重沉思后，患者吞吞吐吐地告诉了原因：在她12岁时遭人强奸，出于名誉未曾告诉过任何人。但从那时起对男女关系之事深恶痛绝。因此结婚较晚，完全是父母和社会压力。当第一次与其丈夫同床时，特别紧张，一怕丈夫发现自己不是处女，二是脑子里马上出现遭受强暴时的情景，不觉大汗淋漓、疼痛非常。以后拒绝与丈夫同床，造成了这种局面，治疗者感谢患者对自己的信任，表示对此事保密，并告诉患者由于未成年时遭受强暴，不仅造成肉体痛苦而且也导致了心理创伤，久则形成了对性的恐怖，长期的性恐怖，造成了性回避。加上你精神紧张，怕丈夫发现自己的隐私导致了性交恐怖性疼痛。最后治疗者诚恳地给患者传教性知识，告诉她性不但繁衍人类，而且是情感的联络和享受。应该主动去试试。过后同你丈夫一起会谈。患者表示同意但要求保留其隐私。

第三次会见患者和丈夫同来。情绪较前有好转。做一般交谈后对男方指出：首次性生活不成功例子很多，不必胡乱猜疑，应该找一找原因，属于生理问题要找医生治疗，属于心理问题找医生咨询，属于性知识缺乏可以向医生及亲朋好友请教。然后大胆地去做，只要成功一次问题就会迎刃而解。对夫妇俩作一般性性生活辅导后嘱回去后试试再诊。

第四次会见夫妻二人高兴而来，女方主动介绍情况，虽然仍感疼痛，但已能进行。

第五次会见已能正常性交并有快感，第六次会见后怀孕，一年后已生子。

诊断分析

本例是对性交恐怖症的治疗，在掌握了病人性创伤及以往发展史后，治疗者分析并命名病人领悟到当前的幼稚想法与行为，特别是有关性交的新内涵，使患者的症状陆续消失。

我们在本书第一章中也曾报导了一例钟友彬大夫对“社交恐怖症”的治疗，由此可以看出，用认知领悟疗法治疗恐怖症是卓有成效的。此外，这一中国式的心理分析疗法同样适用于性变态与性心理障碍的治疗。

第十三章 行为疗法及典型治疗病例

人和动物的行为都由一定的心理因素引起，但是人对很多行为的原因又往往说不出个子丑寅卯来，只好以“我就这么觉得”等不是理由的理由来堵住别人的追问，安抚自己的良心。

行为主义者则不然，他们认为历史和现实环境决定了行为。例如“鸟为什么会做窝？”人常常说是鸟的本能。而行为主义者认为当一只鸟偶然栖息在一个窝形的地方，结果它和它的后代比起风雨飘摇中的同类要安全的多，自然界是适者生存，这种行为的多次发生使鸟类有了做窝的行为并且代代相传。由此看出行为可以因不同的结果而得到强化或消退。这处观点也影响到对人的异常心理的治疗。这便是行为治疗。

一、行为疗法的基本理论

“行为治疗”一词最早是由斯金纳（Skinner）等人于1954年提出的。它注重当前的行为问题，病人的认知，或启发领悟。行为疗法的目的是要解决标本个特殊的行为问题，而不是去探讨产生这种行为的原因。

行为治疗的理论基础主要来自行为主义的学习原理，主要包括三个方面：巴甫洛夫的经典条件反射学说、斯金纳的操作条件反射学说和班杜拉的模仿学习原理。

经典条件反射学说

经典条件反射原理可以解释人的某些行不是通过学习得来的，而且可以从一种刺激或情境泛化到另一种刺激物或情境中去。行为治疗即可借助这种原理命名个体已形成的异常行为逐渐消退。

操作条件反射学说

操作条件反射是解释学习的另一种方式。最早对它进行系统研究的是美国心理学家桑代克（Thondike）。继桑代克之后，斯金纳进一步的动物实验确立了操作性条件反射的定义。斯金纳以实验证明：只要实验者对所期望的某种行为进行奖励，这种行为就强化；不强化就会消退；若给予惩罚，消退加速。这一结论已成为当前行为疗法的基本原则。用操作条件反射原理也可解释人类某些行为。例如，一个小学生刻苦学习，在数学竞赛中取得好成绩，会得到老师和其他人的赞场，可能还会被授予某种证书。这些强化物可以激励他更加努力学习。由此，可以很容易地理解操作性条件反射原理可用于治疗人类的某些异常行为，在治疗过程中可以采用奖励强化法使病人习得某些行为或采用惩罚消退法以去除病人的不良症状。

模仿学习原理

这种学习原理强调榜样的示范作用，认为人类的大量行为是通过对榜样的学习获得的，不一定都要通过尝试错误学习和进行反复强化。在模仿学习的有关理论中，班杜拉的研究最突出。他认为模仿学习可以在既没有模型也没有奖励的情况下发生。个体仅仅通过观察其他人的行为反应就可以达到模仿学习的目的。

班杜拉将模仿学习分为以下四个过程：

1. 注意学习者观察榜样的特征。这一过程主要是选定学习对象、作为学习依据。
2. 保持把需要学习的内容保持在记忆里，作为学习和校正的标准。
3. 再现将记忆中的榜样转化为学习者本身，不断按照记忆中的标准或直接对照榜样进行学习。学习言再现的榜样行为带有自身的人格色彩，不是简单的重复。
4. 定型通过外部的、自我的或替代性的强化作用，使学习到的行为相对稳定地建立起来。

通过上述四个过程，模仿学习才能取得一定的效果。通过模仿学习来治疗、矫正病人已有的主动行为或不良症状也是社会学习理论家们所极力倡导的。

二、行为治疗的常用方法

行为治疗家经过实验与多年临床经验，创立了许多治疗上的方法，这些方法都是建立在行为治疗的基本理论之上的。目前流行的方法比较多。许多行为治疗方法都已成为广泛应用且富有成效的治疗方法。在下面我们通过具体案例说明各处疗法的实际应用。

系统脱敏疗法

由精神病学家沃尔普首创，是目前欧美最为盛行的行为治疗方法之一。系统脱敏疗法的基本思想是：使一个原可以引起微弱焦虑的刺激，在处于全身松弛状态下的病人面前重复暴露，从而使刺激逐渐失去引起焦虑的作用。

系统脱敏法通常包括以下三个步骤：

1. 放松训练训练病人全身肌肉进入松弛状态。
2. 建立焦虑的等级层次针对病人对不同情境产生不同程度焦虑的情况，从可以引起最轻微焦虑到能够引起最强烈恐惧，将各种恐惧情境按从低到高的顺序排列。
3. 想象脱敏让病人在肌肉松弛的情况下，从最低层次开始，想象产生焦虑的情境。如果在想象焦虑情境时，肌肉仍保持松弛，也即没有引起焦虑，就往高一层次的焦虑情境想象。假如在想象某一层次情境，并进行肌肉松弛训练，直到焦虑消失、肌肉放松，然后再进行高一层次的想象。焦虑情境层次的建立要根据具体病人的疾病和症状而定。

经过上述三个步骤的治疗、如果病人的最高层次的恐惧情境中能保持放松状态，焦虑情绪就不再出现，治疗也就获得成功。

放松疗法

放松疗法又称放松训练，是指在一个安静的环境中，治疗者转导病人使用意念使情绪轻松和肌肉放松，以缓解病人紧张、焦虑、不安、气愤的情绪。放松疗法的具体方法包括：

1. 深呼吸放松法病人双肩自然下垂，闭上双眼，然后慢慢地做深呼吸，以减弱紧张的情绪反应。这种方法虽简单，但常可起到一定作用，因为病人遇到紧急场合常记不起或根本不知道该怎么办。
2. 静坐法病人采取坐或卧的姿势，调整呼吸，排除杂念，使头脑一片空白，即达到“入静”。
3. 想象性放松法在做想象性放松以前，治疗者先要求病人放松地坐好，闭上双眼，然后逐步给予言语性指导，让病人自行想象。想象的内容多为积极的、好的东西。
4. 渐进性放松法美国生理学家杰克伯森创立的一种由局部到全身，由紧张到松弛的肌肉放松训练。病人在治疗者指导下，从手部开始，循着上肢、肩、头部、颈、胸、臀、下肢、一直到双脚的顺序，对各组肌肉进行先紧张后放松的练习，最后全身放松。

放松疗法在心理治疗中一般较少单独使用，因为系统脱敏疗法中已包含了放松训练的内容。

压恶疗法

压恶疗法是指使用一种厌恶性的或惩罚性的刺激（如疼痛刺激）来减少或消除某些不良的行为习惯，如酗酒、吸毒和性变态等。厌恶疗法主要包括以下三种：

电击厌恶法电击是一种物理厌恶刺激。具体做法是：让病人想象自身的不良行为（如开始吸毒），当产生这一念头时，病人向治疗者示意，治疗者立即对病人施以电击。休息几分钟后进行第二次。治疗的次数可以从每周6次到每两周一次。使病人吸毒的念头逐渐减少。使用中，对病人施加的电击强度应能引起足够的疼痛，但应该是病人能够忍受的。通常电击的强度由病人自己来选择。

药物厌恶法药物属于化学厌恶刺激。是指治疗者通过给病人服用呕吐药物而发生呕吐反应，形成对食物的条件反射。药物厌恶法多用于治疗与吃有关的行为障碍。例如，用药物厌恶法治疗饭食过度，在每次吃饭前可先让病人服用呕吐药物。一段时间后，病人单是见到饭就会产生恶心的感觉。使用这一方法的缺点是治疗需要较长的时间。

想象厌恶法顾名思义，是指由治疗者口头描述一些厌恶情境，让病人去想象，从而达到消除不良行为障碍的目的。例：用想象厌恶法治疗酗酒者，可以让病人想象酒中有某种有毒物质，喝了会产生不良后果（浑身抽搐、口吐白沫等等），这样在将要饮酒时便会有一种欲呕的感觉。

满灌疗法

满灌疗法与系统脱敏法恰好相反。反系统脱敏技术中，治疗者向病人暴露的刺激是由低到高逐渐增加强度，而满灌法则使病人暴露在最使他恐惧的刺激情境中，治疗者在此过程中鼓励并指导病人在恐怖或焦虑为止。然后，让病人休息一段时间（约30分钟），再进行第二次“强烈冲击”，治疗者根据每次治疗中病人焦虑持续时间是否减少来评定治疗效果。

满灌疗法的特点是方法简便，治疗时间短，没有考虑到病人的心理承受能力。如果病人承受能力弱，痛苦很大，则实施这种疗法就会产生困难，病人可能会因“忍受不了”而终止治疗。因此在决定使用前应慎重考虑。

代币奖励法

代币奖励法是一种利用强化原理进行更多的适应性行为出现的方法。它是以一种对病人有价值或兴趣的“货币”来强化病人的正常行为，使其不良行为逐渐消退。给病人的“货币”实际是种奖品，它能起到奖励的作用。使用代币法有以下四项原则：

1. 必须有明确的目标行为，命名治疗者和病人都知道要改进的行为是什么。
2. 必须有一处交换媒介——代币，只有在病人完成了目标行为后才能获得。
3. 必须有支持代币的强化物，即用代币可以买到或换到病人想要的物品或权力。
4. 必须建立兑换的规则，即完成何种目标或多少目标行为可获得多少代币，病人欲取得某种物品或权力要付出多少代币等。

我国许多精神病院，已采用代币制法管理病人，这种方法也常被用于培养儿童的适应性行为。但是，在个别治疗过程中，直接用这一疗法的很少，它更多用于集体治疗之中。

强化疗法

强化疗法是建立在操作性条件反射的原理之上的。当病人产生我们所希望的行为时，可立即给予奖励，促进这种行为继续发生，这称为奖励强化法，又称为阳性强化疗法。刚才我们所提到的代币制法即属于奖励强化法的一种变形。如果病人出现了异常行为。立即给予惩罚以消除这种行为，惩罚往往是一种使病人感到不快的刺激，可以是物质上的、精神上的和肉体上的，这

种治疗方法称为处罚消除法，又称为阴性强化疗法。

治疗者在使用某种强化时，要注意强化物对病人的影响，即强化物要适宜，要能够起到治疗者所希望的强化作用。此外，强化物的呈现要及时，意义要明确，什么行为给予奖励，什么行为受处罚，治疗者要心中有数。对于阳强化而言，强化的标准要逐渐提高，强化的次数应不断减少，这样可以保证每次强化都能取得一定的效果。

生物反馈疗法

生物反馈法是借助电子仪器（如皮肤电反馈仪、肌电图反馈仪、脑电图反馈仪和心电图反馈仪等装置）将人体内各器官、各系统心理过程的许多不能察觉的信息（如肌电、放大并转换成成人所能理解的信息，将视、听信号显示出来反馈给病人，训练病人通过对这些信号活动变化的认识和体验，学会自觉地调节和控制自身的心理生理活动，矫正已产生的异常行为，达到“治病”的目的。

生物反馈疗法的运用通常包括两个方面的内容。一是让病人学会减轻各种焦虑和紧张的放松训练，放松训练的方法我们在前面已有介绍。二是病人学会放松后，再通过生物反馈仪了解并掌握自身内部生理功能改变的信息，进而学会调节控制各种身体功能，解除紧张或焦虑状态，以恢复正常的生理功能。常用的生物反馈疗法包括：肌电图反馈、脑电图反馈、心率与血压反馈、皮肤温度反馈、皮肤电反馈等五种。

生物反馈疗法最主要的特点是它不仅运用了心理学知识，也需要生理学及医学知识，是三者相结合的一个划时代成就。

模仿学习疗法

模仿学习的理论基础上班杜拉（Bandura）的社会学习理论。这种疗法是让病人利用榜样的示范作用进行模仿，从而获得一种新的行为反应倾向，帮助病人以正确的行为反应取代其不良的行为反应。模仿学习分观察阶段与模仿阶段。在观察阶段，病人先观看别人的行为。这些行为的结果及给予的强化，同时这些行为也是病人希求的；在模仿阶段，病人亲自实践这种行为，治疗者则给予外部强化。

模仿学习包括主动模仿与被动模仿两种。在被动的模仿学习中，病人只是观看“示范者”的表演，自己并不参与其中，而主动的模仿学习中，病人不仅要观察，而且要参与到行动之中去。研究表明：主动的模仿比被动的模仿学习更有效，因为病人通常是通缩的，缺乏社交能力，也不能表现出适当的行为举止，他们比正常人需要更多的外界和指导，所以简单的观察（被动模仿）不能取得满意的效果。

以上我们介绍了八种主要的行为治疗方法，事实上，行为治疗的方法远不止我们所提及的这几种。行为治疗经过 20 多年的发展，其治疗技术愈来愈广泛地为临床心理治疗家所采用，已成为当代占主导地位的一种治疗方法。

三、行为疗法的应用

在本节中，我们将通过具体的案例来说明各种行为治疗方法在临床中的应用。

例一：他为何总是戴墨镜

病人，男，19岁，营业员，因害怕面对别人一年，症状加剧，不能工作。于1990年9月由其父陪伴来接受心理治疗。检查时病人戴着大墨镜，举止不自然，低头诉说病情。在医生的劝导下勉强抬头看医生一眼即满脸通红，惊惶不安，迅速将目光扫向别处。在医生多方启发诱导下患者回忆，家中父母长期不和，自己成了父母争吵时的出气筒。自幼孤僻胆小，怕羞，不合群。入学后成绩一般，课堂上从不主动发言。有次老师点名要他回答问题，即心慌意乱，结结巴巴，引得同学哄堂大笑。此后见主人即脸红，不敢正视别人。1988年高考落榜，自觉无脸见人，同时觉得别人对他另眼相看，且投出鄙视的目光，使自己心慌、紧张，故害怕见人，常不愿出门。1989年到商店工作，一次偶然和顾客目光相遇，顿时觉得对方横眉冷对，怒气冲冲，即想到一定是自己目光凶恶、激怒了对方。此后戴着大墨镜上班，受到领导批评，认为是领导故意刁难，不敢再上班。

这是一例社交恐怖症，又称为见人恐怖症。其特点是对通常的社交活动、与人见面产生极大的恐怖情绪，虽明知不必要，但无法自控，只有逃避以解决之。对此，治疗者采用了系统脱敏疗法。

在治疗中，指出其病态恐惧与不良性格有关，由于高考落榜，加重了自卑心理，对别人的态度过感所致。由于长期不敢正视别人，习惯成自然，久而久之，逐渐产生恐怖症状。患者听后如释重负。首次治疗中，医生要求病人由其父陪同到人多处注意来往行人、每日1小时，即使心惊肉跳也必须坚持。必要时用深呼吸或默念“不怕，不怕”的方法来分散、松弛过分紧张的心理。同时嘱其父在患者恐惧时要视而不见，强制患者实行。二周后复诊，病人说，紧张恐惧减轻，但仍需戴墨镜，医生及时肯定了疗效，让病人取下墨镜，继续坚持，并改为每日注意来往行人2小时。三周后复诊，病人已不戴墨镜，诉病情大有好转。再次肯定其疗效，指出治愈在望。并要求病人独自上街，多与同事接触，勉强自己注视对方，询问对方的感受。同时让其父将病情告诉领导、同事，求得他们的配事，主动与患者多接触。后当患者询问他们的感受时，都说其目光与常人一样，有的还说他目光和善，以后逐渐在医生、同事，求得他们的配合，主动与患者多接触。后当患者询问他们的感受时，都说其目光与常人一样，有的还说他目光和善，以后逐渐在医生、同事面前不再低头，承认自己目无凶光，继续治疗至年底，症状消失并能胜任工作。

诊断分析

这是使用系统脱敏疗法治愈社交恐怖症的一个案例。治疗者在建立引起害怕的事件层次时，采取了四个等级：一是戴墨镜，每日注意来往行人1小时；二是不戴墨镜，每日注意来往行人2小时；三是独自上街并多与同事接

触；四是勉强自己注视同事，并询问他们的感受。如此，按引起病人恐惧的强度由低到高一步步进行。最终达到了治疗的效果。

例二：妻子帮他恢复了自信

某男，32岁，建筑工程师，15岁开始有手淫行为，但每次手淫仅能维持很短的时间，通常不超过1分钟，从此怀疑自己有早泄的毛病，总想找机会验证一下。18岁大学一年级时开始谈恋爱，并同初恋女友发生性关系。当时由于紧张，阴茎尚未进入阴道便已射精，这更增加了他的自卑心理。在以后的几次作爱中，病人仍无好转，阴茎在阴道内最多能保持大约20秒左右的时间。病人自诉于25岁认识了现在的妻子并同她结婚，婚后早泄问题仍然存在，妻子经常抱怨他，这使他开始害怕性生活。治疗者进一步调查了他的妻子，妻子报告说，自结婚以后，对性生活感到非常不满意，同房时只有几次偶然地达到了性高潮。她表示丈夫总是坚持不到1分钟，只是很少次数能在阴道内维持3分钟以上。这是一个非常重要的线索。治疗者首先向病人指出：他的早泄问题是心因性的，因为在性生活中曾有过成功的时候，以此提高病人的自信心。

接下来，治疗者采用系统脱敏疗法，要求病人的妻子合作，她表示十分愿意。因为她希望丈夫在作爱时，阴茎勃起的时间更长一些。治疗者将引起病人在性活动中的焦虑事件的强度由低到高分层次进行。

1. 让病人躺在裸体的妻子身旁，什么也不做，直到不再有任何焦虑体验为止。

2. 让病人转过身来，面对妻子，并抚摸她的乳房（妻子保持不动），直到病人不再有任何焦虑体验为止。

3. 让病人与妻子相互抚摸（妻子不接触病人的阴茎），直到病人感到不再有任何焦虑体验为止。

4. 双方相互爱抚，妻子用手刺激病人的阴茎及周围区域，当病人感到快要射精时，两人停止相互刺激，直到病人不再有任何焦虑为止。

5. 取“男下女上”姿势，妻子用手将病人勃起的阴茎往阴道里送一小截，病人保持不动，并放松肌肉，由妻子慢慢地前后移动；当快要射精时，病人示意妻子，抽出阴茎；等到要射精的感觉消失后，再重新开始，直到病人不再有焦虑感觉，或能在阴道内保持相当长的时间（如20分钟）。

6. 取“男下女上”姿势，妻子用手将病人的阴茎完全送入阴道，其它和上一步相同。

7. 取“男上女下”姿势，病人将阴茎送入阴道，慢慢地抽动阴茎，当快要射精时，将阴茎抽出，等射精的感觉消失后，重新开始，直到病人不再有任何焦虑感觉或能将这种举动保持相当长的时间。

8. 常规性交活动，通过控制刺激来延长病人的性交时间（如20分钟）治疗者需求妻子每次进行性活动时，到了男方快要射精时，停止任何刺激，而且在整个活动中，妻子不要强求病人达到某种标准或抱怨病人。同时治疗者要求病人在对上述某一阶段的性活动的焦虑反应完全消失后，再进行下一阶段的性活动。

经过一系列的脱敏治疗，当治疗结束后，妻子报告说病人的阴茎在阴道里能勃起30分钟左右时间，妻子达到了性高潮。

诊断分析

系统脱敏疗法除了用于治疗某些由明显环境因素引起的恐怖症与强迫症，也可用于对性行为障碍的治疗。在各种行为障碍的原因中，行为者的焦虑是一个极为突出的原因，以上案例就是通过系统脱敏来克服病人性活动中的焦虑反应，从而治愈了病人的早泄问题。使用系统脱敏疗法亦可治疗其他性行为障碍，如男性阳痿与女性性冷淡。其过程与治疗男性早泄大致相仿，不再一一赘述。

例三：“暴露”的冲动何时了

病人，24岁，男性，广州某报社记者。1985年3月，自诉怕见异性女青年，一见面即脸红耳赤，心跳害怕。在仔细询问了解后，才知道他对异性的恐怖主要是由于他的一种性心理变态所引起。在半年之前，某日在效外，他见到一女青年，突然产生一阵兴奋，有一种莫名其妙的冲动，想暴露自己的生殖器，但总是怕引起不良影响，被人抓住而不敢。此后，凡在凡在僻静之处见到孤身的女青年，即会有这种性冲动。一日在校外一条僻静的小径上、远远见到了一位姑娘，他突然拉开裤子，露出已勃起的阴茎，并接着手淫。那姑娘突见此情况，吓得大叫一声，回头就跑，而此时他却感到极大的愉快，跟着就射精。完事后，他亦快步离开此地，怕人发现而跑回宿舍，内心仍惊慌不已。但上述暴露生殖器及姑娘忍受惊恐逃跑的情景，以及由此而引起的性方面的极大的快感，使他久久不能忘怀，因而伺机又在僻静处重复了多次。后来一见到异性，几乎就想暴露生殖器，但自知公开场合做是不行的，而且知道这样做，迟早要出事，所以平时只要见到异性就躲避，不照面，在公开场合内由于与异性见面后要强忍自己的性欲冲动，因而出现脸红心跳等现象。因自己上述行为是不道德的，但有时又不易控制而去实施，故来心理治疗，请求帮助。

经诊断是一例性心理异常的病例，称露阴癖。而见异性时的害怕心理，则是因为要抑制不正常的性冲动而发生的继发现象。露阴癖是一种满足性冲动的异常行为。在性心理异常中，是较为多见的一种，以男性为主。

在治疗中，治疗者采用了想象厌恶疗法。具体做法是：当他在僻静处见到女性而产生性冲动时，要想象自己在露阴及手淫时被人当场捉住，拉到公安部门去，当从受到批判、指责场面，想象在这种场合自己又如何身败名裂，无地自容，羞愧难忍，因而内必对此会极端害怕，从而把歪曲的性冲动压下来。如果此时虽不敢再露阴，但性冲动仍很剧烈时，则可用不断深呼吸的方法，并不断自己深呼吸的次数，从而使性冲动降低。经过2个多月的治疗，他的露阴癖终于消除。

诊断分析

这是一个性心理变态的患者。露阴癖患者并不罕见，通常对此类患者的治疗均采用厌恶疗法，将露阴行为与某种厌恶刺激相结合，当病人一生产‘露阴’念头，便施以厌恶刺激。本例采用想象性厌恶疗法使治疗取得了成功。下面我们介绍一例使用厌恶疗法对“恋物癖”的治疗，读者可以从体会厌恶疗法的运用。

例四：他并非是个“收藏家”

患者，男，21岁。大学生年级学生。

一年以前，患者偶然从女生宿舍楼下过，无意拾到一只从凉台上掉下来的胸罩，颇为好奇，见左右无人，便捡起揣在衣兜里。晚上就寝时，他拉起床帘，反复观赏，同时产生性兴奋和性满足。此后，他常有意从女生楼走过，有机会便拣拾女生内衣，带回宿舍，利用午睡和晚上睡觉前抚摸。后来发展到溜进女生宿舍、水房偷拿女生晾晒的胸罩、内裤、丝袜等用品。后某日不慎，所偷女生衣物被同宿舍一男生发现，受到嘲笑和鄙夷。渐传到女生那里，有人背后骂他是“流氓”，尽量回避他、远离他，这使他受到很大压力，决心痛改前非。但不足一个月又感到心神不宁，一见到女生内衣内裤就有一种强烈的占有欲，焦灼难耐。有一天深夜，他潜入女生宿舍，在偷拿女生衣物时被一女生发现。他深感惶恐、羞愧，行为稍有收敛。第二天，该女生给学校写信，要求学校查处，派出所民警及保卫部天天来女生宿舍查，但一直未发现。一个月后他控制不住、又来女生宿舍时被抓获。在他的箱子里搜出许多女性用品。最终他来到心理门诊接受心理治疗。

在治疗者的耐心启发下，患者谈到事发之后自己心理负担很重，压力很大，对自己这种行为自惭、后悔。但是说不清自己为什么这样做，不能克制对那些物品的兴奋情绪和快感。以前每次偷拿后都很后悔、自责，自罪感强。曾打过自己的耳光，对苍天发过誓再也不做了。但又无法控制自己，为此严重地影响了休息和学习。

治疗中了解到患者性格内向，不善言表，从小与女性交往很少。家里有两个弟弟，因此对女性好奇。

经诊断为恋物癖。恋物癖是性心理变态中以性行为异常为特征的心理障碍。患者对女性身体没有直接的兴趣，而把性兴趣集中在女性的某些特殊物品上（如胸罩、内裤、丝袜、饰品等），多见于青年期男性。

治疗者告诉他，他的行为是一种性心理障碍，是病态，不是道德败坏的流氓。但这种不正常的行为长期下会造成周围人对自己的某种轻视，会影响自己的身心健康和正常生活，应该设法克服。患者听后，频频点头，表示了强烈的求治愿望。

治疗采用了厌恶疗法。治疗的关键是消除患者对女性物品的偏爱癖好。所以，治疗者建议他手腕上套上橡圈，当出现冲动无法控制，想去偷拿女生物品时，就自己弹橡圈，坚持一段时间就会有效果。

同时，治疗者又采用想象厌恶法，要求患者想象自己走进女宿舍偷拿女生用品，被保卫人员抓到训斥，被周围同学耻笑而羞愧难忍，无地自容的情景。还建议患者撤掉床上的帘子，从客观上消除玩赏女性用品的条件，让自己的行为暴露在同学们的目光下面限制不良行为的产生。

患者的治疗前后经过三次。由于他能主动配合，严格按照要求做。所以恋物异常行为逐渐克服，顺利完成了学业。

诊断分析

橡圈厌恶法是最为常用的一种厌恶疗法，橡圈是一种物理厌恶刺激。

通过弹橡圈抑制恋物念头的出现——治疗取得了明显的成效。

例五：难以遏止的欲望

某男：24岁，大专学生，未婚，因入女浴室偷看，被校方除名。

患者童年时代即有窥视母亲外阴之欲望，但受抑制。16岁那年投宿一亲戚家中，有一妇人趁其熟睡之际，暴露及玩弄他的阴茎，并强迫与他发生性交。当时不能举阳，其恐惧、厌恶及羞耻感难以言喻。事后常怀疑自己的性功能是否正常，终于染上手淫，有时达一日三次。同年结识女友，曾多次提出性要求，但未能如愿。

18岁始窥阴。那年在校园的角落处发现一女同学在月下徘徊，遂露阴其前。对方惊叫而跑。患者感到极大的性满足感，但无强奸对方的意图。以后时常出现窥阴及露阴的念头，一旦情景许可，即发生行为，不顾一切，不能自制。但事后感强烈的自责，欲改正，以致忧郁、自卑甚至想到阉割及自杀。终至败迹，为校方开除。然而其窥阴及露阴的念头及行为并未减少。强烈的刺激，使患者决心求助于心理治疗。

治疗者运用生物反馈疗法，具体过程如下：

1. 治疗前准备阶段首先采取宣教疏导，以解除患者内心之焦虑，树立起治疗的信心。让他自学性知识，以减少其对性的神秘感与好奇心。同时给病人体检，发现无明显器质性疾患。人格测验显示：患者无自制力，对社会反应不满，愤世嫉俗。且依赖性重，无能，嗜睡，无力，慢性疲劳，情感不太暴露，多疑，与人相处不受欢迎。艾森克人格问卷提示：人格内向，好静，富于内省，不喜欢与人交往，除要好朋友外，对一般人比较冷淡、缄默。喜欢有秩序的生活、常有焦虑、担忧等情绪体验。但对人尚友好。

效果：病人诉，心情稍平静，露阴、窥阴的念头及行为有所减少。

2. 放松训练阶段让患者在肌肉生物反馈仪指导下采用“中科院渐进性放松磁带”进行训练，每天1小时，疗程15天。其目的使患者掌握放松技术，学会在反馈仪指导下，随意调节电水平。治疗者采用记录前臂肌电水平的方法，结果如表13—1所示。

效果：病人诉露阴及窥阴之念头明显减少，放松训练的半月内仅有一次露阴行为。

3. 语言诱导与意念训练阶段通过语言诱导与意念使患者联想到性刺激的环境以唤起性兴奋，然后在反馈仪指导下进行放松。仍采用记录前臂肌电水平的方法，其结果如图2所示。

效果：病人诉，这10天无露阴及窥阴行为，一旦情景许可仍有露阴及窥阴的念头。

4. 情景模拟阶段本阶段方法基本同上，不同在于用图文模拟的方法替代意念和语言暗示，以激起性兴奋，一般刺激呈现15分钟，重复二次，取均值，采用记录额肌电水平的方法。结果如表13—3所示。

注：患者诉，当图片呈现阴茎慢慢发胀同时肌电水平也升高。当放松到最低肌电水平时，阴茎也就软缩。最后一次因图片呈现时间较长，性兴奋持续时间较长，故其放松所需时间也较长。

效果：病人在此阶段无露阴及窥阴行为，即使情境许可仍无此念经上述一个月的训练治疗，病人已经掌握了随意控制自己的性兴奋。经随访，病人已经2个月无露阴、窥阴的念头及行为。

诊断分析

本例是使用生物反馈疗法治疗性变态——露阴及窥阴癖（黄汉津，郭念锋，1987）。治疗者使用肌肉生物反馈仪，将性兴奋产生的肌电变化转化为视、听觉的信号反馈给患者，使患者能够了解自身性兴奋时的生理的目的。这一治疗案例生动地描述出了生物反馈技术的机理及详细的治疗过程。

例六：精力过剩的小男孩

患者：7岁，男孩。初来时情绪表现极不稳定，时而毫无缘由地大发脾气，用手抓人，嘴里发出“嘶——嘶”的叫声；时而会以极快的速度扑倒在地上。另外，该患儿不允许任何人碰触他的头部，否则就会立刻产生强烈的情绪反应。患儿曾因极度不合作而被逐出幼儿园。据其父母反映，该患儿在家里也表现得精力过剩、极为好动，且常打碎东西。但是能够用简短的语句表达自己的愿望。在观察期间，治疗者发现：该患儿的头部紧张，不会自如地转动；身体佝偻；腿部力量很小，单脚站立的时间很短（小于两秒），且不会双脚跳；动作非常僵硬和机械。经过仔细观察，发现该患儿这种情绪发作具有一定的规律性：当他不愿从事某项训练时；当他想要进行某项活动而被阻止时。在这两种情境下，患儿通常容易产生精神紧张而发生攻击性行为。

治疗者对患儿采用放松疗法对其进行行为矫正。

主要实施过程分为两个步骤，首先，根据其精力充沛、好动的特点，安排大运行量的身体运行使其肌肉处于高度紧张状态，然后，再让他尽量放松，体验这种松弛的感觉，并保持这种松弛的状态。同时，针对该患儿具有一定的语言理解能力的特点，治疗者注意在日常训练中交替使用安抚和强化的方法，具体做法是：当他发作时，治疗者不加以斥责和阻止，而是面带微笑地以同情的语言的方式加以正强化，使其抑制发作的频率。这样，经过两个月的训练后，该患儿的状况获得了明显的改善，身体动作也比以前协调了，并且能够进行单、双脚跳跃和滚翻，头部的紧张也得到了缓解，过去就许别人触摸他的头部的现象也完全消失了。另外，发脾气的次数也比以前大大降低了；偶尔发作时也改用手指指人，攻击性行为也比以前大为减少。

单纯使用放松疗法进行行为治疗的案例并不多见。在本例中，治疗者成功地运用放松疗法治愈了孤独儿童的紧张行为，取得了满意的疗效。在治疗之前，治疗者对患儿的日常行为表现进行了详细的观察并制订了行之有效的治疗方案，这一点对治疗的成功是非常重要的。

例七：怕失去朋友的女青年

王某，女，21岁，纺织工人。

摘自《中国心理卫生杂志》，1995年第2期。

摘自《行为治疗的理论和技术》，张雨新，1989。

病人高中毕业后在南方某城市工作，与一男青年相爱，该男青年同时还与另一女青年关系密切，并多次向病人保证与那女青年断交，只是迟迟不见行动。春节到了，病人回北京探望父母。临走时，她与男友谈了一次。男友向她保证：等她从北京回来后，问题一定都解决了。回到北京家中后，病人对此事一直放心不下，每天都要写封信与男友，希望得到他的爱情的许诺。可是，不知何故，男友迟迟不给她回信。因此，病人心情不愉快，夜间睡觉做恶梦，担心男朋友与她告吹。她害怕听到这个消息，尤其是如果男友亲口告诉她。假期快满了，要回去了。但是，她对回去与男友见面时会有什么样的事情发现感到十分恐怖。

治疗者经详细分析病情，采用了行为治疗中的满灌疗法，具体会谈过程如下：

治疗者：你现在感觉怎么样？

病人：我还害怕那件事发生，我简直不敢想象他亲口告诉我不再爱我了。

治疗者：停一会儿我们再来谈好个问题，现在我们来放松一下好吗？请坐舒服些，闭上眼睛。放松，放松……你感全身肌肉松弛。

治疗者：好，现在我想请你听我解释一种治疗方法，我们用它来对付你的害怕情绪，这种方法叫满灌疗法。当然，它叫什么并不重要。重要的是，在使用这种方法时，我会让你想象你感到最担心的那些事果真对你发生了，想象得越真实越生动越好。你在想象时必然会体验到不愉快的、害怕的情绪，但是，这正是治疗所要求的。所以，当你感到了愉快时，也要坚持继续想下去。如果你同意采用这种方法的话。我们就开始，怎么样？当然，有什么问题，可以问。

病人：行吧，我也没有什么要问的。只要我不再害怕就行了。

治疗者：好，现在请闭上眼睛，按我的指示去想象。想象你回到你在南方的家中，当天晚上正在等着你的男朋友来。你已打电话与他联系过，但没有找到他本人，你让他母亲带话给他，让他晚上7点左右到你的住处来。现在，快到7点了，你正等着，心里很焦急，又希望时间过慢点，因为你害怕见面时他会让你感到失望。你很焦急，坐立不安。好，你现在有那种焦虑体验了吗？

病人：是的，我现在感到十分紧张，手心已开始出汗了。

治疗者：你的房间里还有别人吗？

病人：没有，就我一个。我的同屋晚上都回家。

治疗者：现在想象，你听见有人在敲门。你知道是他来了，你很害怕。你慌慌张张地站起来，去开门。门开了，外面有两个人，除了你的男朋友以外，还有他那个女朋友。你觉得事情不妙，连请他们进来都不会说话了，呆站在门口，双手扶着门。你现在有什么感觉？

病人：心理很害怕，这多难为情呵。

治疗者：想象你的男朋友一直看着你，一种不屑一顾的神气，他说话了。他说：“你回来了，我不想进去了，就在这儿跟你说了吧。”你一听，都要快站不住了，手、腿、身子都开始抖动。你真希望他能饶了你，不再说下去了。可是，他继续说：“我其实早就不喜欢你了，不好对你说，现在想起来，早晚都要说、迟说不如早说，现在就跟你说了吧，咱们的事就让它过去吧。”他还在说：“不仅周围的人，我自己也觉得你不配我，什么条件都不行。长得不漂亮不说，笨得连学校也考不上，我没有冤枉你吧。”这叫什么事呀，

天下有比这更令人害怕的事吗？你心想：那个女的在场不说，整个走廊里的人都听到了。你感到非常痛苦。那个男的还在说你的不是，那个女的在一边想笑，但又不好笑，你想在感到怎样，还是很害怕吗？

病人：还是害怕，我很难受，不过已不像刚才那样了。

治疗者：好一点，还是更坏一点了？

病人：好一点了。

治疗者：继续想象，这时你隔壁房间的门开了，有人出来了，往这边看了看，走了。你感觉怎样？

病人：心里还是很难受，但要好多了。

治疗者：再想象，那位女的，拉起了男的手，两人看着，笑了一下，又都看着你，你感到怎样？

病人：好多了。

治疗者：女的开口对男的说：“我们走吧，别跟她穷罗嗦了。”“走，”男的说，对你招了一下手：“再见。”你感觉如何？

病人：我好象已经无所谓了。

治疗者：不再感到害怕了？

病人：已经怕成那样，还怕什么。

治疗者：现在，请你休息一下，放松一下肌肉。请睁开眼睛，坐舒服一些。……

治疗者：如果再让你想象你在等待你的男朋友，这次你还会害怕吗？

病人：我想还会害怕的，但肯定不如上次怕得那么厉害了。

治疗者：我们再做一次好吗？

病人：好，再做一次。

经过三次想象后，治疗者要求病人回家自己练习，每天做2次，想象那些最让她感到害怕的可能现出的场面。一个星期后，病人觉得自己已经好多了，睡觉安稳了。

诊断分析

满灌疗法通常是使病人暴露在最使他恐惧的刺激情境中，这恐惧的刺激情境有现实的、活灵活现的；也有治疗者自己设计的模拟情境。本例则是通过想象的恐惧情境对病人进行刺激，这要求治疗者必须有效地引导病人的绝对服从治疗者，按照提示深入地想象实际情形，使自己“置身其中”，否则治疗难以达到理想的效果。

例八：是什么导致她频繁洗手

患者，女性，27岁，宾馆服务员。一年前因父亲生病住院，她陪住服侍父亲，白天仍需到宾馆上班。当时过度劳累，又心情烦躁，此时正赶上同单位一服务员患“麻风”，因而出现惊慌、怕传染，晚上陪床照料父亲时担心医院中不清洁，开始频繁地洗手、换衣服。后来发展到在上班时因接触许多住宿客人，感到自己浑身上下都不干净，充满了传染病菌。每过两个小时就要换衣服，洗手的次数也更加频繁，不这样做内心就慌乱不已，甚至无法正常地工作下去。以后见到类似“麻风”那人的形象或到与此人类似的名字时，

害怕得更厉害，洗手、换衣服更频。

治疗者通过与病人交谈，了解到病人知道自己这样做不必要，但无法控制住自己，并说曾多方求医，经多种药物治疗都无效，内心十分痛苦，最后由丈夫陪同前来接受心理治疗。治疗者经过仔细的体格检查，并未发现异常，最后诊断为强迫性洗手恐怖症，即病人有强迫症的表现（洗手、换衣服），又有恐怖症的表现（对麻风的恐怖以及对与本单位患“麻风”者的相似形象、名字的恐怖）。也就是说，本例是强迫症与恐怖症的混合型。

在治疗过程中，治疗者采用了学习与系统脱敏相结合的治疗方法。首先治疗者自己用手接触墙壁和地板，并用手清洁地板——拾起地下的脏纸与其他污物，然后放置到纸篓里，最后手持纸篓走向垃圾筒，用另一只手掀开又黑又脏的垃圾筒盖，将垃圾倒进去。这一系列动作完成后，治疗者吩咐病人照样去做（模仿学习），做完之后，治疗者不准她洗手。其次，治疗者采用系统脱敏法进行治疗：每天由其丈夫在她面前提三次她所怕那人的姓名，之后不准她洗手、换衣服，而让病人作深呼吸来克制自己内心的慌乱及紧张，丈夫在旁边监督。一周后改为每天去六次病人所害怕那人的办公室、环境等，其余过程相同。如此经一个月的治疗，病人的强迫性洗手、换衣服症状全部消失，也不再害怕听到那人的姓名或见到类似那人的形象。经过半年的追踪观察，未见复发。

诊断分析

在临床上，治疗者常常应用模仿学习疗法与其它技术一起治疗与焦虑情绪有关的行为问题以及许多类型的行为障碍。一般说来，模仿学习更多地应用于治疗儿童存在的行为问题，这是由儿童自身的特点决定的。本例中治疗者成功地使用模仿技术（与系统脱敏技术相结合）治愈一例成人的强迫性洗手恐怖症，关键在于病人的充分合作。

以上我们通过若干类型案例说明了各种行为治疗技术的应用。其中系统脱敏疗法与厌恶疗法是行为治疗家们运用最多的行为技术，这一点从已有的研究报告中可以得到证实。本节中作者没有举例说明强化技术与代币奖励法的应用，主要是因为它们操作简便，在日常生活中常可见到，如母亲通过奖励一个玩具娃娃来矫正孩子哭叫的习惯等。我们不再逐一介绍。

不容置疑，行为治疗技术已愈来愈广泛地为临床心理治疗家所采用，而且还将在心理治疗领域中发挥出更大的作用。

第十四章 认知疗法及典型治疗病例

古希腊神话中的迷宫，当探险者从同一个入口进去后，走着走着就会发现眼前有着无数条岔道，谁也不知道哪一条是通向胜利的。而且即使选择对了头几次路，在怀着一线光明般的希望时，又将面临着新的选择。很多人尝试着碰运气，但他们都失败了，怯懦的人很早便放弃了生的机会，而坚强的人在无数次的碰壁后也颓然倒下。那唯一的成功者却只用一团线就解决了这个难题。每一次碰壁后他便沿着他刚才布下的线走回岔口处，再去尝试新的路径。人的思维何尝不是一个迷宫，由于文化、知识水平和个人环境的不同，对于问题往往有不同的理解，就如同选择了迷宫中不同的岔道。当碰壁时，有些人迎头撞昏，有些人拔路而逃，却陷入了新的困境。比方说对失败，有的人怨天怨地不怨己，有的人却怨自己笨，种种碰壁带来悲观，甚至绝望，从而产生了或轻或重的心理问题。认知疗法的重点正是在于给患者一团“线”，改变他对人对物的看法及态度，走出死胡同，从而解决其心理问题。

一、认知疗法的理论基础

认知疗法强调认知过程对个体情绪、情感、动机和行为的影响，主张通过改变人的认知活动并结合行为技术的具体方法来矫正不良的情感和行为。认知疗法非常重视研究人的不良认知和思维方式。所谓不良认知，是指歪曲的、不合理的、消极的信念或思想，它们往往会导致情绪障碍和非适应性行为。治疗的目的就在于矫正这些不合理的认知，从而使病人的情感和行为得到相应的改变。

认知疗法的理论基础包括以下两方面：

贝克（Beck）的情绪障碍认知理论

贝克认为：人的情绪障碍“不一定是由神秘的，不可抗拒的力量产生的。相反的，它可以从平常的事件中产生。”因此，每个人的情感和行为在很大程度上是由其自身认知外部世界、处世的方式或方法决定的，也就是说一个人的思想决定了他的内心体验和反应。

贝克提出了在认知过程中常见的认知歪曲的五种形式：任意的推断：即在证据缺乏或不充分时便草率地作出结论；选择性概括：仅仅根据个别细节而不考虑其他情况便对整个事件作出结论；过度引申：是指在单一事件的基础上作出关于能力、操作或价值的普遍性结论；夸大或缩小：即对客观事件的意义作出歪曲的评价；“全或无”的思维：即要么全对，要么全错。把生活行为看成非黑即白的单色世界，没有中间色。贝克认为人的情绪障碍及不良行为正是因为有这些不良认知存在的结果。

艾利斯（Ellis）关于不正确信念的理论

艾利斯认为心理问题不是由于情绪困扰，而是由于不正确的信念造成的。许多人常常只是根据自我的想象而不是根据事实行事，这就导致了不正确信念的产生，从而形成了各种心理障碍。艾利斯归纳了造成人们痛苦的10种不合理信念：一个人要有价值就必须很有能力，并且在可能的条件下很有成就；某人绝对是很坏的，所以他必须受到严厉的责备惩罚；绝对逃避生活中的困难和推卸自己的责任可能要比正视他们更容易；任何事情的发展都应当和自己期待的一样，任何问题都应得到合理解决；人的不幸绝对是由外界造成的，人无法控制自己的悲伤、忧愁和不安；一个人过去的历史对现在的行为起决定作用，一件事过去曾影响过自己，所以现实必然影响自己的行为；自己是无能的，必须找一个比自己强的靠山才能生活，自己是不能掌握感情的，必须有他人来安慰自己；其他人的不安的动荡也必然引起自己的不安；和自己接触的人必须都喜欢自己和赞成自己；生活中有许多事对自己不利，必须花大量的时间考虑对策。艾利斯认为人的情感障碍和不良行为正是上述不合理的信念存在的结果。

认知疗法的理论出发点在于确认思想和信念是情绪状态和行为表现的原因，进而通过纠正病人的不正确的思想与信念达到治疗的效果。

二、合理情绪疗法

合理情绪疗法是认知疗法中最典型、最具代表性的一种治疗方法，是由美国心理学家艾利斯（A Ellis）于 50 年代创立的。

合理情绪疗法的基本理论

合理情绪疗法 Rational-Emotive Therapy，简称 RET）的理论要点是：一个人的情绪和行为障碍不是由某一诱发事件本身引起的，而是由于经历这一事件的个体对它不正确的认知和评价所引起的错误信念，最后导致在特定的情境下的情绪和行为后果。这一理论又叫 ABCDE 理论。在其理论模型中：

A (activating events) —— 诱发性事物 B (Beliefs) —— 由 A 所引起的信念（对 A 的评价与解释）；

C (Consequence) —— 情绪和行为的后果；

D (Disputing irrational beliefs) —— 与不合理的信念进行辩论；

E (new motive and behavioral Effects) —— 通过治疗达到新的情绪及行为后果。

通常，人们认为情绪及行为反应是直接由诱发事件 A 引起的，即 A 引起 C。而 RET 理论则认为 A 只是 C 的间接原因；而 B——人们对诱发性事件 A 所持的信念和看法才是引起人的情绪及行为反应的直接原因。

人们所持的不合理信念具有以下三个特征：

1. 要求的绝对化这是各种不合理信念中最常见到的一个特征。对事物绝对化的要求是指个体从自己的主观愿望出发，认为某一事件必定会发生或必定不会发生。这种信念通常是与“必须 (Must)”和“应该 (Should)”这类字眼联系在一起的。然而客观事物的发生往往不依个人的主观愿望而转移，常出乎个人的意料，所以持这种信念的人极易产生情绪困扰。

2. 过分的概括化即对事件的评价以偏概全。一方面是个体对其自身的不合理评价，常凭自己对某一事物所作的结论来评价自己作人的价值，其结果常导致自暴自弃、自责自罪，认为自己一无可取，一无是处而产生焦虑和抑郁情绪；另一方面对他人的不合理评价，别人稍有差错就认为他很坏，这会导致一味地责备别人并产生敌意和愤怒情绪。艾利斯主张不要去评价整体的人，而应该评价人的行为和表现，因为在这个世界上没有一个人能达到完美无缺的境地。

3. 糟糕透顶认为某一事件的发生会导致非常糟糕或灾难性的后果。这种不合理的信念常使个体陷入羞愧、焦虑、悲观、抑郁、自罪自责的情绪之中而不能自拔。艾利斯指出这是一种不合理的信念，因为对任何一件事情来说都有可能比之更坏的情形发生，没有任何一件事情是百分之百糟糕透顶的。

上述三个特征便会导致病人的情绪障碍及行为困扰，因此 RET 就是以合理信念代替不合理信念，帮助病人改变其认知，最大限度地减少由非理性信念所带来的情绪及行为问题的不良影响。

合理情绪疗法的过程与步骤

1. RET 的治疗过程 (1) 心理诊断阶段：是治疗的最初阶段。治疗者要与病人建立良好的工作关系，探索病人所关心的问题，并将这些问题根据所属性质以及病人对它们所产生的情绪反应进行分类，在此基础上与病人共同制定所要达到的情绪及行为目标。

(2) 领悟阶段：治疗者帮助病人认识到自己不适当的情绪或行为表现，

让病人领悟产生这些症状的原因是自己造成的，要寻找产生这些症状的思想根源，即找出不合理的信念。

(3) 修通阶段：是和病人存在的不合理信念进行辩论的阶段，也是 RET 治疗的最重要的阶段。辩论的具体方法是：用夸张或挑战性的发问要病人回答他有什么证据对 A 事件持与从不同的看法等等。具体内容包括病人所持信念是否有客观依据，是否合乎逻辑，是否现实等等。通过反复不断的辩论，使病人感到理屈词穷，并认识到自己的信念不正确，没有根据，并懂得什么才是合理的信念，最终用合理信念取代那些不合理的信念。

(4) 再教育阶段；是治疗的最后阶段。在这一阶段，治疗者除了进一步帮助病人摆脱旧的不合理信念，还要探索是否还存在与本症状无关的其他的不合理信念存在并与之进行辩论，使病人学会并巩固与不合理的信念进行辩论的方法。此外，在这一阶段的治疗中还应包括有针对性地对病人进行各种下同的训练，如交谈技能的训练、解决问题的训练等。

2. 合理情绪疗法的步骤(1) 向病人指出他的看法、信念是不合理的，讲清楚不合理的信念与他们的情绪及行为问题之间的关系。

(2) 向病人指出他们的情绪困扰不是由于早年生活的影响，而是现在的不合理信念导致的，他们自己要对这些不合理信念负责。

(3) 通过与不合理的信念进行辩论，帮助病人认识其信念不合理，要放弃这种不合理的信念。

(4) 在帮助病人认清并放弃不合理信念的同时，还要帮助他们以合理的思维方式代替不合理的思维方式。

RET 治疗的全过程及其采用的各种方法均用于改变病人的不合理信念，并以合理信念代替不合理信念，帮助病人解除情绪困扰。因此艾利斯认为：RET 工作的重心在于改变病人的认知，而不是改变病人的情感和行为。在治疗过程中，治疗者与病人的关系更像一种师生关系，病人从治疗者那里得到指导，因此建立良好的关系是重要的。对此，艾利斯指出，医患之间建立良好的关系对治疗来说固然重要，但更重要的是这种关系必须建立在理性观念的基础之上，治疗者必须充分客观地提出自己的观点，这样才有助于帮助病人在认知上发生转变。

从典型案例来看 RET 的应用

尽管合理情绪疗法相对精神分析与行为治疗来说历史十分短暂，但迄今为止，RET 的应用正在不断扩大，运用 RET 进行治疗研究的数量也不断增加，许多心理治疗家对 RET 的兴趣与日俱增。下面我们引用一些个案来学习 RET 的实际应用与具体操作。

病例

例一：想做隆胸手术的女教师

来访者，女 34 岁，毕业于师范学院外语系，现职业为教师。因双乳下垂，想做隆胸丰乳手术，但由于丈夫极力反对，感到十分痛苦。

以下是来访者与治疗者的对话过程：

“我生完女儿后，双乳便开始下垂，最后我打算作隆胸丰乳的手术，可

是我丈夫极力反对，甚至怀疑我是不是因为有外遇才这么做。我和丈夫是大学同班同学，我们是自由恋爱的，婚前婚后感情是挺不错的，我不忍心因为我要做手术这件事而妨害了夫妻感情，可是不做手术我内心特别别扭，觉得自己不是个完美的女人，您说我该怎么办呢？”

“你丈夫为什么要极力反对你做手术？”

“他说做隆胸丰乳手术有很大风险和后遗症，我已经 34 岁的女人了，而且孩子都这么大了，完全没有必要为了外形美观而冒这么大的风险，再说他一直很爱我，也从不计较我的这一美中不足，何况通过戴乳罩完全可以弥补。他甚至说，如果我一味坚持要做，只能说明我另有他谋，具体地说就是有外遇。其实我根本就不这样。”她说到这儿抽泣起来，看样子十分伤心。

治疗者此时没有插话，只是以充满理解和同情的眼神看着她。

来访者从风衣口袋里掏出手帕擦了擦眼泪，继续说到：“我也知道做这个手术的风险和后遗症，但不管怎样我也非做不可！”

“既然你知道做这个手术的风险与代价，那又为什么非做不可呢？刚才你说，你生完小孩后双乳便开始下垂，可是你女儿现在已上小学一年了，也就是说已 8 岁左右了，为什么最近才突然打算要做隆胸丰乳手术呢？”治疗者试图从另一角度探出个中缘由。

求访者想了想，忽然斩钉截铁地说：“为了恢复我的自信！”

“噢，这么说你现在不自信了？”

她点点，眼圈随即红了。

“能跟我说说究竟是什么原因使你不自信了？”

“我的同事都因为这点（指双乳松下垂）当面嘲笑我、挖苦我，说我这个像老太婆，我实在受不了这个气，我必须要做这个手术，争这口气！”

“嘲笑你的这些人都是女同事喽？”治疗者小心翼翼地询问，怕引起她的反感。

“对，全都是女同事，不过她们有时当着几位男同事的面也说过，让我特别感到难堪。”

“这种情况是从什么时候开始的？”

“大概有好几个月了吧！”

“在此之前为什么没出现过这种情况？”

“因为我调到这所中学才一年多。”

“你以前在一所普通中学教书，那所中学师资、待遇和学生素质都不行，后来托了一位在教育局某处当处长的亲戚才调到这所区重点中学。我原来所在的学校虽然条件稍差一些，但同事之间彼此理解、关心和体谅，我们相处得十分友好、融洽，到了新调单位以后虽然教学水平和工资收入比以前单位都高了一些，但我却觉得很受压抑，活得很累。”

“能具体谈谈都在哪些方面受到压抑？”

“比如，我生性开朗，无拘无束，外向合群，思想也较单纯，在原单位女同事中特别吃香。大家彼此相互关照，亲密无间，无话不谈。而到了这个倒霉的新单位，人人都是假正经，拿腔做调，她们看不惯我，我也看不惯她们。又如在原单位大家在一起经常谈论各自家庭生活、切磋家务事，由于我的家庭生活和睦美满、大夫十分关心疼爱我，又有一个漂亮可爱的女儿、所以每当谈论时总有说不出的自豪感和优越感，大家也因此很羡慕我；可是在新单位，许多女同事要么因丈夫出国而成了留守女士，要么因离婚而当了单

身贵族。在她们当中很少谈论、甚至是忌谈家庭问题，整天就比谁穿得漂亮，谁花钱大方，谁身材相貌好，谁业余时间玩得快活痛快，甚至有时竟然会比谁最能博得男同事（异性）的青睐和好感！这样一来我的优势就全没了，我所拥有的，别人并不看重，而别人追求和崇尚的我又很少具备，或者不愿去做、不能做。这样我就陷入了孤立，别人对我都另眼上看，更令人可气的是，我们学校外语组里外院毕业的占大多数，外语组长也是外院毕业的，他们瞧不起我们这些师范学校毕业的。说我们发音不准，不够纯正，基本功不如他们扎实，外语会话能力比他们差等等。我打心里不服，当初高中毕业后我是错报到师范学院的，他们有什么了不起！可无奈寡不敌众，再加上我这个人天生依赖心理较严重，缺乏自信和主见，干什么事总是随大流故而弄得自己也不知怎么做才好，熟悉我的人都说我跟过去相比变了不少，我也觉得是这样，我不知道这是怎么搞的！……我现在总想哭，觉得自己样样不如别人，别人都比我强……”。

“你目前这种情况，家人知道吗？”

“知道。”

“家里人怎么看？理解你呢？”

“家里人在生活上十分关心和疼爱我，我们婚后无房，一直跟公婆住在一个单元，孩子从小由婆婆看大，我们关系总得来讲相处的还是比较融洽的。我爱人在大学教书，平时不坐班总在家，家务活基本上都由公婆和我爱人做。我觉得自己平时不做家务活就已经够歉疚的了，因此在单位里遇到不顺心的事很少跟家里人讲，偶尔跟我爱人说说内心的苦闷，他倒也能劝我几句，但我觉得劝不到点子上，不管用。后来索性连他我也很少说，回到家里光愣神，弄得公婆和我爱人有时疑心我在外面有什么不可告人的心事！”

“既然如此，为什么不能敞开心扉向家人叙述在外面遇到的各种烦恼呢？”

“我也不是没说过，但有些他们理解不了，甚至有时连我自己都不明白现在我怎么变成这样？”

“能说说哪些地方得不到家人，特别是你爱人的理解？”

“我也一下说不清楚。”

“是不是家里人反对你与这些同事交往，特别是反对你业余时间与她们一起玩儿？”

来访者点了点头。

“谁反对，为什么？”

“公婆和我爱人都反对。公婆希望我是个贤淑理家的儿媳。我爱人是家庭本位的人，再加上平时除了到校教课外，大部分时间都在家，因此，也愿意我下班后就回家。加外由于我曾跟他说过单位里的一些花边新闻，因此他担心我与这些‘留守女士’的单身贵族经常在一起会变野，甚至学坏。”

“噢？原来是这样，那你今天到这里，你家人知道吗？”

“公婆不知道，我爱人知道，还是他让我抽空来的，他说我心理可能有点毛病，大夫，您说我得的是什么病？”

“你爱人还是有些心理卫生常识的，你今天前来咨询是非常及时和必要的！从你前面介绍的情况看，你目前正在遭受消极情绪的严重困扰。好在你这种状况的时间并不太长，通过有效的心理咨询与治疗是可以恢复正常的，我将尽我所能帮助你摆脱困境。同时也需要你增强信心，给予有效的配合。”

在仔细地思考和分析了来访者的病症及其他症状后，治疗者决定运用理性情绪疗法（RET），调整来访者的认知结构，帮助她认清影响自己情绪困扰和心理失调的非理性，用逻辑的、合乎理性的信念取代之，尽量减少其自我挫折的潜在倾向。使其拥有一种较实际的、合理的人生哲学、引导其学习如何接纳现实，对人对己不过分苛求，减少对自己和他人种种不现实或不合理的要求。

首先，治疗者指出了来访者存在的不合理信念并对其进行了深入分析：

“造成你目前悲观失望、缺乏自信心和无助感的一个重要自身原因就是你在以过分概括化的认知方式来看待自己所面对的各种挫折和困难。要么‘我必须成功’、‘我就应该比别人强’、‘她们应该对我好’；要么一遇到挫折便以偏概全地概括为‘我没用’、‘我一事无成’、‘我一无所有、前途渺茫’等等”。

接下来治疗者又对来访者的不合理信念进行质疑：“事实上每个人者不是完美无缺的，你有不如同事的地方，更有许多她们不具备的长处！尽管你的业务素质稍差一些，但这些有的是客观原因造成的，如住房紧张，有的通过今后的努力是完全可以改变的，如提高业务素质和丰富业余生活等。你还应看到你有一个温馨和睦的家庭，美丽可爱的女儿，善解人意、钟爱着你的丈夫，你还有原单位那些亲密无间的女友以及令人尊敬的教师职业，在我们这个日益竞争激烈的社会里能有这么一份丰厚的财富是很令人羡慕的！何况你还那么年轻，有着姣好的容貌和身材，性格开朗、充满活力，这些连我都有些嫉妒了。”

来访者脸一下子红了起来，不好意思地低下头，低声说：“不过我觉得要是作了隆胸丰乳手术后我会更自信的，您说呢？”

“你的想法我是理解的，爱美之心人皆有之嘛！何况你又是年轻女性，为此还曾受到别人的嘲笑和挖苦。不过我提出两点建议供你参考：第一，我们每个人在采取行动之前总要衡量其收益与代价。既然你丈夫和家人明确反对你做手术，而且手术还会有风险和后遗症，因此我建议采取非手术弥补措施。第二，那些嘲讽你双乳下垂松弛的同事如若不是出于善意或无意的话，即使你通过做手术使双乳隆起，则也会被他们贬为人工产物，到那时你会更后悔难过！”

最后治疗者指出：“正是由于你的上述不合理信念导致了目前悲观失望、痛苦万分，你必须正确地认识自己以及周围的环境，纠正自己不合理的认知方式。只要能树立起合理的信念和处世哲学，你的一切烦恼、焦虑都将烟消云散。”

治疗结束时，来访者表示自己很受启发，并自我感觉精神状况也好转了许多，最后她是面带微笑走出咨询室的。在当年的圣诞节，治疗者收到了一张圣诞贺卡，上面写着：“感谢您的帮助，给迷惘中的人指引了正确的方向，我最终听从了您的劝告，现在所有的烦恼都已消失，而且感觉自己变得自信起来，我发现周围的人也变得可亲起来了。”

这是一例抑郁性心理障碍，从治疗的全过程，我们不难看出，造成来访者悲观失望的抑郁情绪（情绪后果 C）的主要原因不是由于来访者的丈夫、公婆阻止她做隆胸丰乳手术（诱发性事件 A1），也不是周围同事对她乳房下垂的中嘲笑与讽刺（诱发性事件 A2），而是来访者自身存在的不合理的信念——如“我应该是完美无缺的”、“我就应该比别人强”（不合理信念 B）

造成的。治疗者通过与非理性的信念进辩论，最终帮助来访者以合理的思维方式（“现实生活中每个人都不是、也不可能完美无缺”）代替了不合理的思维方式，一张精美的圣诞卡表明治疗取得了圆满成功。

例二：苛求别人是自卑的表现

来访者是一男性，20岁，大学二年级学生。自诉与人交往上存在问题，使自己十分苦恼、且情绪低落。他说，入学后曾与本宿舍一名同学（称为H）关系不错，这位同学是班干部，各方面比较能干。后来由于两人观点分歧，产生争执，不欢而散，自己感到受了伤害，慢慢地不敢与其交往，有他在场，自己就不知道怎么做了，觉得心理很受压抑。但是在同一宿舍，低头不见抬头见，每当他跟别人谈得滔滔不绝时我就很生气，心想就显得这时想打消他的气势，好像总想与他争个高低，比如说与没伤害过自己的人交往还比较自然，谈吐也很随便，但只要H在场就不行了。

来访者父母均为大学文化程度，从小受家庭教育的影响，比较注重学习。来访者回忆说：“大概是从初中开始，当时只注重学习，周围有同学说话，我特反感。但到了高中，就比较严重了，他们说话，我就学不进去了，后来坚持不了，就调了一下班，情况才好些。上了大学后，比高中好一些了。其实我与那个同学（H）开始还挺好的，可他总是认为自己的对，好像我总是顺着他的思路走，后来就疏远了，现在有些讨厌他，其实我知道我并不比他差（来访者也是班干部），可是由于以前的伤害，我就不想理他了。在课间，H成为中心，或大声唱歌，或大声说话。我应该在这个时候，找到比他更上乘或自认为满意的表现方式，去吸引人，他不应该那样无拘无束。”

从对来访者的人格测试结果看，他性格偏外向。喜欢与别人共同工作，愿意参加或组织各种社团活动，但情绪易激动，易产生烦恼，怀疑不信任别人，以自己的动机、兴趣等主观因素为行为的出发点，这在日常生活中能反映出来。

他说，“晚上都熄灯了，有的同学点着蜡烛看书，翻书的声音，床的响声，使我睡不着，我看到别人都能睡，这时我就会很烦。”

他接着说，“比如，考试前20分钟，我坐在教室中，许多同学较兴奋，大声讨论考试情况，而我却较平静，周围同学又动又说，这时，他们的兴奋与我的平静不协调，他们会说我不善言谈，他们会把我抛到一边。没人理我，我也恳求自己应该像他们一样，但我又没那样做的兴趣和习惯。”

治疗者经诊断认为是人际交往障碍。

通过进一步与来访者的交谈了解到，造成其交往障碍的原因主要是认知障碍和人格障碍。认知表现为对自己、他人和交往本身的认知，哪一方面出现问题都造成认知障碍。来访者主要是不能客观地看待他人，不能正确认识交往过程的本身就是双方彼此得到满足和需求的过程。来访者人格上的特点又是我为中心、猜疑心重、苛求于人。

基于这样的分析，治疗者首先将有关人际关系的理论、原则及认知行为理论等做了介绍，以求其建立正确的理论，并让其写心得体几次认知治疗的家庭作业之后，治疗者与来访者有如下的对话：

来访者：最近的情况好多了，可还是有点不能处理 H 在场时的情景。他一在场，我就很厌烦，甚至在教室，我看到他在前面与某人指指划划地聊，我就厌恶极了。以前，我经常回避他，他在，我就走、但事实证明，回避他我心里也很不平衡。

治疗者：看来回避也不是办法。

来访者：有是我就想采取打击他的方式，消除我的压力。

治疗者：结果会怎样？

来询者：我这时也许也会说几句风凉话，以打击他的积极性。如果奏效，还有几分满意，否则干脆不去理他。

治疗者：也就是说，这并不是解决问题的根本办法。

来访者：但他的存在，尤其是滔滔不绝地议论，别人又很认真地听的时候，由于我很烦他，就显得很孤立。

治疗者：这时你怎么想？

来访者：我就觉得就显他了，心理不平衡，我希望他少说些，他在我面前，也应该拘束些，他应该见到我也像我见到他一样有所畏惧，这才平衡。

治疗者：你凭什么要求别人少说话或不说话，又凭什么要求别人像你一样？

来访者：（沉默）

治疗者：这就是我们常说的苛求于人，实际上你是觉得，他在场，表现突出，就觉得自己不如他，产生一种压力，心理不平衡，对不对？

来访者：是的。

治疗者：由于不现实地苛求于人，让别人按自己的愿望行事，就会给自己带来烦恼。应该改变这些事背后的不合理信念，比如，别人不应该成为中心人物，别人应该按自己想的那样做等，从而形成合理的思维方式。这就要求自己首先现实，接受他的存在，也接受自己的存在，不要回避。其次，采取顺其自然的态度，不要强迫自己去烦他，也不要强迫自己此时有意表现，情绪就会慢慢稳定下来。

通过几次作业及面谈，来访者在认知及人际交往方面有了很大改观。

在矫正来访者的不良心态中，治疗者教给他用“合理情绪疗法 ABC 理论”来改变其错误的认知人格障碍，ABC 理论的要点是通过对自己不合理信念进行辩论，来矫正错误的认知和习惯性的思维方式。

下面是来访者的一次作业：

诱因（A）：H 在宿舍，或大声说话、讨论，非常无拘无束，或发表意见，或指责他人。

信念（B）：（1）他不应该这样无拘无束。

（2）他应该见到我，也像我见到他一样有所畏惧。

结果（C）：紧张、不快、想回避他。

辩论（D）：（1）我在时，或不在时，他无拘无束，难道不应该吗？

答：好像不对。这是别人的性格、别人的自由。我觉得他以前伤害过我，所以我厌恶他，讨厌他的一举一动，看不惯他，他在我面前，就应该拘束些，但这毕竟是两码事，你讨厌他、但他并不会因为你讨厌他，就变得拘拘束束。你不理他，但并不代表别人不理他，他在别人面前很随便，你虽然不舒服，但你改变不了他，又不可能总是回避他，应承认这是客观事实，适应它是最现实可取的。

另外，如果他说话，我参与进去，或我说话，他参与进来，偶尔指责我，轻视我了，这也由不得我，难道能因为我不理他，他就改变性格和习惯？不可能。怎么办？也要适应，不然，你总是想打击报复，难受的也是你。

(2) 他见到我一定要有所畏惧，这对吗？

答：不对。别人要怎样做是人家的自由，我根本无法控制。原来我总是想，他在场或说话时，我就表示沉默，但我在场或说话，他却主动参与，我就很不满意。其实，是怕他滔滔不绝地与我争论，说服我或指责我，又怕他对我形成一种威胁。细想想，光怕不行，回避不是办法，关键是提高自己的认知水平和各方面的能力。

效果(E)：通过自己与自己辩论，可以减轻一些紧张情绪和对H的不满。对自己及对H的看法有所改变了，现在他在场时，我也能主动说话，并不像以前那样畏惧和拘束了，但还不能做到像与别人那样自然地交往。

一个不合理的信念是逐渐形成的，要改变它同样需要一个过程。一种认识只有在一遍一遍地重复之后，才能成为一种信念。因此，必须多次反复做类似的作业，以使合理的信念代替那些不合理的信念。从而建立正确的思维体系。

经过近十次的咨询，来访者在认知水平上有了较大的提高，纠正了一些“应该”或“不应该”的不合理信念，对处理人际交往中遇到的问题有了比较正确的看法。深刻认识并领会到当他人的观点与自己不同时，显然无法用自己的思想方法去改变对方，懂得了不能强制无法用自己按自己意愿行事的道理。

通过咨询谈话，还使来访者认识到对H同学的厌恶，实际上，反映了自己心理上的自卑感，觉得自己在人群中不能侃侃而谈，与H同学在同学中滔滔不绝的高谈阔论形成了鲜明的对照，因而对H产生厌恶。其实，每一个人都有某些方面不如别人。但从总体上看，你自己又有许多比别人强的地方。因此要树立自信心，全面客观地评价自己和别人。

半年后，来访者又来到咨询室，这次不是来提出问题的，而是来汇报成绩的。来访者说他现在能够比较好地处理与同学的关系，心情较好，学习成绩有所提高，感谢治疗者的帮助。

诊断分析

与前一个案例不同，在治疗人际交往障碍过程中，治疗者让来访者自己同不合理的信念进行辩论，并要求来访者以家庭作业的方式对自己的不合理信念提出质疑。来访者的认知作业详细地体现出合理情绪疗法的全部治疗过程。步骤清晰、明确。来访者在学习ABC理论的过程中逐渐认识到自己存在不合理的信念，并通过与两个问题的辩论改变了自己错误的认知，最终以一种合理的信念代替了原有的不合理信念，建立了正确的思维方式。

治疗过程中，治疗者充分发挥了来访者的主观能动性，引导来访者“自己治疗自己”，并使治疗取得了较好的效果。

例三：勇气是比赛致胜的法宝

摔跤运动员，男 20 岁。

1990年5月4日，于第11届亚运会第一次摔跤选拔赛前两周，该运动员及其教练首次来访。教练代述摔跤是一项以技巧和力量为主的近体对抗项目，要求运动员具有勇敢、机智的心理素质，善于在比赛中抓住进攻时机。该队员技术比较全面，介是在重大比赛中却不能发挥原有的水平，特别是在比赛中遇到应该主动进攻时，就感到害怕，不能像平时训练那样勇猛进攻，因而坐失良机，比赛败北。

对此，治疗者首先了解该运动员对有关事情的看法和客观依据，同时帮助他提高准确表达自己的思想和感受能力，简要对话片断见下。

甲（治疗者）：为什么该进攻的时候却不敢进攻？

乙（队员）：我怕先进攻会输，因为以前就曾经这样。

甲：是不是一进攻肯定就要输？

乙：我怕一进攻就会被对方制住。

甲：是不是一进攻就会被对方制住？你能肯定这一点吗？

乙：我就是担心这个。

甲：那么说，实际上进攻并不是肯定会输，只是你心理这样认为。

乙：是的。

然后治疗者根据RET的ABC原理，分析所收集的信息，得出以下诊断结果：诱发事件（A）是在比赛中所面临的应该主动进攻的机会；不合理想法或信念（B）有两个：B1“是过去经验决定着现在行为的结果”，B2是“先进攻肯定会输”；不良情绪和行为结果（C）是感觉害怕，做不出进攻动作，坐失良机。

诊断之后，治疗者耐心向队员介绍ABC原理，解释上述诊断结果，直到他认识到“害怕情绪是由自己的不合理想法和信念产生的”为止。

在此基础上，治疗者帮助他建立以下两个相应的合理想法或信念（rB）：rB1是“先进攻和失败之间没有必然联系，不进攻必然要失分，先进攻则得分的可能性更大，即使进攻无效，也是在进攻中失败”；rB2是“过去经验和现在行为结果之间没有必然联系，应该在过去经验的基础上，找出失败原因，并加以克服。”

同时，治疗者还给队员布置以下家庭作业：反复回想谈话内容，在B与rB之间进行比较；表象训练——想象自己在比赛中大胆进攻的情景。

五天之后，即该队员离京赴赛的前一天，他再次来访并汇报作业完成情况。他说：“我反复想过了，他（指对手）没有什么可怕的，只要到时我头脑清醒，就输不了。”并一再表示：“我对比赛很有信心，肯定能赢。”还报告说：前日夜间梦见与对手交锋，自己一上场就攻势猛烈，连连得分，与以往的比赛场面大不相同。

结果，该队员在第一次选拔赛中获第一名。赛后他谈到：此次赛前感觉很有把握。没有出现以往的害怕心情，赛场上头脑也很清晰。其教练也反映该队员在这次比赛中，没有出现以往的心理问题。

1990年6月4日，于第二次摔跤选拔赛前两周，该队员又主动来访。主要咨询过程和结果简述如下：

1. 自述前一次咨询解决了对国内对手不敢进攻的问题，现在面对外国选手仍然有同样问题。而且，在场上做准备活动时情绪很好，可是一上场，突然感觉到心脏“突突”地跳，心理就想：不好！又紧张了。

2. 进一步谈话后所得诊断结果 该队员在前一次咨询中提出的不合理

想法或信念 B2 和 B2 尚未完全被合理想法或信念 rB1 和 rB2 所取代，因此，遇到类似情景时，则再次表现出来；一上场就紧张的问题分析：诱发事件 A 是感到心跳厉害；不合理想法 B3 是“感到心跳厉害就是自己又紧张了，又害怕了”；不良情绪和行为结果。是害怕、不敢进攻。

3. 分析所建立的相应的合理想法或信念 rB3 心跳加剧既可以由赛前身体活动引起，也可以由赛前紧张情绪引起，根据情绪的认知理论，人对环境和自身状态的不同认识，会导致不同的情绪。由此建立的 rB3 是“心跳加剧说明身体已被充分激活，自己已处于良好的比赛状态，而与紧张情绪没有什么关系。”

4. 家庭作业 反复回想两次咨询中的谈话内容；模拟训练——在训练中由队友扮演国外对手；放松训练；表演训练。

5. 结果该队员在第二次选拔赛中输给伊朗选手，获第二名。赛后，其教练解释说：这次并不是输在害怕不敢进攻上，而是当时场下出主意的人太多，迫使队员在不宜进攻时，发动了进攻。该队员也反映说：当时我头脑比较清楚，不是因为害怕而不进攻，而是因当时的情况不能主动进攻，可是场外“进攻”的喊声太强烈了，我就服从了观众。

诊断分析

本例是北京体育学院的老师使用合理情绪疗法治疗一位摔跤运动员的情绪障碍，表明 RET 在我国运动心理咨询及治疗中具有重要的应用价值。

在治疗过程中，治疗者是严格按照 RET 的程序进行的。参照前文有关 RET 的介绍，读者可自行领会。

例四：“病人”的恐慌

患者，大学生，23 岁，未婚。自诉约从 1987 年开台出现惊恐发作现象，初约之至 3 周发作一次，以后间隔变短，至 1989 年 1 月来访时几乎每日焦虑、紧张、恐惧、发抖，有几次不能动弹。自诉每次发作前无明显诱因。曾去精神科就医，经药物治疗无效。

自诉从小多病，在家一直处于“病人”地位。曾患过神经衰弱、哮喘及癔病发作等病，多次住院治疗，并因哮喘休学一年。1985 年 5 月以来，心电图检查曾出现异常，医生怀疑其是否患有胶原病，病人对此很担心。

1988 年 10 月前后出现一些令病人非常下快的事情：一位的报社记者请她写一篇带病坚持学习的文章，她写成后彼改得面目全非，她认为记者把自己写成了“死要面子不要命”的人，非常生气，第一次焦虑发作即是在收到记者修改过的稿子之后发生的。与此同时，病人曾爱过的一位异性朋友结婚了，亦对她影响很大，因其对他一直不能忘怀。患者 1988 年暑假前后，曾对自己一直体弱多病的情况进行了自我分析，认为自己不断生各种病是潜意识当中要寻求他人注意的结果。因此在暑假后的学期中决心改变形象，一直坚持上课，但焦虑仍然持续存在，整日恐慌，无法控制。除服药，曾找过一位行为治疗者，采用肌肉和音乐放松方法，疗效甚微。

治疗者分析：

病人来访时有身体和精神方面的多种症状，但突出的主要是焦虑。与负

面生活事件如文章被改、恋爱受挫，有患胶原病的可能等等有关。个性特点属敏感多疑、易受暗示及疑病倾向。根据上述分析，治疗者决定采用合理情绪疗法进行治疗。

从合理情绪疗法的角度看，其焦虑的产生与其存在相应的不合理信念有关。患者有多种心理——生理障碍也正说明治疗应在改变其不合理的信念及思维方式上下功夫。

病人初诊日期为 1989 年 1 月 13 日，前三次每周来访一次。在这三次会谈中，收集有关信息，详细了解病情。帮助病人分析焦虑的成因与其近期的生活事件和个人性格特点有关。其中特别注意分析具体事件与其认知态度的关系，然后帮助其进一步认识到其信念与思维和焦虑发作的关联。建立良好的治疗同盟，运用移情 (empathy) 和积极关注对病人产生潜移默化的影响。正如病人后来所说：在治疗中感到自己能够被理解、被接受，慢慢也学会了自己接受自己。采用合理情绪治法中最主要的方法——与不合理信念辩论的方法，帮助病人改变某种不合理的认知。如病人最怕的就是自己的焦虑发作和患上重病。故从第二次来访，治疗者就要求患者积极求医，到有关权威性医院明确诊断心脏问题，以明确排除心脏疾病。针对其焦虑发作，明确指出，最初焦虑发作是多种内心冲突的结果；既往焦虑发作的体验，使其产生：“如果发作了，自己绝对受不了”，“长此以往，自己就完了”等矛盾恐惧心理，这就又使焦虑状态得以持续。要想改变目前状况只有面对现实。焦虑即使发作也不必害怕，可以不做事，静候其消失。不发作时，不必整日惶恐不安，不必为此事暗示自己，因为这样想不但于事无补，反而会增加焦虑发作的可能性。如果没有出现焦虑发作，就感到高兴，争取在这段时间中生活得更好。除了帮助病人改变对焦虑发作的想法和预期之外，还重点帮助其树立自强自立的信心。这当然要在改变认知的前提下进行。如果病人在焦虑发作治疗中的不合理的想法是：“如果仍出现惊恐发作，那就证明我好不了了；如果自己好不了了，那一辈子的就完了……”。这时治疗者要使病人认识到。在同阶段完全不出现惊恐发作是不可能的，只要通过自己努力，使焦虑发作的时间缩短，每周发作次数减少。焦虑症状态最终消失、关键在于患者自身的不懈努力。采用假设最坏可能性的办法改变病人对不能把握自身状态的恐惧。如病人害怕自己会在期末考试时出现惊恐发作。采用质疑式辩论方式提问：“最坏的可能性是什么？”“最坏的结果是什么？”“如果最坏的结果出现了，自己是否可以承受？”“出现最坏情况之后有无办法补救？”在病人的心目中，一旦考试时惊恐发作，那是最可怕的事情，是自己绝不能承受的，就如同遭到灭顶之灾。当其想到此事时，就如其真的发生了一样，因此恐惧，焦虑万分，但从未对自己的想法做过认真的分析。通过上述辩论，帮助其认识到，自己最怕的事情实际是可以承受的，而且真的发生的话也是有办法应付或补救的。此时正值期末考试，患者认知的转变，使其顺利地通过了考试。

1989 年寒假期间经治疗病人焦虑虽一次也没有发作过，但担心仍存在，但又想反正放假，也不会耽误上课，紧张情绪就好多了，对开学是否会再发作仍表示怀疑和担心。1989 年 2 月下旬第四次来访，肯定其成绩，指出假期对焦虑发作顾虑较少，故发作次数及严重程度大减。同时对前两次治疗中动用的假设最坏可能性的方法，及如何看待焦虑的发作能否治好的问题进一步进行了深入的阐述。要求其在日常生活中减少对自己的不良暗示 (想法)，

加入正强化的内容，即表彰自己的成绩（想法）。

1989年3月病人来访两次，其间已基本上无焦虑发作出现。但出现夜间憋气现象，有时因此半夜惊醒，不能入睡，约持续半小时左右。治疗中首先肯定已有的成绩，然后继续采用假设最坏可能性的方法，强调最坏的事情也可以承受；但应在最坏的情况未发生之前积极改变现状，争取避免最坏的事情发生。要求其继续采用正强化的方法，从积极的方面去评价自己。

1989年4月病人来访一次。憋气现象仍存在，并出现了与男友有矛盾等问题。在帮助病人分析与男友问题的原因及找到对方同意的解决方法的同时，对病人认为憋气使整天心情不畅，担心憋气会使大脑因缺氧而受到损害的想法进行工作，主要方法仍是与其不合理信念辩论。使其认识到自己一天如何过与憋气现象无关；自己越是恐慌越无助于情况好转。要像对待焦虑发作那样对待目前的憋气现象。至1989年5月来访时已能平静对待憋气现象，不再害怕了。7、8两月各来访一次，情况好转，并比较稳定。至此已无憋气现象，也无惊恐发作。

其母1989年12月来访，报告病人过去先后住院不下10次，但均未查出什么器质性原因。其母说从当年9月开始，病人像换了个人，不但身体没病了，人也变开朗、活泼了，为此特来感谢。

此病人前后共来访11次，时间近9个月，疗效较显著。追踪观察15个月，症状无复发，也无以前多病现象，精神和身体状况良好。

诊断分析

这是钱铭怡老师采用合理情绪疗法成功地治疗了一例焦虑症病人。通过这个治疗案例。我们可以看出：治疗某些神经症不一定非要依赖于药物或使用行为矫治方法，本例就是在使用上述方法无效的情况下，采用合理情绪疗法使治疗取得了成功。所以合理情绪疗法不仅可以用于人际关系障碍和某些情绪障碍的治疗，对某些神经症同样具有很好的疗法。

第十五章 来访者中心疗法及典型治疗病例

许多心理治疗都是要依靠心理医生的各种措施，对需要接受治疗的患者加以帮助。但是，有一位心理学家却提出了一个不同寻常的设想：“假如我们不去考虑表现我自己的聪明才智，那么，我觉得依靠来访者去完成这个治疗过程更好……来访者了解自己的问题，了解应向什么方向努力，了解什么问题最重要，了解自己隐藏着什么体验。”他在心理治疗实践中总结出自己的经验，于1942年出版了《咨询与心理治疗》一书，提出了自己的新的心理治疗观。在进一步总结经验和不断探索的过程中，他于1951年出版了《来访者中心治疗》一书，为来访者中心治疗奠定了理论基础。

这位心理学家就是罗杰斯。

一、来访者中心疗法的基本理论

来访者中心治疗是由美国心理学家罗杰斯（C.Rogers）创立的。是人本主义心理学的主要代表。人本主义心理学是当前西方心理学的一个重要派别，它崛起于美国 60 年代的反文化运动与旨在治疗、发展、改造心理的人类潜能运动，被称为心理学中非行为主义和精神分析的“第三势力”。来访者中心疗法是罗杰斯基于多年的研究和工作经验提出的。罗杰斯自己说（1961 年），在数十年的实际工作中，尤其是和那些有各种烦恼的人直接接触中，得到许多知识并积累了许多经验。他的这些生活经历和经验都被渗透到来访者中心疗法的理论与实践之中。

在来访者中心治疗中，罗杰斯认为：人的本质是好的，若在良好的环境下让他的潜能自由发展，将会是健康而富有建设性的。人的诚实与善良的特性是与生俱来的，而某些“恶”的特性则是由于防御的结果而并非出自本性。对人的本性的看法是来访者中心疗法的理论基础之一。

其次，罗杰斯充分相信人有自我实现的潜能。他认为人是理性的、能够自立且能对自己负责，有正面的人生取向，因此可以独立自主，进而迈向自我实现。罗杰斯认为自我实现是人类最基本的动机，人是积极主动的、自我实现和自我指导的。来访者的自我实现的潜能在与咨询员建立起融洽的关系后，就能得到释放和发挥——这是罗杰斯咨询理论的基本思想。

再有，来访者中心治疗法十分重视人的自我概念。罗杰斯指出，人的自我概念，特别是某些重要的自我概念是了解心理失常产生的关键。每个人的心中有两个自我：理想自我和现实自我，现实自我是别人眼中的自己、理想自我则是个体自以为“应当是”或者“必须是”的自我。对于大多数人来说，如果理想自我过高而难以实现，就往往会陷入痛苦，因而导致了心理失常。

来访者中心疗法具有同其他疗法不同的新的特点，主要体现在以下几方面：

1. 充分相信人的潜力，认为来访者有能力找出更好的应付现实生活的方法、而无需治疗者来干涉。强调只有来访者本人最了解自己，只有他自己才能找到什么是更适当的行为。

2. 在治疗过程中，咨询员不是指导者，也不是权威或专家，而是一个有专业知识的伙伴或朋友。在来访者谈话时，咨询员要以执情的态度倾听，不打断、不解释，不把自己的观点强加给对方，也不妄加评论，只是对来访者的发言表示兴趣、理解和耐心。也就是说，应把主动权交给来访者，以来访者为核心。

3. 强调咨询员与来访者之间应建立融洽的关系。这种关系是最重要的。咨询员应创造一个真诚、温暖和理解的咨询氛围。在这种氛围里，没有人告诉来访者做什么，没有人对来访者干扰和控制，只有咨询员的温暖、关怀和理解，使来访者感到轻松、自由、安全，可以将内心的忧虑和痛苦一吐为快。

4. 在整个治疗过程中咨询者不给予指导，这也是来访者中心疗法与其他心理疗法最根本的区别。也就是说，咨询员不要代来访者作决定：也不确定下一步该讨论什么，讨论的主题是什么；不解释和分析来访者的谈话，也不指出他存在的问题。咨询员可以作情感反应和内容反应，具体方法是重述来访者说话的要点，鼓励来访者继续说下去。

5. 关于咨询的内容，不是把重点放在来访者的过去，不一定要追究来访

者的病史，而是直接处理来访者现在的情况，尤其是当前的情绪困扰。

6. 成功的咨询表现为来访者生活能力不断提高，能妥善处理生活中的问题；缓解了情绪困扰与内心的紧张和焦虑；变得更有信心；与他人的关系更融洽，行为也更成熟。此外，来访者的心理适应能力也增强了，能勇敢面对困难与挫折。

二、来访者中心疗法的治疗过程与典型案例分析

治疗过程

罗杰斯曾将治疗过程分为 12 个步骤：

1. 来访者求助：来访者存在心理问题或情绪困扰、并渴望得到帮助是进行治疗的前提。

2. 咨询员向来访者说明治疗方法、告诉来访者咨询只是提供一个场所或一种气氛，不提供解决问题的答案，但咨询员会帮助来访者自己解决问题或找到答案。

3. 鼓励来访者情感的自由表现：咨询员通过真诚、理解、关怀促进来访者自由表达。

4. 咨询员要能接受、认识来访者的消极感情，并帮助来访者对自己有更清楚的认识。

5. 来访者充分地暴露出消极的情感后，积极的情感开始出现。

6. 咨询员要对来访者积极的情感接受和认识，但不给予任何评价。

7. 来访者开始接受真实的自我：由于咨询员给予来访者一种理解与关怀的氛围，使来访者有机会重新考虑自己并达到接受真实的自我。

8. 帮助来访者认清要采取的新的行为和新的决定。

9. 来访者对自己的问题有了新的认识和新的决定，就产生了最初的疗效。

10. 咨询员引导来访者达到一种更完全、更正确的自我了解，并开始新行为的尝试，表明疗效进一步显著。

11. 来访者当前的问题得到解决并对自己充满了自信，表明来访者走向成熟。

12. 治疗结束。

罗杰斯指出，治疗过程的 12 个步骤不是截然分开的，而是相互关联、有机地结合在一起的。

对治疗者的要求

根据罗杰斯的描述，要使治疗达到最佳的效果，治疗者必须努力做到：不将任何外在的评价和标准加在来访者身上；在治疗过程中要努力坦诚地表达自己；要耐心倾听来访者的谈话并做出相应的情感反应；要通过自己的言谈举止表达出对来访者的接受、理解与尊重；要努力表达出对来访者无条件的积极关注；要保证自己的言语与非言语反应表达了对来访者情感和信息的准确理解；为来访者提供一种自由、轻松、安全的氛围。

罗杰斯曾指出：“治疗的成功并非依赖治疗者技巧的高超，而依赖于治疗者是否具有某种态度。”他认为治疗者的主观态度影响着治疗关系的质量，而治疗关系对来访者人格改变所产生的影响远远大于治疗者所采用的治疗技术的应用。治疗者的态度包括三个方面：真诚、无条件地积极关注和移情。而这三个方面也是促进来访者心理成长的条件。

1. 真诚即治疗者能做到表里如一，不加任何掩饰，以自己的本来面目出现。来访者所能看到的就是治疗者的真实情况。真诚还意味着治疗者在治疗过程中真实地表现自己的情感和行为。当来访者痛苦时表现出同情，当来访者陷入困境时表示厌烦等等。这些真实的情绪反应就是治疗者表现真诚的标志。

2. 无条件地积极关注所谓无条件地积极关注是指无论来访者所表述的情感的内容是多么的不可思议，治疗者都要乐于接受，并且这种关注与理解是没有任何先决条件的、不管来访者的情感正确与否或合适与否。在实际治疗过程中，没有任何一个治疗者能在所有的时间里对来访者表现出无条件地积极关注。但治疗者应尽力而为，因为这种态度出现得越多，治疗就越容易成功。

3. 移情：称为共情或同情。指治疗者站在来访者的立场上，设身处地地去体会他们的痛苦、看待他们的问题。移情包括两个方面：一方面是治疗者的言语行为，如重复来访者谈话中的要点；另一方面是治疗者的非言语性行为，如治疗者的身体姿势、面部表情、语气、与来访者的目光交流等。都可以表现出治疗者对来访者的关注与理解。移情反映了治疗者准确地深入来访者的内心世界，在 deepest 的层次上体验来访者情感的能力。我们今天所说的“理解万岁”就是移情的表现。

由此可以看出，来访者中心疗法对治疗者有着很高的要求，治疗者不仅要建立良好的医患关系，还要准确地把握这一非指导性疗法的面谈技巧。所以说，在来访中心法中，治疗者不仅推动了来访者的成长，同时也促进了自己的自我实现。

病例

例一：他为什么想自杀

病人男，23岁，大学生。情绪低落，自卑，对生活失去信心一年余。一年多前，病人因不适应大学的紧张学习和生活，逐渐产生抑郁情绪，伴失眠、头痛和记忆力下降。后因学习成绩下降而产生明显的自卑感。平时易心烦、焦虑。人际关系十分紧张，对生活缺乏信心，绝望，曾有强烈的自杀念头。病前性格外向，自尊心很强，易在众人面前害羞。家族中无精神病患者。检查：精神萎靡，求治心切，无思维障碍。根据病史和检查情况，可知这是一个抑郁性神经症病人。由于病人的文化水平较高、自我认识和评价能力较强，医生认为对该病人采用来访者中心疗法较为适宜。

治疗一开始，医生就以朋友的身份出现，以和蔼可亲的态度与其接触，让病人感到医生对他的同情和关心。建立友好关系之后，医生进一步询问病史和与疾病有关的个人史及人际关系等情况。了解到病人从小生长在偏僻的农村，自小学到高中一直是全校的尖子，甚至在全县也是有名的好学生。由于这种情况，使其产生了一种矛盾心理。一方面，病人很高傲，觉得自己能力超群，没有什么事情做不到；另一方面，又因为自己出身农民家庭而有一种自卑心理。上大学前，对即将进入的全国重点大学寄予了很大的期望，充满了美好的幻想。可上大学之后，发现实际情况与自己的预想相差很远，而且在班里的学习成绩并不突出，过去那种名列前茅的优越感已不复存在，不再有众多的同学羡慕他。相反，因为他的出身和口音而受到某些同学的歧视。这些对于他来说，都是一种不良刺激。总之，病人的主要病因是环境（自然和社会环境）适应不良，产生心理和行为上的异常。当医生找到病因后，其任务就是引导病人通过自我分析来认识这一点。治疗时，医生耐心倾听病人

的自我分析和评价，对其不能适当处理人际关系表示理解。当他陷入绝望和痛苦之中时，表示深切同情。经过病人认真的自我剖析和医生必要的启发，病人终于认识到环境适应不良是自己得病的主要原因。为消除病因，他认识到自己应该主动去适应环境，而不应等待环境来适应自己，要通过自我调节作用来改变自己现有状态。由于病人存在轻生念头，因此急待解决的问题是帮助他消除自杀心理，树立生活信念。罗杰斯认为，一个人出生后就具有许多发展潜能，只要环境适宜，这些潜能就会发展出来。所以，解决心理危机的最好办法，就是给病人创造一个适宜的环境，使他的发展潜能激发出来。医生通过尊重、温暖和同情，耐心启发和诱导病人，使他认识到未来生活是美好的，并进一步促使他产生一种继续生存的责任感。通过治疗，病人出现了可喜的变化，他意识到个人是没有权力结束自己生命的。

经过四次治疗，病人轻生念头基本消失了，对生活树立信心，易怒和焦虑减轻，记忆力也有一定提高。此时，病人突出的问题是人际关系紧张和自卑。病人自患病以来，因心情不好，常因小事与同学又生冲突。由于别人不知他是病态，多不能原谅他，几乎没有同学与他来往，这更使他抑郁和焦虑，形成恶性循环。罗杰斯认为，人类生活中，人际关系最重要。如果一个人能生活在良好的人际关系中，他就可能实现自我；否则，就可能产生心理异常。在解决人际关系紧张问题上，医生帮助他认识到与同学关系紧张的主要责任在于其本人，而不是别人，否则不会全班同学都不愿与他交往。经过自我分析，努力改善人际关系。在消除自卑感方面，医生启发病人认识自己的潜在能力。因为病人能从农村考上全国重点大学，这足以说明其智能很高，在某种程度上可以说其智能远超过从大城市考来的同学。只要病情痊愈，智能得到正常发挥，就一定会取得优异成绩。经过以上分析病人，从中获得了很大自信。

病人第六次来诊时，病性明显好转，自杀念头完全消除，心情比较愉快，人际关系有所改善，学习成绩有一定提高，自卑感减轻。此时病人存在的问题是有时自信心不足，担心毕业后不能胜任本职工作。根据这种心理，医生建议他对未来的工作岗位不要寄予过高的期望，不要给自己定过高目标，否则会再次发生适应困难。第七次就诊时，病情基本痊愈，患者心情舒畅，对生活充满希望，人际关系明显改善，对毕业后参加工作的心理负担明显减轻。

本病例治疗时间为七个月，共接受七次心理治疗。每次治疗时大约一小时，病初每2—3周治疗一次，随着病情减轻，改为1—2个月治疗一次。治疗其间，未用过任何抗抑郁药物。半年后随访，病情未见复发。

诊断分析

使用来访者中心疗法治疗人际关系障碍可谓对症下药。不难看出，治疗者准确地把握了在治疗关系中自身所扮演的角色。一开场便“以朋友的身份出现”、“和蔼可亲的态度”。在治疗过程中“引导病人自我分析”、“耐心倾听病人的自我分析与评价”、“对其不能适当处理人际关系表示理解”、“对病人的痛苦和绝望表示深切同情”……所有这一切充分体现了治疗者对来访者中心疗法的举动深入领会与恰当运用。自始至终治疗者只是在协助、理解、关注、移情，没有进行指导与干涉，这正是这一疗法的精髓。毫无疑问，治疗取得了圆满成功。

例二：手淫是性变态吗

来访者情况：女，18岁，高中三年级学生，因以前有过手淫的经历（现已改正手淫的毛病）而感到自卑，并怀疑自己有性变态，不能接受自己的形象，与异性交往发生障碍。

以下是咨询员（简称“咨”）与来访者（简称“访”）对话的全过程，者可用心体会治疗师所运用的咨询技术与面谈技巧。

访：（想了想）我不喜欢自己的形象。

咨：具体他讲，你是不喜欢自己哪方面的形象呢？

访：我担心自己有某种心理，我讨厌别人注意我。

咨：你担心自己有什么心理呢？

访：我就是不喜欢别人注意我。（避而不谈某种心理是什么？）咨：那你为什么不喜歡别人注意你呢？

访：我不知道。反正我希望一个人呆着。没有一个人理我。跟人在一起，我紧张不安。（气愤地）有些人真讨厌、总是在注意我，着我，我一见他们注意我，心里就烦，学习也学不下去。咨：你说的“别人”是什么人呢？

访：这样的人很多。

咨：具体他讲呢？

访：（沉默不语）

咨：这里面有你的父母家人吗？

访：没有。跟我妈在一起，我觉得挺舒服的。

咨：那么跟你父亲呢？

访：我跟我父亲关系也挺好的。

咨：你的同学中有这样的“别人”吗？

访：有。

咨：老师当中有吗？

访：（声音很肯定）有。我最讨厌他。

咨：谁？访：我们的语文老师。一个男老师。他上课总喜欢注意我。咨：老师上课总要看学生的吧，总不会看着天花板讲课吧。访：可是他注意我特别多。

咨：你的周围邻居或其他人当中有吗？

访：也有。

咨：你的老师、同学，还有周围人每一天总要看见你。他们多关心、注意你一点又有什么不好呢？

访：我不需要别人关心，我怕别人注意我，怕别人看我。咨：你怕什么呢？

访：我怕别人看出我有某种心理。

咨：你有某种什么心理呢？

访：反正是某种不好的心理。

咨：什么不好的心理呢？能说出来吗？

访：（停了停）我以前看过心理学方面的书，我知道我可能是同性恋。

咨：那么你理解的什么是同性恋呢？

访：就像我这样，只对女性感兴趣，对男性不感兴趣。咨：那也不一定是同性恋呀，同性恋是在同性身上获得性的需要，同性之间发生性关系。仅仅对同性感兴趣对异性不感兴趣还不一定是同性恋。

访：反正我觉得我有性变态，我是不正常的。他们一定能看出来我跟别人不一样，我心理有病，不正常。

咨：你怎么知道别人会看出你的心理呢？

访：反正他们能知道，我讨厌男性，他们都是带有某种企图和我交往的。

咨：什么企图？

访：看出我不正常的心理。

咨：你说讨厌别人注意你，这别人是指男性吗？

访：差不多吧。

咨：是所有的男性吗？

访：有的不是，但差不多都是，反正比例挺大的。在公开场合下，和他们在一起时我就会感到不自然，很紧张。

咨：你和女性在一起有这样的感觉吗？

访：没有。

咨：那么和你爸爸在一起时感觉怎样？

访：单独在一起时感觉还可以，在别人在场时，也会感到有点不自然。

咨：那跟其他异性在一起呢？

访：我大多会感到紧张，不自然。

咨：你知道自己为什么会有这种感觉吗？

访：这个，我说不好。

咨：你从小开始就这样的吗？

访：不是。

咨：那么从什么时候开始的呢？

访：这……不好说，因为我有过不好的历史（声音很低，颤抖地，痛苦地）。

咨：（语气温和地，试探地）你愿意讲给我听吗？

访：（沉默）

咨：我会替你保密的，也许你说出来会对你有帮助的。

访：（痛苦地）我实在不愿提起那件事，它使我很痛苦。

咨：可是你之所以来到这里，就是因为你很信任我，你想解除自己的痛苦，如果你不愿深入地谈，恐怕我的帮助也是很微弱的。

访：（沉默许久）

此刻，治疗过程中出现了沉默，来访者在整理自己的思绪，决定作出自我暴露的程度，显然她的心情很矛盾，在进行着思想斗争。治疗者并没有急于去打破沉默，而是默默地等待着来访者作出决定。从前一阶段的治疗过程来看，来访者第一句话就说“不喜欢自己的形象”，表现出很自卑，治疗者通过仔细地引导，探索，层层探明了来访者的问题。治疗者认识到来访者与异性交往存在着障碍，这与她不能接纳自己的形象，怀疑否定自己是分不开的。而且来访者对自己“性变态”的怀疑是一种不合理情绪，她认为别人会看出她的心理这种观念也是不合理的，这种不合理观念导致她与异性交往障碍，害怕别人注意她。通过上述分析法，治疗者决定采用合理情绪疗法消除她的不合理信念。

访：（低声，颤抖地，）我说出来你们可不要笑话我呀！

咨：我们不会笑话你的，你说出来会对你更有帮助的。

访：（带着哭腔）我有过手淫，那时我刚十几岁，对男女之间的事还不

了解。可我后来改了。

咨：那么你现在觉得怎么样？

访：我还是不能接受我自己，虽然我已改掉三四年了，可我一想起来还是难受，我害怕别人注意我，他们会看出我不正常，我心理变咨：我非常理解你的感受，这样的经历使你很自卑，也感到很痛苦，可是你知道吗？我们每个人都可能有这样或那样的缺点和错误，可你一旦改正了，也就没有这样的缺点的错误了，也就不必为它耿耿于怀了。许多人有过手淫的毛病，可他们很难改掉，而你能够改掉，这说明你很有克制力，很有毅力，你应该为自己感到骄傲。

访：我讨厌死我自己了。我是不是太个别，太特殊，太不平常了，你们从来没有遇到过像我这样的女孩子吧？

咨：你当然是一个很特殊的个体跟所有的人都不一样，世上没有任何两个人是完全一样的，你也不能强求自己和他人一样，我听了你的经历，不但没有觉得你不正常，相反还觉得你是一个很坚强很不错的女孩子。

访：是吗？可我还是觉得自己有许多缺点。别人的要求我达不到，我还是怕别人注意我，我不能接受别人。

咨：别人的要求你当然不会都达到，你不能接受别人的原因在于你不能接受自己，你不要无缘无故地怀疑自己、否定自己，你不妨列一个单子来看自己有哪些优点、哪些缺点，越具体越好。再对别人的要求看看哪些是符合的、哪些是不符合的，哪些值得改并且能够改，努力改了就是了，哪些不值得改或根本无法改，就不必去想它，也就不必为之而心烦。

访：你的意思是要我接受自己，不要太在乎别人的言行。

咨：对，要接受自己的形象，这样才能放下包袱，轻松愉快地去生活。

访：可我还有点怕别人看我，怕他们看出我的心理。

咨：你怎么知道别人会看出你的心理呢？你的这种想法是没有依据的，只是你主观的猜想。你主观上认为别人会看透你。况且你已认识到自己是正常的，又有什么怕别人看的。

访：可是有人太注意我了，我感到不舒服。比如我的语文老师，你总是过于关注我，上课的时候，他总是在看我。

咨：老师上课看学生是正常的。他只看你一个人，不看其他人也是不可能的。你总是觉得他在看你，是因为你过于关注他是不是在看你，你每次一抬头、一旦发现他在看你，就会觉得他总在看你，而且由于你很紧张，你的神色就和其他人不同，老师就更容易看你。

访：可他下课时总喜欢和我说话。

咨：他总跟你说些什么呢？有没有说过什么超出教师身份的话？

访：他就是喜欢和我说话，比如我坐在后面，就去问我能不能看清黑板，问我要不要调到前面去，真讨厌。

咨：其实老师在和你说话总是在关心你的，你不要总认为他有什么企图，别人注意你，很多情况也是关心你。如果你的老师没有说出什么不符合教师身份的话，你就不必太在意。

访：其实我的语文学得还比较好的。

咨：可能就是因为你学得好，老师才喜欢你的呀！

访：可就因为有了他，我讨厌他，语文课就学不好了。

咨：你现在上高三，学习很紧张，因为别人的原因影响了自己的学习，

多不值得呀。

访：现在我知道了。其实好多都是我在胡乱猜想。以后我不管别人了，只管自己的学习。

咨：对，你现在应该把注意力多集中在学习上，但也不能忽视与他人的交往。现在你感觉怎么样了？

访：我感觉好多了。我讲了这么多，轻松多了。也许我还会有点紧张，但我会努力去做的。谢谢你对我的鼓励和帮助。

咨：祝你在学业上和生活中都获得成功。

访：谢谢你，再见！

诊断分析

可以看出，来访者经过深入地思考，最终道出了内心深处的症结——是手淫的历史使她自卑和痛苦。这得益于治疗者对她充分的尊重、理解与接纳，并及时肯定她的优点，鼓励来访者树立自信心。在这个案例中，治疗者综合使用了来访者中心疗法和合理情绪疗法。使用来访者中心疗法使其增强自信心，消除自卑感，不言而喻，这贯穿于整个治疗过程之中；在此基础上，运用合理情绪疗法帮助来访者去除不合理信念。尤其是在她与老师的交往上存在的错误归因——认为老师关心她有某种企图。

诚然，一次短暂的会谈或许并不能彻底根治来访者内心的症结，但这已取得了令人满意的效果。”

例三：受爱情困扰的女大学生

来访者，女，21岁，大学三年级学生，家在某大城市，家庭条件十分优越。现在独自一人到北京来求学。很长一段时间以来一直感到苦闷、焦虑、经常失眠。自诉一年以前喜欢上同班的一位男同学，但又害怕这种感情，退缩、疑虑而致痛苦、焦虑，最后求助于心理咨询门诊。

以下是其中的一次咨询经过。（其中C代表咨询者，S代表来访

S：我的确感到自己有心理障碍。

C：怎么感觉到的？

S：一年多来，我经常感到心里憋得睡不着觉，常常要吃中药调节，甚至吃安眠药。

C：这一年多你的生活与以前有了不少变化，是吗？

S：是的，以前我总是无忧无虑，父母疼爱我，我从没什么烦恼。

C：有什么原因导致生活的变化吗？

S：其实也没什么（犹豫了一会儿），一年前我喜欢上了我们班的一位男生，虽然没有过多交往，但我们彼此都有些好感。可是不知怎么回事，我心理总有一种感觉，觉得我们成不了，我怀疑他还有别的女朋友，可我从内心又不能摆脱他，这使我内心痛苦极了（皱眉）。

C：我也有过这样的感情经历，当时内心的确很矛盾，也很痛苦。

S：我于是总在试图压抑这种感情，至今我也没有跟父母或最亲密的朋友谈过，我感到很羞怯。你可以想象那种心情，每天魂不守舍，常常感到紧张，脾气大极了，总想发泄，这是不是一种转移呢？

C：是的，压抑的情感并没有消失，而可能通过别的途径表现出来。

S：后来我知道他并没有女朋友，他还曾主动提出愿意与我交往，但我却

没有答应，我不知当时自己是怎么想的，我好后悔，心里好难过……（痛苦地）。

C：这的确是令人痛苦的事。

S：我感到自己有一些心理障碍，刚开始心里害怕极了，我总是以为世界上只有我一人有这种毛病。我对谁也不敢吐露心事，可有些人一看就知道我心事忡忡，也不知是怎么回事？我总是试图掩饰自己的毛病。

C：心理障碍并没有什么可怕的，多数人或多或少都有一些心理阴影，心理健康者是很少的。

S：我看了一些书，也了解了这些情况，心理障碍竟是很普遍的，不少大学生也有。我现在不像以前那么害怕了，只是不愿与别人谈我的问题，其实我也感觉到与别人谈谈对我有好处，现在与你谈谈我心里就开朗多了，但与别人谈总还感到别扭。

C：谈谈对自己有好处，还是可以尝试，把苦恼说出来就化解了一大半，不是吗？

S：我想以后可以试试的，这对我会有帮助的（笑笑）。

C：你觉得你产生心理障碍还与别的因素有关吗？

S：我也不太清楚，可能与我的个性有关吧！

C：具体讲讲。

S：我从小被父母宠坏了，以前从没有离开过家，父母总是过分地照顾我，我干什么他们都不放心。我是一个很没有耐心、又很倔强的人，生活各方面又总想依赖别人，上街、办事没人陪着就难受极了。

C：你总是想身边有个人帮助你。

S：现在我一个人来到北京上学已经好一些了，以前我从不愿一个人去上课，现在不像在家里，只能一个人去，感觉还可以。换个环境对我也是挺好的。

C：独立的能力是可通过锻炼培养的，没有什么。

S：我是应该更多地锻炼……。我想我这种性格的人，也许感情上太脆弱，经受不了打击。也许别人遇到像我这样的问题会想得开，不会有心理障碍发生。

C：我想你承受挫折的能力是比别人弱一点。

S：该怎么办呢？……。我最近看了一本书，谈自我调节和放松等方法来解除心理障碍，看了以后对我启发很大，对我或许会有用的。

C：可以用自我调节、放松的方法来调整自己。

S：我以前就是老爱想那件事，整天地想，越想心越烦，现在换了一个新环境，学校里干的事情多了些，所以并不总是去想那件事，有时心情要舒畅些了。

C：遇到心烦的事情，可以转移一下注意力，干一些别的事情来调节自己。

S：是这样的（沉默片刻、羞怯地笑了），前几天，那位男孩子突然给我来了一封信，我心里挺高兴，你说我是不是应该正视自己的感情了，可以试着与他交往一下，是吗？

C：当然，可以与他交往，这是很美好的感情，要让其自然地发展。

S：我现在心里舒坦多了，谈谈对我是很有利，我觉得增添了不少勇气。我只是担心以后还会发生什么事情让我承受不了，也许我与他交往会很顺利，我想我会尽力自己处理，但可能的话我希望再与你谈谈。

C：（笑着）我很乐意，希望我能给予你帮助。

诊断分析

治疗者将来访者中心疗法中的“倾听技术”和“移情技术”发挥得淋漓尽致。“我也有过这样的感情经历，当时内心的确很矛盾，也很痛苦”——充分表现出了对来访者的理解与关怀；“这的确是令人很痛苦的事”——又体现出治疗者设身处地地体验来访者的痛苦。此外，治疗者的每句话都简洁明了，没有夸夸其谈，自始至终都在积极地引导来访者充分地叙说、充分地表露自我与认识自我，而治疗者确实是“一个善于倾听的咨询师。”

最后，来访者认识到了男女之间的感情是正常的、美好的，只要两厢情愿、没有必要压抑自己。这说明来访者对于自己的问题已有一定的认识，能正视自己的感情，并且正朝积极的方向发展。

当然，一次治疗并不能解决来访者所有的问题。很明显来访者由于从小受父母溺爱、独立性和承受挫折能力都很差，这种依赖型人格障碍有待于采用其他心理疗法予以治疗。

例四：不敢抬头见人的男孩

病人男，12岁，小学六年级学生，很胖，爱吃糖并达到了成瘾的程度。因自身形象经常受到他人的嘲笑与讽刺而体验到强烈的孤独，并为此而深感痛苦与烦恼。以下我们引用某一次治疗的片段来说明治疗技术的运用。

病人：（坐在椅子上，佝偻着背，眼睛盯着地板；既不看治疗者，也不说话）

治疗者：我想知道是什么事情使你感到烦恼。

病人：（没有讲话；没有抬头；耸了耸肩膀）

治疗者：我很希望能知道这里的含义——当你耸肩时你真正想对我说的
是什么。

病人：（没有抬头，也没有动）没什么事，不会有人真正感兴趣的（声音很低，嘟嘟囔囔）。

治疗者：你感到很孤独，而且你觉得说出来也没什么用——没有人能够、也没有人愿意关心这些事情。

病人：（抬头看了一下，短暂的目光相接后又低下头；仍佝偻着背）我根本就不想到这儿来。他们为什么不让我一个人安静地呆着（声音仍然很低）。

治疗者：你不想到这儿来，你想让大家都忘了这件事——而且也忘了你。

病人：（又抬头看了一下，短暂的目光相接后又低下头；佝偻着背）记得我有什么用？没有人关心我。

治疗者：你感到很孤立，也没有人关心你。你相信如果这个世界上只有一个人关心你，那么事情也不至于这么糟。

病人：（抬头，这次时间长了一些，然后低下头）我没有朋友。每个人都恨我。

治疗者：你确实感觉到了孤独和被抛弃。你希望能有一些朋友。

病人：（没有抬头，眼中出现泪痕；长时间的沉默。）

治疗者：孤独一个人是很不好受的——一个朋友也没有，也希望别人能善待自己。

病人：（很快地抬了一下头，又低下）每个人都在笑我，他们拿我开心。

治疗者：而这使你为自己感到难过。但在你心目中最想得到的还是能有人关心你，他能接受你现在的样子，不会比你难堪，也不以任何方式对你说长道短。

病人：（抬起头；短暂的目光接触后又把目光移开；这次没有低头）他们总是叫我的外号，而且总叫外号。有人叫我“胖子”，有人叫我“肥肥”，有人叫我“河马”。他们在澡堂里这么叫我，在礼堂里这么叫我，在饭厅里也这么叫我。他们都在笑我。这使我伤心极了。

治疗者：看来你对那些叫你外号的人很生气，而你可能也对自己这个样子有点不太满意。说老实话，他们那么对待你我也有点生气。让你和我一起看看有什么办法可以改善人们对你的看法。

诊断分析

转引这个案例并非要说明使用来访者中心疗法的全过程，只是让读者领会如何建立起良好的咨询关系。很明显，本例中来访者一开始根本不愿意交流，这的确给治疗带来了困难，因为通常来访者都是自愿的，主动配合的，好在治疗者成功地创立了一个温暖和理解的咨询氛围，并通过真诚与积极关注（“说老实话，他们那么对待你，我也有点生气”）努力促进咨询关系的进一步建立。

以上我们通过若干案例来说明来访者中心疗法的具体应用。不难看出，来访者中心疗法可以用于人与人相互作用的情境，但似乎也仅限于一些自身出现矛盾和冲突而苦恼的正常人，对于定型的神症（如强迫症、恐怖症和精神病）是否有效值得深入探讨。虽然这种疗法不可能完全回答和解除一个人的所有心理问题，但它可以开启人们的心扉。这是由来访者中心疗法和以往的心理治疗方法的差异决定的：首先，它打破了疾病诊断的界限，不像其他疗法那样进行疾病诊断和鉴别诊断；其次，它只注重治疗环境和气氛而不注重指导，不像其他疗法那样将治疗者自身的判断和价值观强加给病人，叫他们无条件接受；第三，来访者中心疗法轻视治疗者的作用，主张治疗者不以专家的身份出现而以“朋友”、“普通人”的身份出现。正是由于上述原因，绝大多数心理治疗家很少单独使用这一疗法，而在许多情况下仅将其作为一种辅助性的治疗手段。他们相信在治疗过程中不加任何指导，其作用是有限的。尽管如此，来访者中心疗法仍被广泛地接受为一种有效且独特的心理治疗技术。

第十六章 森田疗法及典型治疗病例

森田疗法是日本学者森田正马教授于 1920 年所创立的一种心理治疗方法，它主要用于对神经质症的治疗。森田疗法的理论体系不是出自某种理论的延伸或实验的结论，而是来自创立者自身的神经症体验和多年的临床实践总结。其理论基础主要包括三个方面：关于神经质症的理论；关于神经质症形成的理论；关于神经质症的治疗原理。

一、森田疗法的理论基础

关于神经质症的理论

森田先生最初提出了“神经质”的概念。他认为神经质的症状纯属主观问题，因此他不把“神经质”作为一种疾病看待。后来森田先生的高足、森田疗法的另一代表人物高良武久提出了“神经质症”的概念，他指出：“神经质症是神经症的一部分，森田疗法不可能治愈所有的神经症，只有神经质症才是森田疗法的适应症。”

神经症包括的范围很广，既可以是精神上的障碍，也可以是身体上的障碍，还可以是精神障碍与身体障碍兼而有之。神经质症则只是神经症的一部分，主要表现为患者具有某种并非器质性原因造成的症状，这种症状对患者正常的工作、生活造成影响。患者本人有强烈的克服症状的欲望、并一直在做着克服症状的努力。如果患者对症状没有意识，也没有克服症状的强烈愿望，就不是神经质症患者。

神经质症患者的症状带有很大程度的主观臆测性。这类患者常把一些生活中正常的心理与生理现象视为病态的和异常的，因此产生心理困扰，他们认识到这一点并想努力消除这种困扰，结果适得其反，困扰不但未能消除，反而病态地固定下来，便形成了神经质症。

容易出现神经质症的患者往往有特殊的性格特征，具体包括：具有极强的完善欲，主观要求过高；比较理智，很少感情用事；性格内向，比一般人具有更敏锐的感受性；没有反社会的倾向，不会成为罪犯。

森田先生根据其“神经质”的理解，将其划分为以下三种类型（按症状分类）：

1. 普通神经质（所谓神经衰弱）包括头痛、失眠、头脑不清、易兴奋、易疲劳、脑力减退、乏力感、不必要的忧虑、胃肠神经症、性功能障碍、眩晕、耳鸣、记忆力减退、注意力不集中等。
2. 强迫观念症（包括恐怖症）社交恐怖、口吃恐怖、尖锐恐怖、高处恐怖等。
3. 发作性神经症包括心悸发作、焦虑发作，呼吸困难发作等。

关于神经质症形成的理论

森田先生认为：神经质发生的基础是疑病素质。疑病素质表现为精神内向，对自己身心的活动状态及异常都很敏感，容易将正常的心理与生理现象视为异常，总是担心自己的身心健康。根据森田理论，这是属于人类本性的生存欲的表现。事实上，每个人都关心自己的健康，但如果过分担心自身状况，过分自我关注，便会形成疑病素质。由此看出，对神经质的发病具有决定作用的就是森田先生所说的疑病素质。

其次，森田先生认为，精神交互作用促进了“神经质”症状的进一步发展。所谓精神交互作用，就是指因某种感觉，偶尔引起对它的集中注意，这种感觉就会变得敏锐起来，而这一敏锐的感觉越来越吸引注意进一步固定于它。感觉与注意进一步交互作用，使这种感觉变得越来越过敏。例如，神经质患者因存在疑病素质，把偶然的一次没睡好觉当作是异常现象而加以特别关注。从而引起了对这种感觉的恐怖和预期不安，由于精神交互作用，逐步形成了失眠症状。此时患者的注意完全固着在他的神经质症状（失眠）上而无法自拔。

此外，森田指出，患者陷于“思想矛盾”之中，这也诱发“神经质”症状的形成。其表现是：“理应如此”的愿望和“事已如此”的现实之间的矛盾。由于有疑病素质的人是“完美主义者”，他们往往在欲求与现实之间形成思想矛盾，并力图解决那些现实无法解决的矛盾。对不以人的意志为转移的客观现实，采取了主观强求的态度，促使神经质的症状越来越严重。

综上所述，森田疗法关于神经质症形成的机理可概括为：由于疑病素质的存在，在偶然事件的诱因影响下，通过精神交互作用而形成神经质症。造成神经质症的根本原因则是患者想以主观愿望控制客观现实而形成的“思想矛盾”。

关于神经质症的治疗原理

根据上述理论，森田提出了对神经质症的治疗原理，其要点在于陶冶疑病素质，破坏精神交互作用和消除思想矛盾。

神经质症的形成是精神交互作用的结果。要对其进行治疗，就必须打破这种精神交互作用。森田指出：要对症状采取“顺其自然”的接受态度，而不能采取对抗的态度。只要患者在心理上放弃对症状的抗拒，就会切断精神交互作用，症状就会减轻以至取消。因此，“顺其自然”的治疗原理正是森田疗法的治疗秘诀和最基本的治疗原则。

神经质症最基本的特征不在于某种表面、外显的症状，而在于患者心理上对症状的一种本能的抗拒性，力图摆脱症状。例？：见人恐怖不能说是神经质症，而企图克制自己的恐怖并为此而苦恼才是神经质症；注意力不集中不能说是神经质，而力图抗拒这种现象并为此而苦恼者才是神经质症。由于这种对抗的态度，症状不但没有消除，反而固定了下来。正如我们前面所举的例？：失眠者越是企图赶快入睡，就越难以入睡；而见人恐怖者，越想在人面前保持平静，就越恐怖。因此，患者越是千方百计地抗拒症状或消除症状，症状反而越严重。

正是基于上述原因，森田先生提出了“顺应自然”的治疗原理。所谓顺应自然，森田把它看作是相当于佛禅的“顿悟”状态。而“顿悟”就是让神经质症患者认识并体验到自己在自然界中的位置，体验到对超越自己控制能力的自然现实进行抵抗是无用的。这样才能达到一种与自然事物相协调的生活态度。也就是说，患者应老老实实地接受症状，真正认识到对它抵抗、压制和回避都是徒劳的，不要把症状当作自己身心的异物，要视若平常，对其不加排斥和抵抗，带着症状从事正常的工作和学习活动。

“有，就让它有！”这就是“顺其自然”的态度。患者要承认现实，不必强求改变。如果见人感到恐惧，那就让它恐惧好了；失眠者，不要强求入睡，要采取睡也行，不睡也行的态度；感到痛苦，就让它痛苦好了……要直截了当地接受症状，并带着症状去生活，该干什么就干什么——即“忍受痛苦，为所当为”。对人恐怖的患者，虽然在人面前感到恐惧，但并非不能说话，要带着恐惧去与人交往，忍耐坚持下去恐惧就会减轻。这主要是由于“顺其自然、为所当力”的态度被坏了患者的精神交互作用，解除了其“思想矛盾”，症状也因而减轻和消失。

二、森田疗法的实施方法

森田疗法的实施主要包括门诊治疗和住院治疗两种方式。这样分类主要是根据神经质症患者症状的严重程度不同而采用不同的治疗方式，但它们核心的指导思想——“顺其自然”的治疗原理——是一致的。

门诊治疗

门诊森田疗法适合于治疗那些神经质症不是非常严重的患者，尽管他们的正常工作和学习受到了影响，但还没有达到完全需要住院治疗的水平。

门诊治疗主要通过治疗者与患者一对一的交谈方式进行，一般首次治疗需要1小时左右的时间，以后复诊半小时即可。疗程的长短因人而异。在治疗中，治疗者尽可能用提问的方式启发患者对问题进行理解，而不是过多地采用说服的方式。治疗关键是帮助患者理解“顺其自然”的道理。

门诊森田疗法在实施过程中，治疗者需注意以下三方面内容：

1. 通过详细的体格检查排除严重躯体疾病的可能，在此基础上指明患者的感受是属于功能性的障碍。

2. 帮助患者学习神经质症的有关知识以及森田疗法的治疗要点，说明“顺其自然”的生活态度是最重要的，指导患者接受症状而不要试图抵抗和排斥它，带着症状从事日常的工作和学习。

3. 通过记日记的形式，让患者将自己的治疗体验和每天的思想状况记录下来，治疗者批阅后，针对日记里暴露的问题在下次治疗中进行指导。

住院治疗

森田疗法所遵循的“顺其自然”的道理，看似简单易懂，但对于症状非常严重的某些神经质症患者来说，他们很难通过门诊治疗的讲解与学习达到真正的理解与领悟，也就更不可能按照治疗的要点实际付诸于行动，也就是说患者只靠自己的力量是不可能做到的。在这种情况下需要进行住院森田治疗。住院疗法就是为这种患者创造了一种崭新的环境，使患者得到新的生活体验。高良武久认为：“住院疗法是治疗神经质症的最佳方法。”

住院治疗过程分为四个阶段：绝对卧床期、轻工作期、重工作期和生活训练期。下面我们逐一介绍各个阶段的具体实施方法：

1. 绝对卧床期一般为4—7天，在此时间内，禁止患者会客、谈话、读书、吸烟等，也不进行任何安慰，除吃饭和大小便外，保证绝对卧床。患者在此期间可能产生各种各样的想法，尤其是对自身症状的烦恼和苦闷，会陷入更加痛苦的状态。对此治疗者不采取任何措施，让其默默地忍受。然而，当患者体验到任其痛苦、任其烦闷的时候，继续卧床，会出现逐渐安静的倾向，继而患者还会出现一种无聊的感觉，总想立即起床干点儿什么，这就是无聊期。此后，可进入第二期。

2. 轻工作期一般为3—7天。此期间内仍不允许患者过多地与别人交谈，禁止外出、看书等，夜里的卧床时间规定为七、八个小时，白天可以到室外做些轻微的劳动，晚上开始记日记。并且从第三天开始，可以逐渐放宽工作量的限制，让患者从事各种体力劳动。轻工作期一开始，患者会有一种从无聊中解放出来的愉快情绪，并对周围的环境产生新鲜的感觉。轻工作期目的是使患者解除对症状的关注，对症状的感觉减轻，对劳动或行动越来越感兴趣，渴望得到较多较重的工作，由此可转入治疗的第三期——重工作期。

3. 重工作期一般为3—7天。在这期间，让患者努力去工作而不过问其

症状，劳动强度、工作量均较上一期有所增加。通过劳动，患者可以体验完成工作后的愉快，培养忍耐力。工作内容包括：园艺劳动、帮厨、清理环境卫生、手工操作、木工活等，另外也做体育活动、集体游戏、绘画、欣赏音乐等。此外，重工作期可以让患者开始读书。读书主要选择历史、传记、科普读物等。在工作和读书过程中，要排除完美欲的影响，带着症状投身于现实之中，使患者将注意转向外部世界，而对症状置之不理。在这一期内，患者每晚仍坚持记日记并交给医生批阅。

4.生活训练期一般为1—2周。必要时可允许患者外出进行复杂的实际生活。如允许他白天回到原工作单位。但晚上必须回病房居住，同时坚持记日记。这一期又称为出院准备期，患者在工作 and 实践中进一步体验“顺其自然”的法则，为回归社会做好准备。

在整个住院治疗其间，患者通过日记来记述自己的病情变化。医生进行批阅并给与指导。引导患者以前对病症的主观臆造和误解，让其从心理上放弃对症状的抗拒。最终使患者领悟到：对症状“顺其自然”，尽量使自己忙于正常的工作和学习，这具有治疗作用。

由于患者的病情各不相同，治疗时间也不尽相同，有的只需要3周即可治愈，有的则可能需要60至70天时间，平均疗程为40至50天。

森田疗法除了上述提到的住院治疗和门诊治疗之外，还有生活发现会的形式。生活发现会会员大部分是为神经质症症状所苦恼，但能坚持正常工作与生活的人。生活发现会目的是通过系统学习森田理论，交流个人体会，帮助患者形成正常的生活习惯，最终从神经质症的症状中解脱出来。

三、森田疗法治疗实例

以上我们详细介绍了森田疗法的基本理论和具体实施方法。可以看出，森田疗法与精神分析、行为疗法一样。不但有坚实的理论作为后盾，而且有行之有效的治疗方法。下面我们通过若干治疗案例说明森田疗法的实际应用过程，读者可用心体会患者在接受治疗时的心理状态和医生是如何进行指导与帮助的。

病例

例一：“病，原来是自己想出来的！”

患者男性，36岁，已婚，大学文化，干部。患者自幼体健、生活顺利、聪明好学、成绩优良。1980年（23岁）时因失恋。而出现抑郁、烦闷、悲观并在此期间首次发生呕吐，连续数日不能自行缓解。在内科未能明确诊断，以输液等对症治疗后渐好转。1981年专科毕业参加工作，1985年结婚，婚后夫妻感情很好。未再发生呕吐。1988年妻分娩后，婴儿窒息死亡，患者精神上受到打击，又出现焦虑，悲观，失眠，呕吐，但较前次略轻。再经对症治疗三个月渐恢复。1990年妻第二次临产，患者即开始出现以前症状，妻子分娩后，婴儿因病不久夭亡，患者精神症状及呕吐随即加重。每食后即吐，不能工作，生活也需别人照料。虽治疗后症状缓解，但此后时常感到心慌、胸闷，胃部不适。并开始经常服用速效救心丸及其他中、西药。至1992年妻第三胎生育时，尽管孩子出生前后一切顺利，母子平安，但患者仍焦虑，紧张和呕吐。经亲属悉心照料，请中西医多方诊治。病情再次缓解，但此后每逢孩子发烧，妻子生病，工作繁忙，劳累等都可引起呕吐。患者在各大医院进行消化道造影、胃镜、心电图、B超、超声心动图，各种化验等多种检查除发现有一因发育不良所致的轻度食道裂孔疝外，未发现有其他阳性体征。本次又因劳累后呕吐连续三个月未能缓解，遍处求医无效，后求治于心理医生。

患者住院后，每日呕吐3—4次至10余次不等，还伴紧张、焦虑、全身颤抖、坐卧不安、极为虚弱。经体格检查，于入院第10天开始森田心理治疗，方法采用住院式森田疗法。以下为治疗经过。

绝对卧床期患者第一天卧床安静平稳，第二天后开始感到烦躁、悲观，对治疗方法怀疑、伤心落泪，整日唉声叹气，食欲下降呕吐加重，增至每日8—9次。此时针对此情况，根据森田治疗的原理，除每日仍要求病人记日记外，还给病人提出了几个有关问题，引导其深入思考，以提高其对本人个性心理特征、病态心理形成、现症状的实质以及治疗方法的认识，每日查房时对其呕吐等症状并不给予特别关注和处理。此时病人十分痛苦，但也意识到医生的态度及所提问题都是针对个人的病态心理的，开始接受医生指导，并有了新的认识。病人日记摘抄：“对待病因，无论其表现形式如何多种多样，都是焦虑造成的，不要把病看得十分严重，而应该顺其自然，不要把注意力总放在身体上。既然没病，为什么那么神经质呢？现在想起来以前实在可笑，天天像老病夫一样，到处联系看病，真是弄假成真。”此期治疗中，呕吐严

重时口服补液盐水 1000ml。呕吐在一度加重后开始有所缓解，患者表现由紧张、焦虑、抵抗转向平静、合作。全身颤抖亦未再发作。

轻作业期患者在此期开始仍有较严重的反复呕吐但能按治疗要求坚持从事作业劳动，通过简单劳动培养信心、耐力，并在医生指导下改变对症状的态度和认识，从而达到接受症状不与之对抗，从反复多年的恐惧和心理矛盾中解脱出来。患者在连续四天坚持轻作业的同时伴有每日 2—3 次呕吐和精神痛苦后，开始有所领悟，部分地接受症状，表示不再急于消除症状，每次呕吐也不再紧张，恐惧了。随着病人接受医生指导，态度转变，呕吐随即明显减轻，在轻作业的第四天，患者开始体会到解脱愁苦的轻松。病人在日记中写到：“虽然对森田疗法的理论有了一些了解，但关键是实践，今天我坚持很少卧床，跟上治疗程序，经过一天的工作，虽然身体觉得疲劳，但心理上感觉很好。”

重作业期患者在此期的表现及心理体验均有明显改善，表现工作认真，努力。随着治疗进程，紧张、焦虑、悲观等基本消失。呕吐在重作业期的第三天自然停止。患者感到很高兴，兴奋，对本次不靠药物治疗甚觉满意，治疗信心越发坚定了。患者在日记中是这样写的：“劳动进入第三天，我仍然感到腰酸背痛，但却有一种说不出的舒服感，看来多活动一下有好处，我体验到，以前生活中存有很大的惰性，得过且过，对生活兴趣不大。却把注意力放在个人身上，看来森田精神要把注意力引向外面，进行建设性的生活很有道理，值得自己认真反思。”

恢复期（社会生活准备期）

患者回单位和家庭可以基本适应工作和家庭生活，体会到一种特有的喜悦心情、在工作几天以后，因工作紧张，又发生焦虑，手抖、呕吐，但很轻微，这时就其实际生活，心理健康及森田疗法的实践原则、方法给予指导，鼓励患者按要求努力实践，患者表示接受，表示有信心像健康人一样去生活，重新建立自己的健康的心理机制。患者在医生鼓励下坚持工作，未曾服任何药物，一周后症状自然缓解并能适应现岗工作。外出活动也轻松愉快。在以后的十几天里平静、自然地经受住了工作调整、孩子生病、本人拔牙手术等事件，未再发生呕吐、焦虑等症状。饮食、体力均有较大改善，体重增加 4 公斤。三个月、六个月、一年后随访，患者工作，生活情况良好，症状未再复发，痊愈。

诊断分析

本例引自天津心理卫生专科医院李合群大夫报导的一个病例，患者的神经性呕吐症状并未列入森田疗法的主要适应症中，因此采用森田疗法治疗神经性呕吐可算一种新的尝试。这一治疗案例充分体现了住院森田疗法的全部过程，同时表明某些非神经质症使用森田治疗同样有效，下面这个案例也很好证明了这一点。

例二：她为何一吃饭就呕吐？

患者，女，大学文化。自幼生长发育好，13 岁月经初潮，规律。15 岁时身高 1.54 米，体重 65 公斤，人称小胖胖，一次偷吃母亲留下的食物，怕长胖遂

引吐。其后引吐次数渐多致体重下降。16岁食量猛增，每餐主食一斤，外加大量菜类。每餐之后皆用手引吐，吐后又吃零食。16、17岁停经二年，至入院时月经周期20—90天不等。18岁后食后可自行呕吐。大学毕业后在某公司任职，上学及工作后除一日三餐外，尚偷着吃大量零食，有时一口气吃一斤饼干，食后再吐。由于每餐后必吐，患者从不敢在没有卫生间的地方吃饭。近二年家人发现患者有暴食后呕吐的现象，试图限制其吃主食和零食，但毫无效果。做CT及其他消化系统的实验室检查结果均正常。由于患者暴食并呕吐影响了其工作（不能出差），在家人劝说下住院治疗。入院后躯体及神经系统检查未见异常，身高1.58米，体重49公斤，无感知觉，思维和情绪障碍。自述控制不住地想多吃，因怕胖才呕吐，现稍用力就能吐出胃内容物，对大量进食继之呕吐并不感到痛苦，对月经不规律无所谓，愿意配合大夫治疗其进食障碍。入院诊为神经性贪食症。

开始常规治疗，首先限制患者主食每天8两，限制其零食。同时给予药物治疗。治疗中患者常偷吃双份饭，偷别人零食吃，且每次进食后皆吐。治疗4周无效，患者仍有多食欲望及每餐后呕吐，患者认为待体重降到47公斤就可不吐了。征得患者同意做森田治疗，停用所有抗抑郁剂和抗精神病药物。在绝对卧床期间只给其每日三餐（定量）。患者对限吃零食和水果能接受，且能保证持中午餐后不吐。在绝对卧床期的第六天患者情绪焦虑，提前一天自行结束第一期治疗。在森田二期（住院七周）患者能根据要求少谈话，每晚记日记。患者日记中反映出进餐后想呕的愿望控制后心理很不安，焦躁，医生鼓励患者饭后活动。发现她很喜欢打乒乓球，便每天饭后为其找一位病友或医护人员打乒乓球。以度过其焦虑阶段，二期治疗后患者呕吐次数减为每天一次或不吐。体重增至48.5公斤。住院第八周外出半天看望住院的父亲，返院后情绪不稳，烦躁，每餐后皆吐。患者认为自己病未治好，还连累父亲生病住院。情绪消沉，对治疗失去信心。反复鼓励患者积极投入到森田三期治疗中去。并请患者指导病房中黑板报的美工。患者渐能深入到治疗中来。一次患者与森田小组病员和医护人员去香山爬山野餐。青山绿水红花绿树使每个人都心旷神怡，大家一边唱歌一边跳舞一片野餐非常开心。回家途中询问患者因何不吐，患者惊讶地发现这次饭后完全没有要吐的想法——“没意识到！”。立即召集所有病员讨论。患者认识到只要全心全意地投入到某一活动上，完全可以去除想呕吐的思想并且没有痛苦，自己总结“领悟到了什么是真心的”及“像健康人那样生活就能得到健康”。此后患者信心大增，按森田治疗要求顺利做完了第三期和第四期，做森田疗法四期时患者已能做到每餐后皆不呕吐。同时发现，随着食后不再呕吐，原来强烈的进食欲望也消失了，对自己的体重也有了新的认识。第十二周出院时体重增至49.5公斤，饮食正常，饭后不吐，感到自己的体重完全在标准体重范围，没什么可担心的。出院八周后随访，患者饮食正常，食后不吐，体重为49.5公斤，月经周期为40天。

诊断分析

此例为北京医科大学精研所孟凡强等人报告的一例使用住院森田疗法治疗神经性贪食症患者。这种疾病同样不属于非神经质症但治疗者抓住了治疗的关键——通过各种活动帮助患者领悟森田疗法的原理，让患者在实践中领悟到什么是“顺其自然”及“顺其自然”的效果，结果表明森田疗法成功地治愈了神经性贪食症。

例三：失眠也是心理障碍

X 是大学一年级学生，家境较贫寒。进入大学后，不太适应大学环境，造成无形的心理压力，难以入眠，多次到学校医院进行药物治疗；没有明显效果，于是寻求心理治疗。

下面是治疗经过：

X：失眠已很长时间了、高中时只是偶尔失眠，现在变得逐渐严重，中午睡不着觉晚上也难以入眠，早晨醒得早，多梦。我到医院看过大夫（递上病历）。

咨询人员（用 Y 代替。下同）翻看病历，问：真的睡不着？

X：每晚都睡得着，但效果不好！

Y：睡不着又怎么样？

X：第二天精神不好，影响学习，长期下去会造成注意力不集中，记忆力下降，动作迟缓，精力衰竭……

Y：这是从书本上看来的吧！（X 笑）

[患者一般对自己健康过分关心，到处查询自己的病情，寻求根治方法，总容易把自己的情况和书本上描述的“典型”病状对号入座，从而产生过分焦虑。]睡不着原因很多，有时难以入眠，是因病引起的。人在白天时，把全部精力都集中在应付学习和周围环境，感觉不到病的存在，到晚上人的意识放松，病就发作，影响睡眠。

其实，对于脑力劳动的人，特别是像你这个年龄，属于多事之秋，有几次失眠，无关紧要，大多数人都经历过。

X：高中的时候，学习非常紧张，但只是偶尔感到失眠，现在学习没那么紧张了，却感到更累。

Y：大学期间的学习并不轻松。高中时候，知识是有限的，大家为一个确定的目标而奋斗，尽管很累但很充实。但大学期间知识是无限的，人们向无限的知识海洋探索。因此，心理的压力和负担比中学还要大。

X：是的。

Y：其实，第二天精神不好有很多原因，比如营养跟不上；锻炼过累或不足；天气情况，比如春天来了，人都会感到疲倦；还有学习过程本身很累，长时期学习，人也会感到十分疲乏。

所以，第二天精神不好，原因是很多的，你是不是把它看得过分狭窄，都归结为失眠这个问题上，就像一个长得瘦的人，他总以为别人在注意他瘦一样，其实，别人根本没在乎，是不是？

X：（笑）

Y：你是否有这样的心理体验，看书的时候，外面很吵，心里烦躁，你越是想静下来，心理越是静不下来？

X：有这样的体验，有时听课，感到比较吵，越是想摆脱，越是摆脱不了。

Y：你用什么方法摆脱呢？

[尽量让患者谈自己的感受，心理咨询医生则替患者指导出摆脱困境的方法，主要是通过启发，让患者自己讲出来。

X：我就不注意它，自然也就感觉不到吵了。

Y：那这个方法是否可以运用到治疗失眠上来呢？你越是考虑睡不着觉，越睡不着，干脆就不管它睡不睡得着，不注意这个问题，你想会怎么样呢？

X：没试过。

Y：试试看。日本有一个精神卫生学专家，叫森田正马（与弗洛伊德同时代），就分析了这种现象，你越是注意症状，越是想摆脱，越是脱摆脱不了，就像一团乱麻，你越使劲想把它扯开，越扯结得越死，时间一长心里越急躁，用更大的力拉，结果更加成了死结，形成恶性循环。最好的方法是顺其自然，慢慢地理顺，就能理出来了。

这里介绍一种方法，这是我根据很多人的实践（包括自己）归纳出来的。也许对你有帮助。

入睡前先作好准备，不要太累，太紧张，吃得太饱或太饿，处于良好的身体状态，睡后先用鼻子吸气，再用口呼吸，调整呼吸到有一定的疲倦感和睡意，想睡以后，你就睁开眼睛，眼睛会随着疲倦自然闭合，再睁开，再自然闭合...这样在不知不觉中，你就睡着了。只要形成习惯，睡眠就不困难了。

由于你失眠已经很长时间了，需要慢慢调节恢复，不必心急，欲速则不达。过段时间再来找我，我们共同分析。

通过几次咨询，患者感到轻松开朗多了，逐渐改变了过分内向闭锁的性格，积极参加社会活动，虽然有时偶尔兴奋、紧张而失眠，但已不像以前那么紧张，基本上能够安然入眠了，对未来也充满了希望。

诊断分析

前面两个案例均是使用住院森田疗法进行治疗，而本例则是使用门诊森田疗法对一例失眠症患者的治疗（余双好，1991年）。文中只摘录了第一次治疗面谈的经过，没有很好地反应出患者心理状况的变化过程，特别是对“顺其自然”的领悟经过。

例四：他还是不敢走进公共浴室

患者，男，34岁，公司职员。

患者主诉感到生殖器短小，并由此引起对人恐怖和疲劳亢进。患者从十几年前，还在上高中时就出现生殖器短小的感觉，并为此而苦恼万分。认为自己不像个男子汉，经常感到疲劳等，都与生殖器短小有关。同时，又考虑自己的生殖器短小是由于自己有过手淫，影响了正常发育造成的。如果被人发现自己短小的生殖器，就会被人觉察到自己有过手淫行为。结果患者不能和别人一起洗澡、一起游泳，十几年间，患者从未去过公共浴池，上学时寻找住处，一定要找带洗澡间的。现在，患者刚刚参加工作，他想到将来可能要上司一起出差，也可能要一起洗澡，结果，惶惶不可终日，无法安心工作，现正在考虑调动的事。其苦闷非常之深。

患者呈略肥胖体型，营养良好，从身体上看不出任何异常。检查生殖器，看到阴茎、睾丸发育均正常。去年，在医生劝说下结了婚，性生活也非常正常，夫人现正怀着孕。

过去，患者曾接受过各种治疗，包括注射过几十次性激素，还有水疗、

真空疗法等。同时也接受过精神分析及其他暗示疗法，但效果都很差。医生们都肯定他说患者的生殖器并不短小，但患者无论如何也不能安心。

医生全面检查了患者的症状、性格等，最后确诊为神经质的强迫观念，决定试用住院森田疗法。

卧床期的心理变化。第一天，患者认为要把一切都交给医生，虽然时常感到不安，但基本上心情较轻松。第二天，患者有些担心起来，感到一种漠然的不安，总怀疑这种疗法能否见效，继而也为这些想法感到苦恼。同时，患者也逐渐感到无聊。第三天，患者感到更加无聊，相反，自己生殖器短小的感觉却十分淡薄了。患者自己记道：“横卧床上只沉溺于强迫观念，却产生了完全相反的结果”。“我现在才懂得了卧床的意义。”对强迫观念，越是不想让它出现，或越想从中逃脱，就越助长强迫观念的强度，就会使患者更加痛苦。人们应该任凭强迫观念出现，不要对抗，有苦恼也应任其苦恼，如果采取这种态度，相反，强迫观念就会自然消失。患者以自己的亲身体会，弄懂了其中的基本道理，他抓住了体验的最关键之处。

第四天，患者在日记上写道：“强迫观念已不太明显，我实在不想继续卧床，也更感到无聊寂寞。”这是必然的体会。身体健康的人，数日间只是无为地卧床，这本身就是一寂寞的地狱。如果有人对卧床泰然处之，丝毫感觉不到痛苦，就要怀疑该人是否有自发性缺乏的精神障碍。

第五天，从这一天起允许起床，让患者到院子里随便做些工作。现在开始工作似乎有些为时尚早，但因患者工作上的原因，只允许他住院治疗二十天，医生只好把疗程向前提了。患者好久没有活动，所以工作非常热心。能集中精力工作，这是治疗成功的第二步。

一天，治疗者陪同患者一起去了公共浴室，这对患者来说已是相隔十五、六年的事了。回来后看了患者这天的日记，见患者写道：“入浴中，我总是担心地注意一起洗澡的××，但我强作镇静，洗完后，又像逃跑的兔子那样，想赶快穿衣服。”“这次去了公共浴室，与其说有了自信，倒不如说终于能去浴室而稍稍有所安心，但却没有勇气再去试试看了。”

第二天，工作结束后，治疗者仍陪患者一起入浴。他在日记中写道：“我还是感到不安，但也同时感到有突破这种恐怖的希望和快感。”“离开浴室时，感到高兴大于恐怖。”“现在发议论没有用处，只要忠实地执行医生的话，就有治愈的一天，我对此已有所觉悟了。”

从那以后，患者又自发地一个人去了浴室。他写道：“有时我走到半路就想回来，但我终于战胜了这种想法，坚持去了公共浴室。”第14天，患者又在日记中写道：“我现在每天都能去集体浴室了，这真是了不起的进步。过去是绝对不能的，现在可以带着轻度的恐怖去浴室，这真有些隔世之感。”第15天又写道：“刚开始去集体浴室时的心情与现在的心情相比，可以说有天壤之别。”患者不仅对住院治疗本身感到高兴，而且对通过住院，使学习、工作的效率大大提高也感到喜悦无比。过去的强迫观念已几乎不成问题。患者住院20天，几乎以彻底治愈的状态出了院。听说患者出院后，像换了一个人一样正常的生活，工作得十分出色，对前途充满了希望。从患者当时的情况来看，基本上是彻底治愈的程度。但由于患者工作单位的原因缩短了住院的时间，使治疗者总担心会复发。一年后，治疗者终于听说这位患者出现了复发的倾向，感到非常遗憾。

诊断分析

在本章的最后我们引用了森田疗法的代表人物之一的高良武久先生的一个治疗案例。我们以为这更能形象地、确切地说明住院森田疗法的具体实施过程。从这个案例的报告来看，我们可以说它是一次成功的治疗（出院时患者的情况基本上是彻底治愈的程度），也可以说它是一次不算成功的治疗（一年后患者出现了复发的倾向）。但我们认为这些都是无关紧要的，因为它指导着治疗者如何更好地使用森田疗法为患者服务，而尤其重要的是它从一个侧面反映出了高良先生实事求是的态度和严谨的治学精神——实践中很少有人报告失败的案例或不算是成功的案例。这不但值得所有的心理治疗家们，而且值得每一个从事科学研究的工作者悉心学习。

第十七章 家庭与婚姻治疗及典型治疗病例

爱历来是文学家、伦理学家、教育家等永恒的主题，然而“爱”的心理实质是什么？这一直是无数研究者穷尽毕生心血想要确定的问题。

爱不仅仅一直是性本能的表达和升华，性欲只是人渴望爱及融台的表征。事实上，异性间的相互吸引远远超出性欲吸引的范围。我们可以这样来刻画男性性格：主动进入、统辖引导、能动活跃、严于律己、大胆冒险。而女性的性格特征，所不同的仅是哪一类在特定的个体身上占据优势。

多数人都把爱主要成是被爱而非施爱，即否认爱即是爱的能力。但是心理学家则认为，爱的本质是给予。给予即能的充分实现。正是在给予中，人能领略到我的力量、自我的财富和自我的能力。绘画比获取更令人愉快，给予的最重要的方面不在物质财富范围内，它存在于人性特有存储领域。他给予自己的欢乐、兴趣、理解、知识、幽默、伤悲、自己活泼生命的一切表征。他把其生命内容给予出去，由此充实他人、丰富他人；他深入自己对生命活力的感受，由此使他人的生机感振奋兴盛。马克思也曾经这样表述过：“我们现假定人就是人，而人跟世界的关系是一种合乎人的本性关系，那么，你就只能用爱来交换爱，只能用信任交换信任，等等。（马克思：《1884年经济学——哲学手稿》，人民出版社，1979年出版，第108—109页）所以，在真诚的给予中，给予者将获得情投意合的回报。

除给予而外，爱所包含的其它本质要素也充分展示了它活泼能动的性格。这些为一切类型的爱所共同具有的要素是：关切、责任、尊重、知识。爱一个人并不仅仅是一种强烈的感情——这是一个决定、一个判断、一个承诺。即意志，它与爱相结合，才可能给爱以充足的内涵。

在婚姻与家庭治疗当中，治疗者不仅仅要解决目前婚姻关系或家庭关系中业已存在的问题，帮助被治疗者摆脱当前所处的困境，而且要建立或巩固基于爱所产生的夫妻关系、兄弟关系、父母子女关系，并使“爱”的观念在被治疗者心中牢固地树立起来，这样的心理治疗，才可能疗效长远、真正地解决问题。

一、家庭治疗

家庭治疗起始于本世纪 50 年代初期。美国的一些心理学家通过大量的研究发现了不良的家庭关系对精神分裂症的发病、病程及后有着不良影响，从而导致了一些从事心理分析精神医生开始试行以病人的整个家庭作为治疗对象，试图通地改善家庭关系来解决个人心理问题，消除精神状，他们的工作使家庭治疗迅速发展起来。

所谓“家庭治疗”，是以家庭力治疗对象而实施的心理治疗。在这个家庭中，通常是有一名成员罹患精神疾病或存在心理困扰。家庭家们认为：要改变患者病态的形象或行为，不能从治疗某个成员入手，而应以整个家庭系统为对象。这是因为患者的问题是在家庭中产生的，异常人来自异常状的家庭。与其说是病人需要帮助，不如说是整个家庭需要帮助。他们提出家庭某一成员出现的问题，往往不是孤立的，而是与其他家庭成员有关的，是家庭成员相互作用的结果。因此在进行治疗时、应和患者家里的每个人进行交流，在家庭的动力关系中理解症状并进行医治。

家庭治疗的理论基础

1. 家庭治疗的手统理论 将一个家庭看成是一个系统，将家庭成员成系统的组成成分。该理论认为家庭中的成员看成系统的组成成分。该理论认为家庭中的成员是相互联系和相互影响的，不可能脱离家庭的其他成员而对一单独成员获得充分而全面的了解；对家庭中各成员的逐一了解不等于对整体功能的了解，家庭的组成与惯用的交流及关系格局对家庭成员的行为肯定有重要影响。依据这一理论，家庭治疗并不是针对某个成员的心理问题，而是集中处理家庭成员之间的关系，针对这种关系进行调整和改进。

2. 交往理论 该理论认为家庭成员之间的相互作用关系是通过交流来实现的。而家庭成员的交流正是导致个体产生心理障碍和行为问题的根本原因。缺乏交流和交流不当都会导致某个家庭成员出现问题。家庭治疗就是要改善成员间的交流，通过整个家庭的改变来促进某个成员的问题改变，从而达到治疗的目的。

3. 社会角色理论 每个家庭成员在家庭系统内部扮演着特定的角色。在家庭治疗中，表现出问题的成员只不过是其他成员所确认病人，但不一定是唯一的“病人”。例?：儿童性格上表现出孤僻、不爱说话是由父母确认的，事实上，父母的性格特征、教养方式往往是导致儿童产生问题的主要原因。在这里，特定的家庭角色（儿子）使之成为被家庭确认的“病人”。

家庭问题的表现形式

首先，在家庭的发展过程中，家庭问题主要表现在夫妻关系、夫妻与双方父母的关系等；当有了孩子时，便会产生教养问题、父母与孩子的“代沟”问题等等；随着子女的长大，又会出现婆媳关系，两代人对第三代的教育冲问题；随着夫妻的衰老，会有配偶死亡带来的问题。此外，因离婚或再婚所导致的心理问题也是不容忽视的。

其次，家庭问题还表现为家庭成员之间的关系问题。如亲子关系、兄妹关系、妯娌关系等，都会存在各种各样的冲突和矛盾。常可见到年龄相近的兄弟姐妹之间的竞争与妒忌；母亲袒护儿子，惹怒父亲或父亲宠爱女儿，母亲看不惯的问题与冲突。

最后，家庭问题还表现为团体性的障碍。如家长权威制的家庭就会导致交流

和沟通问题，子女不敢发表自己的看法，作父母的根本不知道子女在想什么，形成严重隔阂。再如，有的家庭看似团结紧密，经常集体行动，做什么都以“一家”为前提，这样反而影响了家庭成员独立自主的发展，在与外界交往时会产生这样或那样的问题。

家庭治疗的方法

家庭治疗包括许多治疗形式，我们在这里只介绍几种常见的治疗形式及具体实施方法。

联合家庭治疗由治疗者将家庭成员同时召集在一起，参与并指导他们相互交流与沟通，帮助他们建立更健康的家庭关系。在被治疗的家庭中，有一名成员彼确认为是主要的问题者。治疗过程包括三个步骤：

1. 通过填表的形式来收集家庭中所有成员的一般情况。一定要注意全面，要把所有的家庭成员以及与他们有关的所有问题都要列进去，一般情况包括：年龄、性别、主要问题表现及以往病史，家庭近期的生活事件、饮酒及服用药物情况。

2. 提供舒适、安全的治疗环境。包括治疗室的大小、设备的摆放、光线的适宜程度以及家庭成员对座位的选择。通常就座时治疗者让家庭成员自己找地方、自己选择与谁换着坐，与谁保持距离，通过选座位可以了解家庭基本的关系情况，同时根据就座时每位成员的表情与细节问题还可以了解家庭内部处理问题的方式。

3. 治疗者指定双亲中的一人叙述家庭中存在的问题，同时注意观察其他成员对其叙述所产生的不同反应。有的成员可能紧张，有的可能不屑一顾，还有的会反唇相讥、为自己辩护。在叙述的过程中，治疗者要维护好秩序，让每个家庭成员都能充分表达自己的意见，但需要注意的一点是：治疗者应避免介入某一派别，与其他成员相对立，也就是说，要保持一种中立的态度，客观地指导家庭成员讨论问题。

复合家庭治疗由一位治疗者同时治疗几个家庭。这里所说的家庭是指家庭系统内的一个子系统。例如，在一个大的家庭系统内，依照性别可分力两个子系统；而依照辈份可分为三到四个子系统；依照配偶关系，父母是个子系统，每个子女的夫妻双方各自是一个子系统等等。复合家庭治疗主要用于解决家庭中的人际关系问题，通过不同的家庭（子系统）相互交流，达到治疗的目的。

治疗的具体方法是：把四至五十家庭召集到一起，说明治疗的目的，让他们相互理解与合作，然后让所有的父亲和母亲分别组合在一起，回答治疗者提出的特定问题。怎样使小组中每个成员很快熟悉各自家庭的基本情况。接下来让各个家庭成员之间相互模仿和学习。学习的主要内容是人际交往的方式。学习过程可以由治疗者录下来，然后再播放给家庭成员们看，向他们解释彼此之间的交往方式，这样有助于帮助病人发现问题，进一步改进、调整自己的人际交往方式。

家庭危机治疗是一种帮助家庭成员解决其重大冲击和困难的治疗技术。家庭的危机主要表现为家庭成员陷于应激状态，应激的发生可能是突然的，如意外死亡；也可能是家庭内部要求适应变化的各种情况，如家庭成员出现了精神分裂症状。家庭成员的适应能力决定着家庭危机的程度。适应能力越差的家庭其危机程度越强。因此，家庭危机治疗一方面需要控制危机的发展，消除刺激因素；另一方面则要努力提高家庭成员适应危机的能力。

家庭危机治疗的具体方法是：治疗者针对目前的危机状况，收集家庭成员的病史，进而了解家庭当前存在的问题以及导致当前“症状”的根源。在确定家庭问题和危机的性质时，治疗者应把所有的家庭成员召集到一起进行会谈，不是单独会见每个成员。通过这样的会谈，使每位成员感受到支持与鼓励，减少紧张，降低他们的危机感。当家庭危机得到基本控制和缓解后，治疗者还要预防危机的再现，并指导家庭成员一旦危机发生时，学会如何自己应付这种场面。

行为家庭治疗动用行为矫治的方法，去改善家庭成员的异常行为，以及家庭成员之间不良的人际交往方式。行为家庭治疗的实质是运用操作性条件反射的原理来改变家庭外显的行为问题。治疗者在对家庭问题进行分析的基础上，确定哪种行为问题应该消除或减少，哪种行为应强化和增加。治疗者应引导家庭成员彼此对他们所期望的行为进行强化。例：对一个厌学儿童只要能坚持上课一天可从父母那里获得一定的物质奖励；对很少做家务的丈夫，偶然有一次帮助妻子做饭的行为，可从妻子及于女那儿获得表扬等等。行为家庭治疗可用于矫正各种家庭行为问题，主要包括：儿童的各种行为问题（多动症、发脾气、不听话等）；家庭成员交流问题；家庭成员的适应不良问题（如厌食症、贪食症、见人恐怖症、社交恐怖症等等）；由不正确的观念导致的行为适应不良问题。

以上我们介绍的四种常见的家庭治疗方法各有其独特之处，但它们有一个共同前提：即一个人的心理健康状况与整个家庭的健康状况是紧密相连的。因而个人的症状可能是家庭功能失调的表现。并由于家庭内部相互作用而保持下来。所以治疗的对象是“整个家庭”，治疗的目的就是改变家庭内部相互作用的方式，调整家庭成员的相互关系，从而最终达到解决个人问题的目标。以下我们将通过两个案例来说明家庭治疗的应用。

家庭治疗个案分析

例一：缘何虐待亲身父亲

患者，男，23岁，高中文化，待业。患者上有一姐，自幼跟外地的奶奶生活，6岁回京上学时方回到父母身边。小学学习成绩好。平常寡言少语，同学关系好。父母对患者学习要求较高，初中二年级时因父亲劝其学习，与父争吵，此后经常言语顶撞父亲。待业时常无故骂父母“废物”，“老不死的”。19岁一次父子吵架后患者动手打父亲，此后经常动辄打父亲、开始是争吵后再打，渐发展为稍不如意就动手打人，几乎每天要打父母一次。平常对父母讲话不是命令指责便是漫骂。此种情形在入院前半年尤重。父母（主要是父亲）被打后只能忍气吞声，从不敢追究患者，更不敢对其批评、指责。入院前两个月患者父亲一直住在自己单位不敢归家。患者虽在家很凶，但在外从不与人打架，甚至很少与人争吵。当临时工时与工友能保持较好的人际关系，患者被骗住院后精神检查未见精神病症状，对打父母毫不反悔。认为自己没病，“该住院的是他（指父亲）！”“为什么两个人打架把我一人关在精神病院里？”根据诊断为无法归类的非精神病性精神障碍。

诊断分析

(一) 建立医患关系：治疗者通过交流与患者建立了相互信任、友好的医患关系。

(二) 了解病史，寻找治疗突破口。患者有如下临床特点：

1. 对父母暴力虐待行为。

2. 无治疗要求，但劝说下能与医生配合。

3. 无精神病性、神经症性症状。与家庭成员交谈后发现 患者自幼被溺爱。 父亲在家无威信，外人称其为“老小孩。 家庭内缺少基本的语言和情感交流。 父亲目前敌视患者，母亲一直过分保护。 家庭内部角色混乱，等级结构不清楚，如患者与父亲吵架时母亲总是站在儿子一边；儿子对父母发号施令。显然不良家庭内交流模式是该家庭出现危机的主要原因。

(三) 系统家庭治疗：该家庭成员均未意识到其家庭内部角色混乱的不良模式。家庭治疗的初步目标是设法让家庭成员（先是患者的父母）看到自己家庭内部的缺陷，并让其通过各自的努力加以改善。对家庭内角色混乱、等级结构不清的治疗方法是：举例说明任何组织比如军队，国家若没有等级结构会是怎样？家庭也是一个小的组织，要求他们在思考等级结构问题时对照自己的家庭开展讨论。讨论后家庭成员认识到民主不等于没有等级制度。但妻子认为家庭内等级不清是丈夫软弱造成的。治疗者再深入分析指导妻子认识到丈夫的软弱其实与自己太强霸有关，指导妻子支持丈夫。这个过程中，表面上治疗者让家庭讨论等级结构问题，只字未提如何加强家庭内交流。事实上通过这种家庭治疗，父亲惊奇地发现一家人能心平气和地坐在一起谈话了，这是以前所没有的。在此基础上尽快使患者与家庭建立起一平等交流的模式，患者在通过理解父母而控制自己的暴力行为。交谈从患者日常生活开始，随着气氛的融洽渐过渡到患者行为问题上来。每一次家庭治疗后治疗者都要分别与患者和家庭成员交谈，交布置下一次交谈的题目同时探讨交谈时出现的问题。通过二周的家庭治疗患者逐渐认识到自己对父母的暴力行为是“自卑”的表现，是在自己遇到挫折后内心紧张不安的发泄。大夫指出这种行为是其应付挫折后内心紧张不安的发泄。大夫指出这种行为是其应付挫折的幼稚的不良方法，患者在大夫指导下设计了一些遇到挫折时的方法，同时指导患者也应将父母当成朋友和上级，从中获得支持和帮助。通过家庭治疗患者父母也认识到自己过分的爱心造成家庭内部角色不清，等级结构混乱，致使家庭防范力量削弱而不能阻止并纠正患者出现的暴力行为。而家庭内部不良的交流模式又命名得患者的暴力行为升级。治疗第五周时患者能够很好地与家人交流。

(四) 社会康复：经六周个体和家庭治疗，患者情绪渐稳定，由开始被动合作变为主动配合。治疗六周后排患者试出院三天，院外能正常与父母交谈，无粗暴言语和暴力行为，以后二次出院，均表现正常。住院 11 周后痊愈出院。出院 11 周复查时由姐姐陪同来诊。其姐述患者在院外表现如常人，未再出现言语顶撞父母或殴打父母现象，患者已准备接一份临时工作，复查时精神活动正常。

诊断分析

本例是北京医科大学精研所孟凡强等报告的一例家庭治疗。患者的行为比较罕见，主要以暴力虐待自己的双亲为临床特征。治疗者通过分析、观察认识到：不良的家庭交流模式是导致该家庭出现问题的主要原因。因此治疗的重点在于改变家庭内角色混乱、等级结构不清的局面，通过家庭成员之间

的相互交流，一方面指出了父母在教育方面存在的问题，另一方面使患者认识到自身存在的行为问题。

本例提到的系统家庭治疗方法我们在前文并未做详细介绍，其治疗的具体内容包括两方面，一是会谈，另一是两次会谈间隔期的家庭作业。会谈指的是医生与就诊者全家的治疗性会谈，每次约1~1.5小时，整个疗程包括2~10次会谈；在会谈中医生先是通过提问的方式来了解情况，了解的重点在于家庭动力关系及其当前问题的关系。在每次治疗性会谈将要结束时，治疗者要对会谈情况作出小结，表示看法与建议，布置相应的家庭作业，要求全体家庭成员按建议去做，完成各自的家庭作业。这里所说的家庭作业，指的是各个家庭成员在这一段时间内为了收到治疗效果，改变家庭内部关系所应做的事。读者可对照本例领会系统家庭治疗的具体操作方法。

例二：“爱占小便宜”的女中学生

患者，女，14岁，主要问题是母亲与女儿的关系不融洽，致使女儿的心理发生偏差，成为一个偷盗癖，给家庭带来了极大的痛苦。为此，其母伤透了心，经常痛哭流涕。最终来找心理医生求教，并详细阐述了女儿存在的行为问题：

在女儿四、五岁时，就表现为爱拿别人的玩具；上小学后，又顺手拿别人的铅笔、小刀、尺子、本子等；八、九岁时，又开始偷拿父母的钱。到亲戚、朋友家作客，也常顺手牵羊偷窃别人的钱、针、线、指甲刀、小剪子等物品，多次被发现，真是丢死人了。其母唉声叹气地说：吵、骂、打都用了，也不解决问题。我们实在没有办法了，请求心理医生帮忙请教。

心理医生听了其母的介绍后，又进一步了解他们家的教育方式，孩子父母的职业、脾气性格等情况。通过长时间的交谈，医生发现：其母亲性情急躁，而其父亲性情温和，对女儿溺爱。女孩常向父亲要零花钱，只要女儿张口，父亲从不拒绝，一要就给。而其母亲就不同，从不肯给孩子零花钱。父亲因工作原因，虽然爱孩子，但与孩子在一起时间很少。而母亲恨铁不成钢，对孩子“爱占不便宜”、手脚不干净嫉恶如仇。她有时也给孩子讲道理，但耐心说服不够，常说着说着就火了，经常打骂、粗暴对待，动不动就对子说：“你使我伤透了心，我恨你，对你没有指望了。”这样，就给孩子的心头上泼了一盆凉水。于是对母亲更加反感，情绪上严重对立，如不愿穿母亲买的衣服、不愿吃母亲做的饭、不愿与母亲说话等，而对父亲，渴望爱和关心，但父亲又无暇顾及孩子。

听了其母对孩子情况的介绍，心理医生认为这仅仅一个方面、还需要听听其父的意见，这样才全面。于是向其母建议，让孩子的父亲来一趟，其母满口答应下来。

大约过了三天，孩子的父亲和母亲一起来了。首先，心于是医生让其父亲谈谈孩子的情况。他说孩子的母亲都讲了，没有新的补充。

于是心理医生简要谈了对孩子病的看法：孩子的病，属于心理疾病，是多装原因引起的。但主要的是孩子的需要得不到满足。这里边既有精神的，也有物质的。在这样环境中长大的孩子，心理上受到了扭曲，常以盗窃做为

对父母的回报，引起父母的注意。他们所偷的东西，不是个人的需要，而是对不能满足心理需要的报复。因此，称此病为“偷盗癖”。

孩子的父母同意心理医生的分析和看法。

在认识一致的基础上，心理医生向其父母详细讲解了治疗方法，并共同制订了一个符合孩子实际的治疗计划。

首先是改善同孩子的关系。父母主动找孩子谈心，母亲承认过去打骂是不对的，保证以后再也不会发生类似的问题。孩子听后莫名其妙，不解地问：“你们今天怎么变善啦！以后不打我了？”父亲忙解释说：“咱们家要人人平等，互相关心，谁有错也得改。你看这样好不好？”女儿说：“只要妈妈不要家长威风，我一定听你们的。”

孩子的话，给了夫妻俩很大的启发，认识到正人先正己才会收到好效果。之后，其母亲主动改变对孩子的失望态度、教育时做到了热心和耐心，用爱进行感化；其父亲主动安排好工作，每天抽出时间与孩子聊天，并利用节假日和孩子一起逛公园和郊游。尽量满足其精神需要。这样，就使孩子增强了心理上的充实感，想歪门邪道的事情的机会大大减少。

适当地满足孩子的需要。父母经常了解孩子对生活用品的需求，想要的东西，只要条件允许又是实际需要的，就给买。一时办不到的，要耐心做解释，不简单拒绝。所需学习用品，给孩子略有富余的钱，让她自己购买，家长只做指导工作，不包办。对孩子参加学校组织的游览活动，要主动给买食品和门票的零花钱，以满足其自尊的需要。这样，孩子觉得心理舒展，没有压抑感，精神状态越来越好。

通过实践其父母认识到：对孩子物质上的需要，过宽过严都不好。也就是说，成长中的孩子，既需要感情上的爱抚，更需要物质上的满足。过宽了容易产生优越感，形成任性；过严了又容易产生自卑感，丧失自尊心。这两种倾向都不利于孩子健康成长。

第二步是严格要求。父母在孩子改善关系、满足物质需要的基础上，全家三口人认真地坐下来，以谈心的方式，严厉指出孩子用偷盗方式满足内心需要是不好的。并用大量实际事例，说明偷盗行为既把自己放在了人格低下的位置上，又会使周围的人瞧不起，实在不应该。要求她以后下决心改正。孩子恳切地说：“只要父母关心我，对我好，我决不再犯错误。”

母亲说：“你有决心改，我很高兴。咱们规定一条，半年内不犯错，给予重奖。”孩子高兴地问：“给什么奖？”父亲反问女儿道：“你要什么奖？”孩子说：“我没看过大海，要求旅游奖。”父亲说：“满足要求，只要你达到要求，暑假时咱们全家到北戴河去一趟。”这样，孩子在正强化的作用下，逐渐增加了自我控制的能力。

经过一年时间的家庭心理治疗，孩子不但改正了偷盗癖的毛病，改善了与父母的关系，而且在学习上有了很在进步，成了一名好孩子、好学生。

诊断分析

本例严格意义上讲似乎不能完全属于家庭治疗的范畴，因为孩子并没有加入到治疗会谈中来，治疗者也没有调查孩子对自己同母亲关系的态度与看法。自始至终，孩子只是“被动地”参与整个治疗，她对治疗的计划一无所知。当然，这在某种意义上讲是因为此案例的特殊性与治疗的实际需要。无论如何，本例还是充分体现了行为家庭治疗技术的合理运用，它使治疗获得了满意的效果。

二、婚姻治疗

婚姻可以说是家庭治疗的一个领域。它是以夫妻关系及婚姻问题为主要焦点而进行的治疗，婚姻治疗通常在夫妻双方关系出现了矛盾，而这种矛盾又基本上与家庭其他成员无关的情况下采用，它强调婚姻问题不仅存在于某个配偶身上，而是夫妻双方不良交往方式所造成的。

婚姻问题的表现及婚姻治疗的内容

婚姻问题主要表现为以下几方面：一是夫妻间的感情沟通受到阻碍，情感交流问题主要体现在夫妻之间不断争吵；夫妻双方有一方或全部固执己见、互不相让；因误解而产生矛盾冲突等等。二是对子女不同的教育方式产生矛盾或对待双方的父母态度上产生矛盾，而导致夫妻关系紧张。三是夫妇性生活不和谐或一方存在性功能障碍，即使其他方面不存在任何矛盾和问题，也有可能因此而导致婚姻危机的出现。最后，婚姻问题还表现为因婚外关系的发生而导致双方感情的破裂，如何在各种场合里，与各种异性朋友或同事长期接触，而又保持恰当的关系，不影响到自己的夫妻关系，确实也是一个值得探讨的社会问题。

针对婚姻问题的上述种种表现，婚姻治疗内容主要包括夫妻间明显的沟通障碍（如缺乏交流、缺少理解）；夫妻间的性生活障碍；对待亲友的态度不一致；教养孩子的方式不一致；婚外恋的发生等各种问题。此外，婚姻治疗还可以解决明显的“个体”问题，如夫妻中有一方酗酒、赌博等等。这种治疗很大程度上依赖于夫妻中另一个体的共同努力来进行的。

婚姻治疗的方法

婚姻治疗依据不同的理论流派可分为不同的治疗方法。婚姻治疗的方法主要包括以下四种模式：

心理分析学派的婚姻治疗该学派的婚姻治疗强调过去经验及婚姻关系中的个体，其目标在于帮助夫妻双方从理智和情感上理解他们各自的童年经验，特别是早年家庭生活对他们的经验、行为以及交往方式所造成的影响，并促使他们主动进行改变。

在具体的婚姻问题上，该学派的婚姻治疗家们强调一个人对配偶的选择主要是基于无意识的因素，但这类的无意识因素又与个人早期的家庭经历密切相关。因此，一个可能选择能满足自己童年时期未能实现的愿望的配偶。例如，一个独立自主，充满阳刚气的男子汉会选择一位有依赖性的柔弱女子为妻，这是因为在他的无意识里有着寻找自己不具备的娇柔与依恋的期望。这种互补型的婚姻通常可达到婚姻生活的美满。但是现实生活中，常见的情形是：配偶中的一方要求对方按自己所期待的方式去做。对方却无法达到要求，也就是说，夫妻双方存在着潜在的内心冲突和难以解决的问题矛盾。

心理分析派的婚姻治疗便是努力改变夫妻双方的内心冲突，并让他们认识到自己的内心冲突。这一方法强调：随着个人的“领悟”，配偶双方能够基于现实去重建他们的婚姻关系。简单地说，就是让双方认识到婚姻失调的原因，进而通过共同的改变来达到协调自己的婚姻关系。这里的“共同”是指配偶一方应基于现实降低自己对另一方的要求与期望，而另一方同时努力寻求改变，迎合对方的愿望。显然，心理分析派的治疗者把重点放在个人的改变方面，但在评估治疗效果时也并不忽视整个婚姻的变化情况——个人的改变应导致婚姻状况的改变。

基于系统论的婚姻疗法系统论的婚姻治疗将夫妻二人视为一个整体，即一个系统。在这个系统内夫妻双方相互作用而且与复杂的外界环境发生作用。鉴于问题（婚姻问题）出现在这个系统之中而不是出于构成这个系统的人本身，所以治疗就要着眼于改变这个系统。

因此系统论的婚姻治疗家将治疗重点放在配偶的相互作用方面，即他们相互交往的方式。一般认为，夫妻的交流障碍与双方对于信息的领悟和理解有误相关，主要是由于他们对信息的理解是片面和含糊不清的。为此治疗者的任务就是通过阐释与分析，帮助夫妻去认识他的不正确的交流方式，在此基础上采取某种新的、适合于双方的交流方式，命名夫妻的现实问题得到根本的改善。

行为学派的婚姻疗法行为学派的婚姻治疗不像心理分析派夫要求夫妻双方去认识他们潜在的内心冲突与矛盾，而是着重于双方的现实和怎样改变他们的当前行为。该学派强调解决婚姻问题的方法和技巧，治疗者的任务是采用教育与指导的手段，帮助夫妻双方认识到在他们的关系中导致满意与不满意的根源，并发掘出双方在彼此的交往中各自需要对方做出怎样的改变。由此可见，行为学派的婚姻治疗更加注重个体行为的改变，这与系统论的婚姻治疗要求改变整个“系统”也是不相同的。

行为学派的婚姻治疗家详细分析了导致婚姻失调的根本原因，他们指出：婚姻中夫妻双方的交互作用方式通常是其中一个人经历过的，也是他认为最好的和最简便的方式；绝大多数夫妇都期待在这种互相交往中分担婚姻的责任并得到平等的“回报”；失调的婚姻主要是由于这种“分担责任”与“希求回报”过程不顺利造成的，当配偶中一方对另一方的“回报”能力很低时，双方就常常采用消极的办法来对付（如沉默、唠叨、不理睬、拒绝对方的性要求等等），而不是努力争取对方的合作，这就导致了各种各样婚姻问题的产生。根据上述原因，治疗就是在全面分析夫妻双方遇到的问题之后，询问他们各自希望对方如何改变，进而让他们各自改变自身的行为，做到积极地回报对方。

行为治疗家认为：只要简单地改变一下双方的行为，婚姻就会增加其和谐性，夫妻关系的其他方面也会得到相应的改善。

夫妇性治疗性生活是夫妇双方的事，性治疗中应该遵循夫妇双方共同的治疗原则，这样可以全面了解情况，提高治疗效果。如果只单独对夫妇某一方进行治疗的话，那就会使没有参加治疗的另一方处于一种被动的境地。性功能障碍的问题常常涉及到夫妻双方，某一方的行为和态度会影响到对方的性功能和对性的满足程度。

一提到性治疗工作，人们就会想起马斯特斯和约翰逊所做的贡献，他们是对性障碍进行心理治疗的先驱者。他们在对人类性心理与性生理反应进行大量研究的基础上，发明了一种夫妇性治疗的方法，即“四方”疗法。这一疗法的特点在于夫妇双方各有一位治疗者，他们四个人定期见面，配偶中每一方都可以从自己的治疗者那里得到帮助。两位治疗者性别不同，各自辅助与之性别相同的患者。“四方”疗法的实施过程如下。

首先，由男性治疗者了解丈夫的病史和性生活史，女性治疗者了解妻子的这些情况。然后颠倒过来，女性治疗者对丈夫，男性治疗者对妻子了解病史。这样可以防止信息遗漏，也是为了确定夫妻性别不同的治疗者讲述时是否态度一致。

其次，在性生活史收集完成后，男女治疗者一起与夫妇讨论他们对婚姻生活的基本看法，以及在整个婚姻环境中，他们的态度行为怎样彼此相互影响和各自的感受。此时不一定涉及性障碍问题。在夫妇同意治疗后，治疗者可进一步讲解治疗原理及治疗程度，并提供详细正确的性知识，共同讨论，以修正他们的误解与偏见。

最后，开始进行具体的治疗步骤。第一步称为“感觉集中训练”，通过夫妻间身体接触、交流各自的愉快感受，打破对性的焦虑感。在此过程中要避免夫妻间直接的性接触。第二步的训练是在第一步基础上进行的，继续上一阶段的身体接触，并扩大到性敏感区。治疗者可教给夫妇一些具体技巧，以帮助他们获得愉快的性活动，但这一步仍需避免性交。第三步的训练是由治疗者根据夫妻双方中的问题，给予具体有性技术指导。性技术指导和练习是治疗过程的重点。

夫妇性治疗运用于男性阳痿、早泄、射精不能；女性性冷淡、性高潮缺乏和阴道痉挛等性机能障碍，下面我们将有具体实例说明这一疗法的应用。

病例

例一：妻子代替不了父亲

患者，男性，30岁，建筑工程师，结婚5年，有一3岁男孩。主诉近一年来心里烦躁，怕会突然死去，在家里常向妻子乱发脾气，妻子受不了，夫妻间闹得非常不愉快。发病起因是：

一年前，将近60岁的父亲突然胸前不适，病人亲自赶紧送父亲去医院检查。在医院父亲心脏病发作，病人目睹父亲全身抽动后突然死亡，留下可怕的印象。父亲死后数周，病人开始发觉自己心跳增加，常自己去按脉。害怕自己心脏也有毛病，逐渐紧张、恐慌和害怕。因害怕自己会突然死掉，要妻子常陪伴着他，并要求妻子对他好，服侍他，照顾他。起初，妻子还很顺从，按照吩咐去照顾他，可是时间一久，经医师检查都查不出什么心脏的异样，妻子就没那么特别理会他，结果病人就常向妻子大发脾气。

病人从事建筑工作，专门于室内装饰，因工作认真、勤劳，向来很有成就。可是近来心情不稳定，常向同事发脾气，甚至想动手打不听话的手下同事，吓坏了自己。

病人变得事事都很担心，对自己3岁的独生男孩更是保护。早上当孩子上托儿所时，唯恐有意外事件发生，坚持要大人陪送。因为自己不敢一人外出，乃要求与妻子两人一起护送儿子上托儿所，妻子认为无此需要，不愿意照办，病人就向妻子大发脾气，在家甚至摔东西，把家搞得不宁静。因妻子受不了此情况，终于劝病人前来接受心理治疗。

初次会诊，治疗者并没有急于下结论，而是进一步询问了病人小时候的生活情况，并了解到：病人13岁时，父母因关系不好而离婚。病人此后跟父亲生活，他认为母亲脾气很不好、性格暴躁、一发脾气，甚至会把一把刀往头上摔过来。害得病人从小就胆子小。而父亲从小很保护病人，不让他游泳、滑冰，唯恐有意外。父母离婚后，父子两人“相依为命”，父亲更照顾他。但父亲偶尔因工作忙，晚回家，病人一个人在家就感到空虚、孤单、害怕。

病人 25 岁时，在工作场合里认识了妻子，半年后结婚，婚后感情还好。只是妻子发觉病人不擅于人际关系，总是叫妻子去“打前锋”，问别人事情，接洽事情，自己不敢露面。

自从病人生病以后，起初妻子还时时按病人的要求去照顾他，尽量陪伴他。可是时间一久，就觉得难于总是迎合先生的要求。特别是妻子发现她不在家时，病人倒可以自己应付好好的，但只要妻子一在这，病人就变坏了。近来妻子忍不住的会开口批评病人没出息，不像男人，没骨气，东怕西怕，总要妻子陪伴。结果病人很生气，骂妻子不了解他内心痛苦、夫妻就相互吵起来。

在详细了解病人的生活史后，治疗者认为：病人的病情发生与父亲去世有关，病人感到自己丧失了保护者，因而出现自己好似有心脏病的情况，向妻子要求特别照顾，靠妻子来弥补自己丧失的保护者（父亲），以便应付因丧失保护者而产生的恐惧感。可是当日子一久妻子不愿继续且长期扮演“保护者”时，病人发生恐慌，并且乱发脾气。这种乱发脾气的反应影响了夫妻关系。也就是说，个人的心理问题扩散到婚姻问题。病人就是在这种情况下由妻子陪同来接受治疗的。

针对上述情况及分析判断，治疗者采用了婚姻治疗的方法，以改善恶性循环的夫妻关系。治疗者前后对病人进行了 5 次会诊，所有会诊都由夫妻共同参加，前面已介绍初次会诊情况，下面介绍其余 4 次。第二次会诊治疗的焦点在于更改夫妻的相互反应关系。治疗者首先向夫妻俩共同说明，病人何以要求妻子特别照顾他的心理，也说明妻子已受不了此长朝的“病态”要求。治疗者运用夫妻治疗的要领，向妻子说明先生并非无理取闹，找妻子的麻烦，只是心情不好，所要求的事倾向不寻常的地步；同时治疗者向丈夫解释妻子并不是不关心丈夫，只是无法接受不合理的要求。为了改善他们夫妻目前关系，治疗者建议病人要区别所谓“合常理”与“不合常理（病态）”的要求，只向妻子要求合理的事，如要求妻子在态度上保持关心，而不可坚持病态的要求，如送儿子上托儿所，坚持由病人与妻子双双去护送。治疗者指出病态的要求不但得不到妻子的同意，引起病人的不满的恶性循环结果，而且还有其本身的坏作用。譬如过分担心孩子安全，要父母双人保驾送托儿所，就等于重演父亲过分保护病人，不让病人滑冰或骑车子一样，会养成容易害怕的孩子。还有，病人心情不好而乱发脾气，就像自己一向讨厌的母亲一样。也会给病人的孩子留下害怕的心理。根据这些说明，病人了解要区别自己对妻子的要求，克制不做非寻常且病态性的要求，也尽量不要在家发大脾气。

第三次会诊时，治疗者让他们继续检讨他们过去相互反应的行为问题，并具体讨论如何纠正。运用行为治疗的原则，治疗者让他们俩在场实际练习如何健康的相处。譬如，先生不宜怕自己一人留下家里，一概规定妻子不可自己外出；平时要让妻子短时外出办点事，等到自己心情特别不好时，才向妻子说明，要求当夜留在家陪伴他。

第四次会诊时，治疗者通过角色扮演的方式，由治疗者扮演将要去世的父亲，让病人与父亲有道别的机会。病人向“父亲”（治疗者）讲话，表示后悔没满足父亲的期望，成为一名出色的工程师，治疗者则以“父亲”身份劝告儿子，说明父亲最希望的是他们夫妻和睦，生活愉快，事业有无成就尚在其次。病人听后很激动，并且心理很满意能听到父亲最后一句遗言。

第五次会诊时；病人报告上次会诊以后心情好多了。病人表示失掉的父

亲已找不回来，但决心好好过家庭生活，再也不向妻子乱发脾气，并使自己成为一名好父亲，将来带大自己的儿子。

诊断分析

本例引自曾文星先生报告的一个婚姻治疗案例。治疗者综合运用了系统论的婚姻疗法和行为婚姻疗法。第二及第三次会诊充分体现了这两种方法的运用。这一案例还为所有的心理治疗工作者树立了一个典范：正确、合理地分析与诊断是进行有效治疗的基础。

例二：不能只埋怨丈夫

患者，男，46岁，某中学教师。因与妻子性生活出现了问题来寻求治疗。患者自述在一年前某段时间，工作十分紧张，因担任毕业班的班主任、每天带晚自习很晚才能下班，而且学校分配的升学指标较高，在毕业考试前时间内经常周末也加班加点，一度感到身心十分疲劳。某夜与妻子过性生活时，感到力不从心，阴茎未能勃起。性生活未完成。当时妻子有些埋怨，他也十分愧疚，认为自己从未出现过这种现象。然而再试仍未成功。第二天，晚上，病人又提出再试一次，仍旧失败，因而确信自己患了“阳痿”。此后的一年内，妻子经常抱怨病人无用，常常发脾气，而病人亦因不能满足妻子需要而深受苦恼。因而夫妻间隔渐深，双方感情逐渐疏远。最终决定来寻求心理治疗。

治疗者详细分析了病人情况后认为：

阳痿的产生虽然可有器质性的，但绝大多数却是心理因素所致，而且其表现虽为男性的性功能障碍，实则与男女双方都有密切的关系。从本例来看，男方一味进行试验，希图证实不是阳痿，但由于内心紧张，压力极大，更怕女方不能谅解，而使阳痿变成了事实。如果这时女方并不是埋怨、而是很好的安慰，并不令男子短期内重复，而是过几日等男方体力恢复后，再行性生活，那么所谓的阳痿可能根本不会出现。遗憾的是他们并不是如此去做，而且互相埋怨、担心，由于性生活的不协调而导致感情疏远，几近破裂。此例性功能障碍虽产生在男方身上，而其心理因素常来自男女双方。

在进行上述分析的基础上，治疗者采用了马斯特斯与约翰逊所提出的夫妇性治疗方法——“四方”疗法。在说服了病人的妻子共同接受治疗以后，治疗者（两位）分别向病人及妻子讲述了治疗程序，以取得他们的配合。在接下来的治疗中，治疗者按照规定的治疗步骤经过“感觉集中训练”阶段与“性敏感区训练”阶段，待病人的阴茎已无需妻子用手刺激便可勃起的时候，治疗便到了效果。在这一过程中，治疗者迁给予妻子一定的性技术指导。要求妻子做到如以下几（1）迎合丈夫需要。假如丈夫喜欢妻子触摸、抚弄阴茎，妻子就应欣然去做。哪怕为此不得不去克服毫无根据的成见。这种做法对丈夫的刺激越强，丈夫就越感到妻子这样做是为了他，从而就越有利于解除造成阳痿的心理压力。

（2）引导调情。作为妻子，应当认真研究自己的丈夫。她应当弄清楚，究竟是什么东西能够给他以较大的动情作用和激发他的情欲。

（3）主动引入。为了减轻丈夫开始性交的困难，妻子应注意亲自主动将

阴茎引入阴道。这样做的好处有三：其一，由于强刺激，勃起的可能性会提高；其二，丈夫可能避免在将阴茎插入阴道的过程中失败的危险；其三，充分的勃起就没有必要了，尤其是在阴道口已经张开，阴道内已经出现分泌物（亦可使用某种润滑剂）的情况下。

（4）变换姿势。女方的行为和姿势应当促使阴道钳住阴茎。然而摩擦的时候，假如阴茎万一滑出阴道之外，妻子不应因此发火，而应该期待下一次性交时取得更好的成功。下一次性交开始得越早，成功的可能性就越大。此时妻子最好能采用下述性交姿势：两脚分开，跨骑对方，并主动把阴茎插入阴道，也可减轻男方的心理压力。

经过两个月的治疗，病人又恢复了往日的“雄风”。夫妻的性生活已十分和谐，双方的情感也慢慢恢复到了密切的状态。

诊断分析

采用这一方法治疗男性或女性性功能障碍的报道很多。通过前面的介绍，读者对这种夫妇性治疗方法应有较为深入的了解。治疗者的性技术指导是治疗取得成功的关键，所以更重要的是学习如何针对不同的性障碍患者进行的性技术指导。

第十八章 各种常见心理障碍的诊治

美国一位资深心理医师曾经断言：“随着中国社会向商业化的变革，人们面临的心理问题对自身生存的威胁，将远远大于一直困扰中国人的生理疾病。这无疑会使我们注意到这样一个事实：未来中国将出现一个庞大的心理治疗—咨询系统，服务于这一系统的人员预计将达数百万人。”

这段话并不完全是危言耸听，在当今的社会，孤僻、易怒、固执、轻率、自卑、焦虑、多疑、嫉妒等异常心理，以及其它类型的变态心理，在人们的日常生活中随处可见。这些心理严重地影响了人际关系的处理，而且，也极大地妨碍了工作、事业和婚姻家庭。作为一个现代人，我们如何才能克服自己或帮助他人克服其不良的心理倾向，学会洞察他人和自己内心的隐秘呢？本章中所讲述的心理医学和科学方法无疑可以给读者以正确的启示。

一、常见心理疾病的治疗

心理疾病是各种原因引起的心理异常的总称，它的表现形式是多种多样的，有的较为明显，有的却很难发现。有的较常见，有的则极为罕见。有些心理疾病进行心理治疗取得了明显的效果。本章就几种常见的心理疾病的治疗及案例分析进行介绍。

抑郁症

抑郁症是一种常见的消极情绪反应。它的突出特点是心境悲观、态度冷淡、自身感觉不良、多有自责现象。有的还表现为失眠、食欲下降、体重减轻、性欲下降等症状，甚至有的出现自杀欲望及自杀行为。抑郁症的病因一方面与易感素质有关，另一方面与某些诱因相联系，诸如丧失亲人，事业失败，婚姻不美满，生意失败等因素，都是抑郁症的诱因。

对于抑郁症的心理治疗重点在于支持和鼓励病人，给病人更多的爱心及理解，治疗者对患者的态度是尤其重要的。这里引用一例对抑郁症患者进行治疗的案例，能使读者更好地了解治疗的全部过程。

病例

例一：

患者女性，26岁，会计，初来医院就诊。面带病容，心情非常深重。对医护人员很有礼貌。主诉对前途丧失信心，对生活感到失望，整天处于苦闷之中，食欲不佳，身体疲乏无力等。以下是治疗经过。

医生：“看起来，有什么事让你心烦似的。”

病人：“没什么……”

医生：“是不是最近家里有什么不顺利的事？”

病人：“……”

医生：“你丈夫紧近生意好不好？”

病人：“不怎么好！”

医生：“是不是赔本了？”

病人：“是的！”

医生：“有没有请朋友帮忙？”

病人：“丈夫要我回娘家去借，可我不愿意。”

医生：“为什么？”

病人：“不好意思开口……”

医生：“怎么啦？”

病人：“因为当初我想嫁给他时，我家里反对，说他背景不够好。我一气，不顾他们反对，就嫁给了他。我曾发誓，今后一辈子也不回娘家去求他们帮忙。”

医生：“哦，所以你不愿意回娘家去请人帮忙。那有没有想办法向银行贷款呢？”

病人：“我丈夫最近总是喝酒，不管家事。”

医生：“让你一人操心？”

病人：“（忽然哭泣起来……）”

医生：“你是否提心他在外面乱来？”

病人：“我也不知道。他最近不太理我，怪我总是管他管得太紧。有时，他很晚才回来……”（又哭泣）

医生：“难怪你心情不好！”

有时，有些人心里有许多烦闷的事，但又没处可诉苦，也不敢随便告诉给别人，医生帮助他谈心诉苦，可以减轻心里堆积的烦闷。有时，亲近的人死亡，但为了某些原因，一直无法表示其伤心哀悼的心情，闷闷不乐，长期忧郁。治疗上，宜让病人吐露其悲哀的情感，会帮助病人度过悲伤哀悼的反应。比如：

医生：“你母亲去世，你有没有难过？”

病人：“没有，我一直忙于给母亲看病、住院、开刀。母亲死后，又一直东奔西跑，忙于丧事，全都是我一个人在忙。”

医生：“你父亲什么时候去世的？”

病人：“是在我很小的时候。”

医生：“以后，你和你弟弟都是由你妈妈抚养带大的？”

病人：“是的。妈妈做事抚养我们两个孩子。”

医生：“最近，你是怎么知道妈妈生病了的？”

病人：“她半年来一直瘦下去。我叫她去看病，她起初不肯去。”

医生：“为什么？”

病人：“家里没有什么积蓄，怕看病花钱。”

医生：“后来呢？”

病人：“我向同事借钱，带妈妈去看病。后来，才知道患了癌症。起初，妈妈和我都不相信，医生开刀检查结果是癌症。”

医生：“结果呢？”

病人：“妈妈知道没有希望了，有一天把我叫到她床边，嘱咐我等她去世后，要坚强起来，负责把弟弟抚养成人。”

医生：“你一个人抚养？！”

病人：“是，因我没有其他亲戚。”

医生：“后来呢？”

病人：“妈妈的病情一天比一天坏，我知道她快离开我们……”（眼睛红起来）

医生：“一定使你很难过……”

病人：“（哭泣起来）”

医生：“你那么小就丧失了父亲，现在又失掉母亲……”

病人（一边哭泣，一边说）：“我又不该当着快去世的母亲哭，叫她不要离开我们。我只好假装坚强的样子，安慰母亲，使母亲放心，我会照顾好弟弟的。母亲去世以后，我一直都不敢掉眼泪。”

医生：“心里伤心，有时放声哭泣一下，反而会好些。母亲去世了，作子女的总可以哭泣哀悼，哭并不表示哭就是懦弱的。”

此病案体现了对患者的态度，及医生的爱心。从情感上使患者得到充分的信任，借此可以深挖患者心理根源。使患者的悲伤情绪得到充分的发泄。对于抑郁症的治疗也可以采用暗示的角度使病人的抑郁情绪及不良行为习惯得以改正。

恐怖症

恐怖症是以恐怖症状为主要临床表现的心理疾病。其恐惧的对象可能是单一的，也可能是多种的，最常见的恐惧对象是高处、黑夜、过马路、动物、社交活动等，并对恐惧对象进行回避。患者明知这种恐惧不合理，而且不必要，但每次见到恐惧对象都有很强的恐惧体验而且难以控制。

对于恐怖症的治疗方法，应首选系统脱敏疗法。对于个别案例也可采用其它的疗法，如冲击疗法、认知疗法。下面就引用一例案例。

例二：

女，17岁，职高毕业，觉得自己变丑恶了而怕见人一年，不敢出家门近4个月。

患者原系苗条俊俏少女，随着青春发育，身体长高长胖，自觉长丑了。她害怕进商店，害怕乘公共汽车。近半年来不敢见生人，特别回避男性。一见生人就紧张，心跳、气急、出汗、脸红。4个月来，除家人和一、二个女友外，不敢见任何人。说自己太高、太胖、乳房太大，在家人面前还要披条毯子，以遮挡乳房。终日躲在家里，偶尔下楼倒垃圾也要趁黑，先倾听查看楼道无人才敢出门。不敢照镜子，常把镜子反过来。明知此想法过分却不能自制。

一诊：患者见到治疗者惊慌失措，急忙从床上抓条毛毯围住胸部，迅速躲到门后，此后再也不出来，一诊失败。

二诊：治疗者将一篇社交恐怖症病案的文章，由其母转交，读后，她认为自己患的正是这种病，要求请医生来家咨询。

在她房里、她哭诉着向治疗者倒“苦水”。说父亲像魔鬼一样，性情粗暴，常骂她是“猪”。最难忘的是小时候她买条小狗玩，父亲气得把狗尾抓起来，把它当场摔死了。父亲常和母亲为琐事吵架。她从小就对父亲既恨又怕。哥哥不跟她玩，有时也打她，她说男人都坏，总是用怀有恶意的眼光看她，在公共汽车上有男人故意挤她，眼睛总往她胸前看。教师要求严格，当众骂她，她总是泪汪汪的。

咨询要点：1、分析胆小怕人的根源：父亲粗暴，教师严格，个别男人无礼、学习信心足，以致胆小怕事，并自我强化。加之青春期少女对男性特有的敏感和防御心理，形成怕男人恨男人，进而泛化为怕见人。2、指出社会和家庭都是由男人和女人组成，既充满了矛盾又归于统一，生活既有痛苦又有欢乐，人要生活得舒适幸福，就要寻找平衡点、学会自我调节。3、能把郁积在心中的话讲出来。这就是疗效的开始，把“苦水”倒完，“心病”就痊愈。4、与其父母分别咨询，重点是父亲。5、针对焦虑、抑郁症状给予丙咪嗪，阿普唑仑，心得安治疗。

三诊（第十日）：患者感觉心情有所好转。

咨询要点：布置系统脱敏治疗方法。采用快速脱敏法（即真实生活脱敏法），省去了肌肉松弛训练，等巩固一级再进入一级。按害怕情景层次排列，焦虑等级（SVD）值 10—100，SUD 值每增加 10 为一级，共 10 级，10 为干扰程度最轻情景。层次见表 18 - 1。

四诊（第 20 日）：患者近 10 天在家里电视不用毯子护胸了。晚上同母外出散步。进一步谈到：“三怕”（太高、太胖、乳房太大）根源。说在一次游泳时，别人取笑她的大腿像只水桶。实习时师傅问她生孩子没有，气得她大哭一场。她想根源就是长得太高太胖了，人变丑了，尤其是母亲遗传的大乳房，更是难以见人。

咨询要点：1、首先要解除“三怕”思想解释身高与体重及其比例均属正常范围，肯定其长，不丑，乳房大是女性青春发育良好的特征是健康美的象征；对青春期正常生理发育认识不足，是产生怕的又一原因。2、坚持脱敏疗法，逐级进行。3、减肥——多进行运动锻炼。4、把每天的进步记录下来。5*2、克服多疑毛病——要以事实为依据。6、帮助其父母寻找家庭气氛紧张的根源，开展一些家庭娱乐活动。

五诊（第 30 日）：患者讲述表姐带男朋友来家玩，她很嫉妒，关起门来哭，还趁他们外出时把表姐的小说撕了，提袋、录音带也剪了。她说：“你体会不到女人嫉妒和自卑是很难受的。”

咨询要点：1、正确认识自己，建立起自信心，嫉妒别人漂亮，实际上是对自己认识不够，才有自卑感。建立自信心，主要是多看到自己的优点。2、继续坚持脱敏疗法。3、对家庭关系的改善给予了肯定。

六诊（37 日）：患者送女友边谈边走，不知不觉送到传达室，从此能在白天出门，并第一次到食堂买饭菜。给予鼓励和表扬。

七诊（44 日）：患者已能去父母办公室，还和邻居男孩玩扑克，带表弟逛公园，参加一次追悼会，和表姐到学院唱卡拉 OK、跳舞、见生人也不出汗了。在打扑克时仍不敢抬头看男孩，其父为女儿买了耳环、项链，并带其母亲去看病，家庭关系明显改善。

八诊（76 天）：患者在母亲单位做服务员，恐怖症状基本消除。在结束咨询前开了个家庭会。从他们的发言，可看到家庭治疗的效果。现摘录几段如下：

其父说：“我的体会很深：事业上我基本成功，每年写二本书出版，家庭上我基本失败。这样一手硬一手软，家里的事没有处理好，苦了妻子和孩子，我对不起他们……”。

其母说：“你是处长，我是科长，当着同事的面不便吵，伤心的事总闷在心底。别人到 12 点下班，你要到中午 1 点，我做好饭才回来，一到家就往沙发上倒。难道你是少爷？你写书一本又一本，钱一叠叠交给我，我并不高……”。

其父说：“我写起书来常几个小时不喝水，不抽烟。回到家里精疲力尽了，常把工作中的不顺畅发泄到家里。家庭气氛总是很紧张。其实我的成绩也有老婆的一半。”

女儿说：“爸爸的工作很忙、很累、脾气大，我们都很怕他，只要他一回家，家里的歌声、笑声全没了。最近两个月，爸爸变了，回来帮妈做事，

还陪我散步、打扑克、上街，我的心情也就好些了。”

诊断分析

上述案例是用系统脱敏疗法治疗恐怖症的较成功的例，治疗者能洞察患者每一次治疗的变化，并机敏地做出有效的反应，在整个治疗过程中不仅用了系统脱敏疗法，也应用了支持性心理治疗，认识疗法及精神动力学理论。此案例之所以成功，不仅仅是医生在技术上过硬，而且对待患者的态度也起了重要的作用。

恐怖症通过系统治疗恢复后，一般愈后良好，少部分复发，治疗者对此应予以重视。

疑病症

疑病症是常见的心理疾患。主要特点为一个人过分关心自己的身体状况，经常提心自己是否会生病，甚至怀疑自己患上某种疾病。为此非常忧虑。疑病症常表现在以下几方面，（1）以身体不适为理由，取得别人关心，并发出求救信号，主观上有一种依赖感。（2）患者遇到挫折时，常以说自己有病来挡剑牌。（3）反复去医院检查，对医生不信任。

对于疑病症患者的治疗，首先要使患者产生对医生的信任感，禁忌与患者争论，应先满足病人的需要。然后进行适合的心理疗法，常用的有认识疗法、解释性疗法及暗示疗法，这里引用认知疗法治愈疑病症一案例。

例三：

[病例摘要]黄××，男，20岁，大学一年级学生，来自农村，排行第二。中小学成绩优良，大一仍保持中上。小学时、性格开朗外向。初三有过手淫行为，高一长青春痘，自认丑陋，高三更觉自己衰老，苦闷、悲伤、孤独，对一切失去兴趣，不愿与人交往，不愿参加高考，对父亲说：“我会得神经病。”高三暑假病情减轻，入大学后又加重，校医介绍至心理咨询处。患者诉说：“睡眠不好，头晕，注意力不集中，记忆力衰退。”认为自己“脸变长、变歪；阴囊静脉曲张，睾丸一大一小，发育不良，将来不能生育；扁桃腺炎，淋巴结核；血液血管有问题；大脑损伤”等等。常找医书杂志阅读，看完即联想自己，怀疑某种疾病。曾在其他医院就诊多次，用去医药费800余元，检查均未发现器质性病变，处方一般为脑乐静，B6、谷维素、健脑露、鱼肝油、西必林等，诊断为疑病症。

[治疗过程]94年12月起咨询15次，历时一年，分为四个阶段。

第一阶段，第1、2次确定问题。咨询员以诚恳关切的态度，询问疾病的各种症状，共同分析，发现不少症状与疾病不符，建议去医院进一步检查，至于脸变长，变歪，则嘱其请知心直言朋友辨别。检查结果：身体正常，脸未变歪。患者接受医师结论：心理有问题。

第二阶段，第3—6次，检查表层错误观念。主诉“心理有疾病，其安方面也不健闪，是个有病的人，十分苦脑”。咨询员要求患者将所疑疾病列表，归纳共同点，找出原因。

通过列表，患者认识到确是青春期易患的疑病症。认识改变，心情轻松，痛苦减轻许多。后几次咨询，主诉“问题虽已认识，仍不能摆脱疾病观念的纠缠”，希望用药根治。咨询员开具谷维素等改善植物神经功能的药物，嘱长期服用。又启发患者回忆和重演痛苦情境，揭示上述现象是长期“疑病观

念”在孤独、空虚等情境下产生的自动化思维，教给两种克服方法，在咨询室训练后，布置家庭作业。

行为标记法。练习：列表回忆近两天痛苦的时间、地点、内容、次数、持续时间、程度。通过回忆，患者认识到痛苦非持续不断。家庭作业：要求逐日记录，强调“这样可减轻痛苦，产生治疗效果，增强治疗信心”。

思维阻断。训练时，患者认为有错误观念出现时，大喝“停止”，改为“我很健康的”阳性词语，或原地弹跳，后又代之以下棋、打乒乓球、找朋友等积极转移注意的方法。

经三周自我监控，痛苦次数逐渐减少，程度减轻，偶有出现，也能控制，逐步能参加其它活动。

第三阶段。第7—11次，纠正核心错误观念。主诉已基本摆脱疑病的固有观念，但在体育运动、社会活动中，总感到自己能力差，什么都不如人。咨询员指出“这句话太抽象”。启发患者列出具体内容。

经多次诊室训练，患者逐步掌握语义分析法，作出一些具体结论。如“我主要是自卑感”、“我主要是潜力没发挥”、“这一次主要是退缩”等。

第四阶段。第11—15咨询，认识的进一步改变。经多次咨询，虽已基本克服错误观念，但患者在实际中仍然比较消极、退缩。咨询员利用实习和暑假两个机会，要求患者积极投入工厂，去打工，向工厂师傅学习，交朋友，每天写日记，做得好的要自我表扬，学会轻松、快乐生活。实习、暑假返校后，自诉“打工生活很充实、很愉快。我并不比别人差。”但返校一段时间后，“又觉空虚”。咨询员启发患者回忆实习、打工中愉快的情境与体验，使他认识到生活实践是提高心理健康的重要途径，并吸收他参加心理研究会的工作，提任“集体治小组”组长，有意识地把创造情境、咨询工作指导结合起来。仍要求记日记。当患者出现缺乏主动性、推卸责任、办事主观等行为时，及时指出“这是一种错误的自动化思维”，泄气时大力鼓励，特别引导培养利他精神、奉献精神，促使人生观、价值观的改变。患者在总结会上说：“我当干部，就是要减少心理疾病给同学造成的痛苦，更重要的是使同学们在大学里生活得快乐、幸福、有意义。”这说明治疗效果明显。

诊断分析

上述病例运用认知理论在病症中取得了较好的疗效。但临床未必达到这种效果，因为确实有一些躯体疾病的加重或好转都会影响心理治疗的效果。

(2)有些疑病症可能与强迫症同时发生。(3)在进行认知心理治疗时未同时进行其它方面的心理治疗导致效果不甚理想。所以对疑病症的治疗原则不但要考虑其心理认知方面的问题，还应对患者的躯体疾病进行全面的了解，给患者以权威性的解释是预防治疗失败的因素之一。

癔病

癔病又叫“歇斯底里症”，这是一个古老的名字，早在古希腊就有了，此病的临床表现较为复杂，有身体功能障碍，也有心理症状。例如，病人可以突然发作全身痉挛，四肢僵直。有些病人的举动。说话突然变得像另外一个人。常常是某些死去的人或自称是某某鬼魂。还有的病人发作时大哭大叫，不加治疗也能转好。也有的病人症状可以持续很久，如厌食、瘫痪、失音等。总结起来大致有如下特征：(1)具有模仿性和暗示性，病人看到别的病人有什么症状，不知不觉受到影响，以后再犯就可能把看到过的症状复制出来。

(2)不能用解剖学的定位来解释，病人的某些疼痛部位常与解剖学不一致。

(3) 病人对自己的严重症状表现出不太关心的态度。对于歇斯底里的治疗，不论什么症状及类型，都首选暗示疗法。

例四：

女，21岁，宾馆服务员，因下肢瘫痪被抬进急症科。患者发病前半小时和上级主管领导发生了激烈的争吵，争吵的原因是因为迟到。当时主管领导一气之下踢了患者下肢一脚，踢完后，患者下肢开始发抖，半小时即瘫痪。被送医院急症科。经各种检查，未发现明显躯体病变，最后确诊为歇斯底里，给予心理暗示治疗。

医生说：“你这种瘫痪病，我们刚治好了两位。”患者没有反应。

医生：“这种病只有一种药可以治。”

医生拿出一支药（葡萄糖酸钙），然后问患者家属能否支付的起药费。家属表示无论如何也支付。

医生对患者说：“这种药对你这种病可能有效也可能一点效果也没有，现在开始注射，如果你感到身体发热，说明此药对你有效果，就一定能治好你的病。如果没有发热的感觉就无效。”其实，任何人静脉推注葡萄糖酸钙都可能出现全身发热的症状。

然后，医生对患者进行静脉推注，同时，询问患者有无热感。起初，患者没有反应，过了10分钟后，患者逐渐出现全身发热的感觉。医生说：“你是不是感觉全身发热。”

病人说，“有点”。

医生：“好了，现在坐起来”。

病人随即坐了起来。

医生：“好了，病已经好了，站起来走吧。”

病人小心下床，开始走路，完一恢复正常。

诊断分析

上述案例突出表现了暗示对癔病患者的治疗效果。因为癔病治疗方法较为单一，所以技术上应高一些，尽量做到万无一失。但如果一旦失败，可采用心量分析对病人的“潜抑作用”进行处理。通过暗示把病人潜抑下来的心理问题重复出现，这种疗法应处理好“阻抗作用”。

在癔病发作治愈后，还要进一步对病人进行全面的心理治疗，这其中包括病人性格矫正、家庭治疗、社会适应训练等。

露阴癖

露阴癖是指通过完全的裸体或显露出自己的生殖器官而求得性欲满足的性心理异常。当它发生在正常的性关系与性行为以外的時候，则被认为是不道德和异常的行为。

露阴癖大多数是男性，这种人常常出没在某些阴暗的街道、公园珠偏僻处或田野小径上，当女性走进时则显露生殖器，并用灯光把它照亮或进行手淫。患者从对方的恐慌害怕或厌恶反主尖中获得性欲的复杂，这里不再多叙。从下面案例可以做全面了解。

例五：

患者男性，50岁，已婚、大学毕业。“文革”时被冲击，夫妻常年两地分居，感到自卑和孤独，受到降级处分，屡教屡犯。自感很痛苦，痛恨自己的坏行为。但越是心怀烦恼，行为的欲望越是强烈，难以控制。曾多次想过自杀或把阴茎割去。因病人平时表现老实，工作认真，有人怀疑他的行为是

病态，由其妻陪同前来就诊。经多次心理会谈，患者回忆起幼年时期一段经；大约在7岁时，有一次和邻居两个小孩玩，男孩约8、9岁，女孩约4、5岁。三个人互相触摸生殖器玩耍，大男孩叫小女孩摸他和患者的阴茎，还问她硬不硬。当时，女孩似乎很感兴趣，也让男孩摸她的阴部。患者说，那时只觉得好玩，次数并不多，对这件事早已忘了，但经医生提醒，回忆起来印象还很深。并领悟到，自己是在用幼儿方式解决成年人的烦恼。但内心里仍然认为女人也一定愿意把阴部暴露给男人看，而且愿意摸、看男人的生殖器。医生建议病人做些调查，证实一下女人对裸露行为到底是喜欢还是厌恶。他首先问了妻子，以后向熟悉的女同事询问，她们都诚恳地说对这种行为很反感。还有一次乘火车回家，正巧后面座位上几个妇女在谈论她们单位里一个和他有类似毛病的男职工，大家对那位男职工的行为非常厌恶，并讽刺他讲道，那个人还向领导交代说，有的女人愿意看，真不要脸！病人说，这次经历是他事先未曾料到的，使他真正认识到以前自己的想法是不对的，是幼儿经验的再现，大幼稚可笑了。自此以后，裸露行为得到纠正，随访两年无复发。

诊断分析

这是用认知领悟疗法成功地治愈了一例老年露阴癖患者。在第二单元我们也曾引述了认知领悟疗法对另一种性心理障碍同性恋的治疗。可见，这一疗法的针对症状不仅局限于恐怖症和强迫症，对性心理变态同样有很好的疗效。

精神分裂症

精神分裂是一种最常见的重性精神病，其发病率在精神中居首位，精神分裂症对社会劳动力的破坏非常严重，发病年龄多在青壮年。这种病具有不断发展，进行性加重的特点。其心理异常的表现主要是精神活动的“分裂”，即认识过程、情感过程、意志行为和个性特征等各方面统一性的失调。病人联想散漫、情感淡漠、言行怪异、脱离实际，病情逐渐发展，少数病人病情可以自己缓解，部分病人晚期出现慢性精神衰退。

对于精神分裂症的治疗，除用药物、电休克、胰岛素治疗等方法外，心理治疗也是重要的方法之一，心理治疗对精神分裂症效果虽然不如药物治疗，但如果社会环境因素处理得当，可能会取得意想不到的效果。因精神分裂症有许多临床类型、这里只介绍一般性治疗方法。

1. 针对病人的心理状态，恰当地进行治疗。根据我们的临床观察，在精神分裂症状发展期，病人的心理状态主要表现为：（1）对自身精神状态无认识、无控制能力、根本不承认自己有病。（2）因为不承认有病，所以认为“没有病就不吃药”，对医务人员产生对立情绪。（3）因为不承认有病，所以下住院或不安心住院，要求出院，要求达不到即产生外逃行为，毁物伤人行为。（4）由于受病态的支配，部分病人因疑心自己“受别人迫害”，而产生自杀观念及行为，部分病人则拒食。针对上述情况我们采用诱导、规劝、忠告的办法，恰当地进行治疗，达到病人接受住院，服从治疗的目的。如病人入院时，不承认有病，拒绝住院，不服从治疗，我们就用病人的病史与正常人有不同的地方，这些不同的地方不能说是分裂症的表现，只能说是休息不好，神经功能暂时失调，用药物纠正过来就行了。当病人问是什么药时，不能说是氯氮平、氯丙嗪之类，而以脑复康、健脑片答之，诱使病人服下，取得病人的初步合作。待症状控制后，再实施强化治疗。

2. 掌握病人的心理状态、进行旨在治疗。根据临床观察、精神分裂症状

缓解期，病人的心理状态与发展期间有所不同，主要表现为：（1）知道自己有病。但不知道是什么病，要求医生给予解释。（2）当得知是精神病后，部分病人想了解精神病的一般常识、部分则背上精神病的包袱。（3）因药物副作用的关系，认为药吃多了对身体有影响产生不服或少服药的想法，以致出现藏药、吐药现象。（4）因患者之间的相互影响而认为精神病治不好，由此产生悲观厌世情绪。（5）未婚者对个人前途考虑较多，认为有病找不到对象，对病后能否建立一个比较满意的家庭产生怀疑，由此产生厌世观念。针对上述情况，我们采取启发、宽慰的方法进行强化治疗。使病人安心住院、配合治疗，提高对抗复发的认识，达到早日恢复健康的目的。如病人背上精神病的包袱、产生悲观情绪时，我们及时向病人指出：精神病不可怕，怕就怕病人不听医生的话，只要听医生的话，配合治疗，病就会好，病好了一切就会好的。如病人因药物副作用不愿服药，我们就对病人指出：有病就得治疗，吃药不会把身体吃坏，相反会越吃越好。至于有点不舒服，相信医生会处理好的。一碗饭里不能因为有一颗小石子就把这碗倒掉，吃饭时不能因为咯着牙就不再吃饭了。当病人认为精神病治不好时，我们就向病人指出：住院期间有反复是由于藏药吐药引起中药浓度下降造成的，这与一个人每餐需吃4两饭而只吃了2两或没吃是一个道理。出院后复发是由于没有坚持长期服药造成的，而不是病本身治不好。当病人有自杀观念和行为时，我们不是首先训斥病人，而是启发他（她）们对父母、孩子、家庭的思念，指出自杀会带来什么样的后果，从使病人消除自杀念头。

心理治疗是运用心理学的理论和技术，去治疗病人因疾病引起的情绪等方面的障碍和矫正行为问题的方法。它通过治疗者的语言和与患者建立的感情，利用病人对治疗者的信任，治疗者以五个关系为基本内容。应用诱导、启发、规劝、忠告、宽慰等方法，对患者所患疾病、治疗及预防给予科学的解释。它可以使病人能够安心住院；可以消除病人的悲观情绪，增强战胜疾病的信心；可以缩短住院天数，提高治愈率；可以减少自杀率，降低复发率。总之，可以起到药物起不到的作用。

焦虑性神经症

焦虑性神经症又称焦虑症，是比较常见的一种心理障碍，主要症状为焦虑情绪反应，并同时伴有明显的植物神经系统功能紊乱。焦虑反应在正常人身上也普遍存在，例如人们在地震时期的准备不测，战争时期的空袭警报等都能引起这种反应，甚至危险情境过后，这种反应还存在。对于正常人来说，日常生活中可能引起焦虑反应的事物和情境很少反复出现，即便反复出现，正常人通过不断地适应可以逐渐减少焦虑反应，并增强克服挫折情境的信心。而对于焦虑症病人来说，不仅可以对特殊的事物或情境产生焦虑情绪反应，而且在任何情况下都可能发生这种反应状态，并说不出原由，也无法摆脱。

焦虑症的主要表现是病人常感到内心有一种说不出的紧张与恐惧或难以忍受的不适感。病人总是整日地惶惶不安，忧心忡忡，似乎预感到灾难将降临头上，害怕会患上不治之症，严重时会出现惊恐发作，表现出惊叫、呼救、拉着别人的手不肯松开。同时病人伴有严重的血管系统症状，大小便失禁等症状，有的病人伴有睡眠障碍。

对于焦虑症的治疗仍然是以心理治疗为主，治疗主要是进行一般性的解释和说理等支持性心理治疗，即通过安慰、鼓励、保证和支持等进行心理治

疗。下面引用一则案例，以便使读者明了治疗方法及过程。

例六：

某医院心理诊室的刘医生，早晨刚一上班，就闯进来一对青年夫妇。少妇脱口而说：“请大夫治治他的病吧，他整天烦躁不安，简直无法生活下去了。经过刘医生的详细询问，初步掌握了男青年的病情表现。原来那男的姓郝，结婚后夫妻感情尚好，时常帮助妻子做家务活动，没有“大男子主义”；对外，不好交往，不爱讲话，有烦恼的事自己憋着；在单位为人老实厚道，积极肯干，完成任务好。上个月的一天，他的心情突然变得不安起来。从此，不去上班，终日呆在家里时等待不幸的到来，不论什么事总是提心会出现最坏的结局。任何一点小事，他都把后果想象得非常严重。晚上要睡觉了、他就开始不安，担心这一夜会失眠，因而极度害怕睡不着。白天，妻子出去上班他就担心会出车祸，惶恐不安地期待妻子下班归来；有时稍感胃部不适，就马上想到胃癌，想到死亡，有一种死在眉睫的感觉……。正像他的妻子形容的：“小郝像是着了魔，不知为什么他的心不平静了，找医生诊治吃药，也不见好，真是急死人了。”

经过心理医生仔细分析病情，认为小郝患的是焦虑性神经症。与众不同的是：小郝的病是一种有内容的焦虑。用心理学的观点分析，他内心深处必定有一种压抑着的痛苦，只在痛苦一解除，病就马上会好的。可是，小郝的痛苦在哪里？他们没有讲。

医生心想：有不少心理疾病患者，由于怕丑，不愿讲出内心的真情，千方百计编造理由或歪曲事实进行掩盖。这会给治疗增加难度。只有解开小夫妻真正病因的谜，才能有针对性地进行治疗。

于是，心理医生对小夫妻讲：今天快下班了，咱们就谈到这里。你们回去要认真回想有什么不顺心的事，内心深处有什么矛盾？想好了你们来，咱们再详细谈。

一个星期后，小郝和妻子来了。心理医生问他们想的怎么样了，他否定心理有矛盾。异口同声说他们夫妻感情很好，工作顺心等。

心理医生看出了他们内心有些紧张、这样是谈不出真实情况的。为了缓和气氛，心理医生用拉家常的方式问：你们结婚几年？答“两年了”。问“有孩子吗？”答“没有”。问“为什么还没有孩子啊？”这一问小夫妻愣住了。医生发现他们内心有隐痛，一下子不好启齿，就进行耐心地启发，说明为了治病，夫妻之间的事也可以说，不要不好意思，有病就要治。这样，妻子先开了口。她说：“我们结婚虽然两年了，但夫妻生活不协调，原因是小郝特别老实，对我过分尊敬，顾虑重重，怕这怕那，总怕我如何。我也因心情紧张不愿主动，这样逐渐形成了心理压力，小郝患了阳痿病，内心造成更大的痛苦。”

妻子吐露的真情，是小郝患焦虑性神经病的主要原因。

为了治好小郝的心病，心理医生确定采用解释和疏寻疗法，引导他们从误区走出来。

治疗开始后，小夫妻心情沉重。

心理医生开门见山地指出：一个人心有痛苦，决不是凭空产生的，一定有它的诱发因素。而诱发因素也不是毫无变化的。一般来讲，大多数人的烦

恼都是从较大事件转变为生活琐碎事情的。这个情况，在你们小夫妻身上表现得特别明显。你们夫妻生活不成功，关键是心情太紧张，顾虑太大，把兴趣给赶跑了。

长沙有句谚语：“上床夫妻下床客。”这话很有道理。从夫妻来讲，应该互敬如宾，这是夫妻生活的一个方面；但更重要的方面，是夫妻的性爱，这是维持夫妻关系必要的条件。既然是夫妻，过性生活是正常的生理需要。因此，就不应当有那么顾虑，只要男方稳重处事，避免鲁莽，女方就不存在承受不了的问题。小郝在这方面缺乏知识，产生顾虑也是可以理解的。只要这种顾虑一解除，焦虑、烦躁的毛病就会自然好的。

听了医生的话，小郝红着脸说：“过去缺乏这方面的知识，不懂得这方面的道理，结婚时过性生活的愿望强烈，但又怕给爱人带来痛苦，心里很矛盾。第一次性生活失败后，自己又产生“性无能”的悲观情绪。之后，只要一想过夫妻生活，大脑中马上会浮现“不会成功”的念头。这样反复了几次，信心全无，过夫妻生活成了一种精神负担，最后发展成心病。说又说不出口，只好痛苦地忍着。现在，遇到了您这位心理医生，我有救了。”

为了进一步解除小郝的顾虑，增强治愈心病的信心，心理医生又详细讲解了女性生殖器的构造和生理知识。说明男的有性欲，女的也有性欲，所以过好性生活是夫妻双方的愿望。希望他们学习性知识，双方都采取积极主动的态度，互相配合，把夫妻生活过好。

小夫妻明白了道理。表示一定要按医生说的去做，并积极主动的做好治疗工作，争取早日康复。

大约过了2个月，小夫妻第三次来到了医生心理治疗室。医生一看他们高兴的样子，不用问就知道小郝的病有了很大的好转。小郝抢先说：“感谢医生给我们解除了痛苦。现在，我们的心情平静了，真正过上了夫妻生活。”妻子也表示说：“没想到心理治疗这样好，早知道我们不是早幸福了。”逗得医生也笑了起来。

诊断分析

疏导疗法与支持性心理治疗本书并未进行详尽的介绍。这种治疗关键在于治疗者对患者的态度，通过安慰、鼓励、保证和支持等技术，可以使治疗有所进展。本例患者的焦虑性神经症便是采用此种方法治愈的。

强迫症

所谓强迫症状是指患者主观上感到某种不可抗拒的和被迫无奈的观念、情绪、意向或行为的存在。病人明知没有必要，但不能自我控制，因而感到痛苦。病人多在一定的精神因素下起病。强迫症的主要临床表现有：1.强迫观念，表现为不由自主呈现的某种想法、某种事情或某句话等，病人努力想摆脱它，但都是徒劳。2.强迫意向，患者常常被一些与正常心理状态相反的欲望和意向所纠缠，产生一些可能导致可怕后果的冲动，例如患者走到楼上就有一种想跳下去的冲动，还有的患者有一种看见刀就要砍人的冲动。患者明知这种欲望与冲动是违反自己意愿的，是不堪设想的，但却无法摆脱。因而十分焦虑和痛苦。3.强迫行为。强迫行为可以表现为强迫检查，总要反复地检查房门，窗户是否关好。还可以表现为强迫数，病人不由自主地去数某些没有意义的东西，如在马路行走时对大楼的层数、商店的玻璃窗、路旁的树木要依次点数，明知无意义，仍在数下去。

对于强迫症的心理治疗，多采用认知领悟疗法及行为疗法，但有的治疗

者采用综合性治疗方法，但目的都是为了纠正、改变患者的不良人格特征。下面引用一则案例。

例七：

患者是一个身体非常瘦弱的女同学，她出生于一个工人家庭，既是家中的老大，又是唯一的女孩子。1986年考上大学时才16岁。

她的座位在靠讲台的第一排。也许是“高瞻远瞩”之故吧，老师好几周都没注意到她。有一次课间休息，下课铃还没响，她就坐不住了，铃刚一响，就匆匆出了教室。其他同学哄堂大笑。结果，上课铃响了，她还没来，同学们又大笑。老师问班长怎么回事。班长说，她每天都这样，一下课就往宿舍跑，主要任务是看宿舍门关好了没有。这位班长幽默的回答使老师很纳闷，过了十几分钟，她终于喊了报告。进教室后老师问她干什么去了，她顿时面红耳赤，吱吱唔唔不知说什么好。老师也没再多问。

当天晚上，老师叫她到办公室。“你每天一下课就往外跑，而且又迟到，究竟有什么事？”

她以为老师是为迟到的事，就说：“老师，我保证再不迟到“你不要误解我的话，我是觉得你一定有什么困难也许我可以帮助你，你能否告诉我？”老师解释了几句。

她沉默了一会，胆怯地说：“唉！我从高中起就为这件事烦恼，直到现在，既然你问这件事，我就告诉你，但愿你能帮助我解除烦恼。我一天到晚，不论干什么事，就是忘不了关宿舍门。总觉得宿舍门没关好，时时想去看一下。一下课就去看门，一看关好了，就急忙往教室跑，刚到楼梯下面，又想，是不是真的关好了，上去再看一次，而且要亲自试试，课间十分钟就这样来回折腾几次。我知道这很可笑，但又没办法控制自己。同学们都在笑我，我的心里压力也很大……”

听了她的解释后，老师带她到了咨询室，医生诊断后告诉他，这种症状叫强迫性神经症，必须进行必理治疗。她表示愿意配合。

医生先采用了认知领悟法。让她写回忆报告，然后再与她讨论。她每次都写得很认真，细致地描述了自己童年时代的经历。连续一个多月，十几份报告文上来了，医生仍然找不到豁口。通过分析，医生觉得她把那里致强迫行为的事件压抑在潜意识之中了。于是两个月以后，医生对她进行催眠性放松。大约40分钟过去了，她开始进入半睡眠状态，医生按照她写的回忆报告中的内容不断暗示，让她尽情宣泄藏在心底的烦恼。终于，她开始喃喃自语，回忆起相关事件：

“爸爸……嗯……爸爸，你打我吧。我没有锁好门，我不是一个好孩子，我贪玩，让小偷偷走了咱们家的东西，爸爸，你打我吧……”

原来，她五岁时，父母忙于上班，顾不得管她，总是让她一个呆在屋里看门。有一天，她跑到邻居家玩，结果让小偷偷把家里的东西偷了个精光。她吓坏了，认定爸爸回来饶不了她。宽宏大量的爸爸、妈妈不但没有责怪她，反而安慰她。这使她感到了父母的爱心，同时，对小偷的恐惧感和自己没看好家的内疚交织在一起，成了她以后看锁不锁门的内在根源。从那以后，她出门总忘不了锁门，锁门成了她生活中的一件大事。随着年龄的增长，这个事件被排除出意识之外，压抑在潜意识之中，但这种强迫行为却一直保留下

来，直至成为一种变态行为。

“你已经明白了这种强迫行为的心理根源，你已经渲泄了心底的烦恼，现在你的症状就会减轻。以后你可以进行自我调节，主要是顺其自然，听其自然。这个原则对强迫症很有效，当你去看门是否关好的时候，你不要理睬这种念头、慢慢地这种行为就会消失。”

医生给她讲钟友彬先生的例子，你想使皮球停止跳动，你就必须停止拍它，你越拍，它就越跳得厉害。她表示下决心克服这种症状，医生说不是克服，而是听其自然。

经过两个月四次认知领悟治疗和她自己的自我调节，终于在第三个月后，她的强迫症状消失了。

诊断分析

治疗者在对这例强迫行为进行治疗时，采取了以认知领悟疗法为主，并辅助以放松疗法和森田疗法。事实表明，采用综合性的治疗方法更有利于提高疗效。

二、不同年龄的心理治疗

随着年龄的增长，一个人在人格发展过程中，会经历不同的心理生活，表现出不同的心理特征，随着心理结构与功能的变化与不同，心理治疗的原则、目标与要领也要随之更改。特别是年龄在 10 岁左右的儿童、变化很大的青少年和退休在家的老人，要应用不同的治疗方法。

儿童的心理治疗

随着心理卫生知识的推广，儿童心理卫生问题已经受到人们普遍关注，儿童的早期经验、养育方式及成长经过，往往直接或间接地影响日后成人性格的形成。由于儿童的心理发展很快，早期的心理治疗与辅导，是非常必要的，往往对一个人的成长有着非常重要的影响。儿童心理特点，主要表现在其正在发育和不成熟上，儿童心理疾病的表达不像成人那样多愁善感，而只是单一的高兴与不高兴。所以在儿童心理疾病的治疗时，一定要透过现象看本质，及时抓住儿童的关键问题进行治疗。

儿童多动症儿童多动症也叫多动症，是儿童的一种行为障碍，多动症患儿的表现之一是过度活动，即超过与年龄相宜的活动水平。另一种表现是注意力短暂，主要是注意力不能指向目标，不能集中，这是多动症核心症状。除了上述过度活动、注意力短暂、冲动等表现之外，多动症还表现在品行问题和学习困难这样一些表现，有 80% 的多动症患儿有品行问题，父母和教师们常反映他们打架、争吵、不顺从和好斗。学习困难也与多动症有紧密联系。可见多动症是一种综合症。

多动症的治疗，应以教育和行为治疗为主，治疗之前，应首先调查和分析患儿异常行为产生的原因，确定其治疗目标，并记录治疗效果的变化。例如，对经常不注意听讲的儿童，可用增加注意听讲的和减少扰乱课堂秩序的时间作为治疗时的对比。具体治疗方法如下：根据其良好行为。分别予以阳性强化，如表扬、鼓励、插红旗等，最后根据总成绩，给予物质或精神奖励；如果出现不良行为，则予以处罚，如批评、疼刺激、撤销奖励等。

在应用行为强化矫正过程中，应通过咨询去改变家庭和学校中的消极因素，给患儿创造一个好的环境，使正常行为不断得到强化，从而塑造新的行为模式。

儿童吃手指儿童吃手指的行为，包括啃指甲、吮吸手指等，是比较常见的行为。吃手指可在儿童期各个阶段发生，若不能矫治，可形成终生固癖，患儿在休息或心情紧张不安时，会有意无意地啃指甲或吮吸手指。患儿的指甲时常被咬得参差不齐，手转皮肤有的地方会有淤血。

一般认为，导致儿童长期吮手指或啃指甲的原因有以下几点：一，患儿在吮乳期没得到及时哺乳，缺乏母爱；二，缺少同龄玩伴；三，模仿学习。

1. 厌恶疗法，在患儿经常吮吸、啃咬的手指上放上胡椒粉、涂苦味酊或黄连素等；也可以在手指上缠上纱布，使患儿在咬、吮时产生厌恶感，这样就可逐渐减少或消除这些不良的行为。

2. 负性实践法。鼓励患儿在规定的时间内不停地吮、咬手指，直至对这种行为产生厌烦情绪，于是便逐渐抵制啃咬手指的习惯，达到矫治的目的，这也是平常人们常说的“以毒攻毒法”。

另外，还有一些常见的做法，可以结合使用，如多关心爱护孩子，经常与孩子一块出去玩儿，勤给孩子修剪指甲，使其养成讲卫生的好习惯等等，

都可预防或矫治儿童以上的不良行为。

儿童自闭症儿童自闭症也叫儿童孤独症，产生于儿童早期，如不及时矫治，会严重影响儿童感知、言语、智力的发展。

患有自闭症的儿童，行为怪癖，孤独离群，情感淡漠，缺乏兴趣以及适应不良等等。临床实践证明，正强化法是一种较为有效的治疗方法。这种疗法的一般步骤是：

1. 评价患儿的行为，尽可能找出自闭行为的原因，以便能针对性地施行正强化。如有的儿童自闭是因为父母是知识较高的技术人员，无暇照顾孩子，亲子关系冷淡。然后选取被认为是主要问题的一项，作为矫正内容。

2. 恰当地选择强化物，通过与患儿的接触和交谈，了解儿童喜欢什么，也可以向家长或亲友了解，从中选出一、二种作为强化物。

3. 鼓励儿童与人接触、交谈，尽可能让患儿用生动的语言描述一些事物，每次谈话1—2分钟，应该给予强化，如爱抚、表扬或强化物。逐渐要求谈话时间加长，用自然强比代替人工强化。

另外，在专科医生的指导下、也可辅以常用的药物、如抗精神病药，中枢神经兴奋剂。

青少年的心理治疗

在人一生的发展过程中，少年与青年是变化最大的一个阶段，也是心理上变化多端的时期，特别是当社会迅速变化、发展的时期，青少年非常敏感，特别需要各方面的关照，包括心理卫生的宣传与教育，对于青少年的心理治疗，则需一些特殊方式和技术。

1. 青少年的心理特点（1）进入青春期的青少年，躯体及心理方面呈现快速的发展，因此会有日新月异的感觉，同时由于心身各方面的成长不见得能平衡发展，会产生不稳定的现象，特别是对自己的情感与欲望的控制不佳时，会出现一些感情与行上的危险期。

（2）开始自立、有减少依赖的意识。

到青少年期，年轻人变得喜欢自立。比如，凡事喜欢自己去做，不喜欢指手划脚。喜欢有自己的房间，喜欢自己或跟自己的朋友出去等等。一方面争取自己练习生活的机会，一方面渐与父母疏远，喜欢与同伴、朋友相处在一起。

（3）确定自己的成长方向。

为了自己的心理发展，青少年随时向周围接触的老师、同学、朋友模仿学习。一方面吸收人生知识与经验，另一方面，寻找、确定自己将来的性格、嗜好与工作方向。这时最重要的是，作父母、老师或兄姐的，应与他们分享你们大人式的思考、判断、情感与观念，让他们有机会向你学习，模仿如何长大成人。

（4）自我认识感增加，在社会场合里关心自我的角色。

到了青春期的青少年很关心“自我认识”，极想了解自己是怎样的人，在别人心目中是否被同辈的朋友喜欢与接受。因此在关心自己的程度上比其他年龄阶段更高一些。

（5）进入生殖期，开始与异性的来往。

随着躯体的发展，青少年生理方面开始出现“第二性征”，性器官开始发育，并迅速发展成熟，每个人开始注意如何讲话、动作、穿着才像是男的，或是女的，以及怎样才能获得异性喜欢等。更重要的，要如何应付与日

俱增的对性的兴趣与欲望，使之与现实生活和道德观念相符合，乃是青少年的一大心理课题。

2. 青少年心理治疗的要诀由于青少年的心理结构与其变化多端等特点，这使得临床治疗时有一定的特殊性。

(1) 根据青少年的心理需要，更多地使用一些心理治疗方法。只要适合青少年都可使用。在使用治疗方法时要灵活多变，例如，对治疗场合的选择，不要一定安排在治疗室，可以安排在校园、操场及公园的某些地方，这一点是根据青少年不太喜欢正式场合的需要设定的，以便创造更随便更宽松的环境。

(2) 建立良好的医患关系，尊重对方的个人存在。由于青少年对自我意识的增强，对别人的认识、尊重看得特别重要，不喜欢别人说自己是懂事的小孩子。孩子对父母往往有一定的偏见，有时认为医生与家长是一伙的，所以会影响整个治疗过程，因此在与青少年接触要特别注意这一点，争取同青少年做知心朋友。医生与青少年谈话，应尽量采用平辈的方式，讲他们特有的惯用词句，以便使他觉得你更亲近，说话时不要拐弯抹角，坦诚更适合青少年的心理需要。

(3) 给青少年提供更多的知识和经验。

由于青少年的生活历经较少，知识不够丰富，这实际上是青少年的弱点，治疗者要使用治疗技巧充分利用这点，其实也是帮助年轻人了解生活，补充生活的经验。

(4) 对青少年的“越轨”行为要不客气地提出批评。这一步是如何教会青少年控制自己的关键。青少年经常会在一些冲动和欲望面前难以控制，出现超出社会、家庭规范的行为，如：偷别人东西、与女孩子过夜、抽烟喝酒等，对这些行为，治疗者要毫不客气提出意见和批评，并且加以控制和限制。事后，这些年轻人往往会对治疗者表示衷心的感谢。

(5) 注意榜样在青少年中的作用。时时让青少年模仿，青少年需要有成熟的人在身边，以过来人的身份让他们学习、认同、模仿。治疗者可以讲述自己的亲身经历，处理问题的方法，其中包括成功与失败的例子，使青少年从中受益。

3. 青少年常见心理障碍的治疗人的一生在整个青少年时期发展过程中，充满了错综复杂的心理矛盾。这些矛盾有些能够妥善解决，推动个体心理的健康；有些矛盾由于主、客观原因的限制，没有得到及时有效的处理，结果就会导致心理问题的出现。青少年期容易出现的心理问题主要有：

(1) 手淫癖：

手淫是指抚摸自己的性器官引起快感的行为；是自我刺激的性兴奋过程，通常可以达到性高潮。手淫在青少年期相当普遍。手淫在人类社会文化传统中，受到过各种争议，但大都认为这是一种不好行为，过去西方文化中手淫曾被视为是一各犯罪，在中国也被认为是一种可耻或严重伤身的行为。随着科学的发展。上述对手淫的看法逐渐消失，现代科学认为，就手淫本身，只要次数适当，对身体是没有什么损害的，适当的手淫在某种程度上有益健康，它可使处于性压抑状态的人感到愉快，缓解性紧张度。对维护社会安定减少性犯罪也有一定作用。手淫行为十分普遍，但必须是适当的。如果超越了某种限度、导致了惧怕发生两性关系，或出现持久性羞耻感和罪恶感的手淫癖好，并发生手淫次数超出一般，这种行为则视为手淫癖。手淫癖与正常

手淫行为有很大区别，手淫癖通常无法正确、科学地对待自己的手淫行为，把手淫当作自己唯一满足性欲望的行为。由于手淫癖的手淫次数及心理压力都非常大，所以其危害之大可想而知。其危害主要来自生理和心理两个方面。方法异常的手淫可损伤外生殖器，或引起生殖器官的炎症，女性则可能出现更严重的问题。在心理上主要出现罪恶和自卑恐惧心理；在人格方面表现力孤癖、自卑，难于适应正常人际交往，尤其是无法与异性建立正常关系。由于患者有严重的羞耻感和罪恶感，长期处于心理矛盾之中，常出现神经衰弱，严重者甚至会有自杀行为。青少年很多心理障碍都与手淫癖有关。

手淫癖的治疗。应尽量不采取单一的行为。首先要从性教育为出发点，增加青少年对性知识的了解，破除手淫是“万淫之首，万恶之源”的传统认识？加强体育锻炼，促进青年人的自控能力，充实其生活、学习内容等。对手淫癖患者态度一定要亲切、宽容，因手淫癖患者大都非常敏感，所以在言词上也应注意。可从科学的角度深入地探讨手淫的生理、心理机制，也可从自己的亲身经历谈起，以使患者更加信任自己。

(2) 神经衰弱症神经衰弱，一般定义为大脑长期过度紧张而造成的大脑兴奋与抑制机能的失调。引发原因有很多，如恐惧、悲伤、抑郁等负性情绪，工作与学习负担过重，亲人突然死亡，人际关系造成的困扰，都可能导致脑机体系统功能失调，引起神经衰弱。

在青少年求学或就业时期，尤其是青少年知识分子，神经衰弱症十分普遍。患者经常是失眠、乏力、抑郁寡欢，萎靡不振。对声音极其敏感，夜深人静时，轻微的声响都会使其心惊胆颤，并且患者往往有过多的忧虑，如考研前担心考不上，考上后担心研究生英语过不了等等。

神经衰弱者极易疲劳，常感到一天到晚精神疲倦，工作、学习效率低、注意力的稳定性差，记忆力下降，常因一些鸡毛蒜皮的事大发对于这种病症的矫治，主要是预防为主，加强体育锻炼，保持心境平衡和生活有规律。克服神经衰弱的关键是建立必胜的信心，持之以恒，终会战胜神经衰弱，对于顽固性失眠症，可适当辅以药物治疗。

(3) 社交恐怖症日常生活中，经常会看到有的青少年在人与人交往时，有的全身发抖，有的满脸通红，有的极不自然，这些表现就是青少年期易患的社交恐怖症。

社交恐怖症的矫治有多种途径，只要患者下决心去治疗，是可以治愈的。

满灌法。这种方法是让患者多次接触引起恐怖的刺激，使逐渐适应；进而消除恐惧反应，达到交往的目的如一女孩对男人恐惧，可多次让她接触陌生的男性，直至恐惧消失 系统脱敏疗法。这种疗法有一定的步骤：一是列出患者感到恐怖的刺激情境。二是由轻到重排到顺序。三是让患者依次体验列出的情境，至到没有恐怖反应后，进行下一步情境。四是能进行奖励、表扬，巩固行为。

小组练习。T 小组是 TVANNG—GROVP 的简称，是一种有效地改善人际交往的方法，在小组中，通过交往的逐步加深，患者可以学习许多交往的技巧，并提高自己的社交技能 示爱的迷茫。在目前各种心理咨询中，关于恋爱方面的问题占了很大的比例，其中，关于如何向自己钟爱的人表达爱意，是困扰着许多青少年男女的问题。

那么；如何示爱呢？

首先要解除“一棵树上吊死”的想法。一旦陷入这种泥潭，就难以自拔，

假如恋爱失败，就会受到严重的创伤，甚至会有轻生的念头。

其次，要主动、大胆地去表达自己的情感。中国人由于传统文化的影响，趋于内向和保守，在情感表达上常常是采取含蓄的方式。然而，当今社会，人们每天要接受大量的信息，打哑谜式的示爱方式不容易被人接受。

最后，传统观念上，男性应该采取主动追求的方式，而女性是被动等待的方式。因此，有许多男性青少年咨询如何示爱的问题。对于男性青少年，有一句话值得品味：女性最大的幸福是被爱。而女性青少年应牢记一条爱情定律：男人追女人隔座山，女人追男人隔层纸。

老年人心理治疗

随着社会的进步，人们的生活水平逐步提高，医疗保健工作也有很大的发展，人类的寿命随之延长，整个人口中老年的比例也逐渐增大。据世界发达国家预计，未来将是65岁以上为主的社会，于是，老年的研究有所增加。老年人由于经历了漫长的人生历程，正面临最后一段里程。因此，具有特殊的心理特点。

1. 老年人心理的特点什么才算老龄呢，目前还没有统一的标准。然而，根据一般情况来看，认为65岁以后，因其生理与心理方面明显呈现老人的一些特点，因此，很多人都以65岁为界。超过65岁的人，其心理有如下特点。

(1) 力不从心。人到老年，生理机能衰退，疾病增多，致使心理功能减退。首先是体态和外型的变化，渐现“尤钟”之像，须发皆白，牙齿脱落，老眼昏花……其次，感知觉日渐的迟顿，智力以不同的速度下降，思维迟缓，学习和创造性思维能力减退，产生记忆障碍等等。老年人自始终都处在不服老和自感体力、心力不足的矛盾状态之中。

(2) 失落感。老年人在退休以前，一直从事着自己热爱的事业，一旦退休，人走茶凉，社交圈日趋缩小，人际关系改变，无所事事的情闲加速了衰老的迅速，加上未实现的愿望，都会干扰情绪而影响心理健康，从而产生失落和孤独感。

(3) 回忆过去。退休后，老年人有充分的时间无事可做，那些过去的经历便自然而然地涌现在眼前。有些老人一旦开始讲述自己的过去，如打开的闸门，滔滔不绝，有时会惊异于其对细节的描述，似乎它们就在昨天，久而久之，就沉缅于其中，不能自拔，产生忧郁和孤僻的情感。

(4) 返童心理。人们常说返老还童是有一定道理的，由于心理上逐渐变化，渐渐失掉了中年时所具有的性格，呈现出年轻的表现。时常见到老人与小孩在一起亲亲热热，一样地笑，行为举止十分相像。

(5) 末日感。老年人，尤其是年龄很大的老人，经历了朋友、配偶的去世，慢慢感到孤独和空虚，于是开始准备自己的后事，对自己的一生做一整体的回顾、安详地迎接死亡的降临。

2. 老年人心理治疗的要诀由于老年人心理的特殊性，对老人实施心理矫治时，有以下几个重要方面需要注意。

(1) 老年人经验多，辈份高，年轻者在做矫治时，要以“尊敬长辈”的态度与患者进行接触。

要善于利用老年人的阅历，让他们自己发挥，可以提高他们的自信，早日恢复他们的机能。

(2) 利用老年人喜欢说“现在”和“过去”的特点，少专注于“将来”的事情，这样，病人会很乐意与你交谈。同时，也易于发现发病的原因。

(3) 由于年岁高，老人遇到太多的苦难和挫折，心理多呈现出抑郁、孤独、丧失信心的特点，所以当矫治时，尽量要给予患者关心、同情、支持、使交谈在一个亲切的气氛中进行。

(4) 老年人一般各方面都成定型，不易改变，反应方式也固定。因此，治疗时，要依据原有特点，使其能适应环境的变化，以期达到矫治的目的。

(5) 不可低估老年人的潜在能力，只要方法适当，提供关心和支持，他们常常能够发挥其潜在的能力与丰富的经验，来解决自己的问题。重新适应生活。

3. 老年人常见的心理障碍治疗老年人的心理障碍，大部分应归因于退休后凄清的处境，因此，对老年人的治疗，不仅仅局限于患者本人，还要改善周围的环境，如生活环境，人际关系等等。

(1) 离退休综合症离退休前，许多人勤勤恳恳，为自己的事业奋斗，一旦从工作岗位上退下来，往往会有许多感慨。常因工作解除，生活清闲而感到空虚与乏味，余热无处发挥而郁闷，另外，许多同事也不再来往，不免有世态淡凉的叹喟，于是便开始有失落感。继而怀旧，沉缅于往事之中不能自拔。性情也易急躁和发脾气，对任何事情都不满。

一般而言，事业心强，争强好胜者发病率高：平时交游很广的人很少患病；女性要较男性适应得快，较少患病。

为适应这种变化，老年人应尽早安排离退休做什么活动，学会消遣。另外，老年夫妇要常进行交流，在各方面取得共识，密切配合，共度晚年。

(2) 黄昏恋的苦恼据统计，目前，我国已有近1亿60岁以上的老人，占全国人口的80%。其中丧偶老人约占老年人口的36.6%有许多丧偶老人有再婚的愿望。

究其原因，主要有两个：一是尽管物质生活上有保证，但精神上没有依赖，寂寞、孤独笼罩心头。二是丧偶老年人中绝大多数仍有性的要求。

尽管如此，很少有老年人能实现自己的愿望，主要是因为：子女阻拦。有相当一部分丧偶老人的子女，只顾自己而不顾老人，怕自己脸上无光，对老人的要求横加干涉。另外，旧的传统观念仍在作怪，认为老人再婚有失风化，晚节不保。

老人自身思想的束缚。尽管老年人有再找一个老伴的需要，但往往受传统道理观念的影响，认为老人再婚会受到社会的指责，怕人笑话。

社会条件不够。由于长期历史的原因，老年人再婚问题一直没有得到社会的关注，社会没有为老年人再婚创造足够的有利条件，不仅没有专门的老年人婚姻介绍所、而且老年人的活动场所也比较少。

物质条件不够。许多丧偶老人由于劳动能力的丧失，不得不靠子女赡养，再婚需要的条件如住房很难得到满足。

尽管受到诸多的限制，老年人的再婚是符合生理和心理规律的，因此、应该得到社会的广泛支持，从思想上根本破除旧的观念。

当然，即使再婚了，仍会有很多的烦恼。但是，只要婚前作好应付一切的思想准备，婚后夫妻双方共同努力，加上社会大气候的转变，再婚后的生活会是美满幸福的。

(3) 老年人失眠症的治疗许多老年人，由于日常生活规律的改变，加上精神的失落和孤独，不少都患上了失眠症。表现为整天昏昏欲睡，心烦意乱，精神不振，并伴随心慌气短、出汗等植物性神经功能紊乱等症状。临床实践

经验告诉我们，对于老年睡眠障碍，过多服用安眠药有害无益，一般采用下面两种方法，效果效好。

刺激控制指导疗法。这种疗法的治疗目的，就是帮助老年人形成一个稳定的睡眠规律，在有些患失眠症的老人中，可能有的从来就没有使自己形成一个稳定的睡眠规律，即上床时间和起床时间没有规律性。有些人把一些非卧室的活动电带入卧室，导致卧室的概念模糊。

刺激控制指导就是通过控制各种影响睡眠的不良刺激给予必要的指导，来增强睡眠提示，并把睡眠提示从其他活动提示中分离出来，即建立一种除去旧条件反射，而建立新条件反射的过程。

也就是说，卧室里除了睡眠，其他的活动不应在卧室中进行，但对于住房紧张的老人来说，可以采用下面的疗法。

渐进性放松训练。这种方法也是治疗失眠症的有效心理疗法之一，最早是由美国生理学家雅可布杭提出和发展起来的。

操作方法：病人在安静环境下采取自己舒服的姿势，按照指导语反复进行“收缩——放松”的肌肉训练，每次收缩肌肉 5—10 秒钟，然后放松 30—40 秒钟，训练的指导语如下：

- A. 做 3 次深呼吸，达到完全放松，每次呼吸要持续 5—7 秒。
- B. 紧握你的右臂，慢慢从 1 数到 5。然后很快放开右手，体会放松的感觉；再次重复一次，把注意力集中在手转、手掌、手腕和前臂的紧张和松弛上。
- C. 弯曲你的右臂，使右上臂紧张、松弛、再紧张、再松弛，注意放松后的温暖感觉。
- D. 重复第二步，换成左手。
- E. 重复第三步，换成左臂每日做 1—2 次，一次大约 20—30 分钟，其中 1 次要在睡前床上进行。

若治疗期间，患者细心观察病情的变化，详细记录、一方面便于与治疗前比较，一方面可以给自己正强化、加速治疗的进程。

第十九章 从典型案例来看诊治

在我国，心理治疗起步较晚，但正在为越来越多的人所认识。我国的心理治疗工作者正面临着这样一种新的趋势——各种治疗方法趋于整合。因此，面对国外众多的理论学派与治疗方法，正可以集各家之长，在自己的治疗实践中扬长弃短，发展出适合我国国情的心理治疗方法来。事实上，由于没有像西方的治疗家们深受某种学派的影响，我国大多数心理治疗工作者在实践中正是本着“注重实效”的匡则开展治疗工作的，并不拘泥于某一种理论和方法，只要这一种理论方法对患者的治疗能取得一定效果，那么不管其理论基础与来源，而是拿来使用。由此看出，我国的心理治疗家们大多顺应了这一综合心理治疗的发展趋势。

下面，我们摘录了采用综合心理治疗方法使治疗取得成功的若干典型个案，以此来说明我国心理治疗的现状及发展趋势。

病例一：女性秀发的魅力

患者，男 25 岁，军于，大学文化。因多次在公开场合偷摸、剪取女性头发而被批判处分，由领导陪同前来接受心理治疗。患者出生于干部家庭，独生子，父亲较少关心自己，其母严厉而专横，动辄罚其“睡可怕的黑屋”。自幼胆小，畏缩、性格内向。从记事起喜欢与小女孩玩耍，当女孩哭泣时抚摸其头发会引起愉快的体验。8—9 岁时偶与邻居女孩共睡一床产生想摸对方身体又不使其发现的念头，试摸其发未被大人或对方发觉，感十分“好玩”。初中以后，常情不自禁地借故抚异女生头发以至引起对方反感。考入军校后学习优良，唯迷恋女发变本加厉，凡看到梳理整齐的女性秀发便激动不安，常常不能自控地要设法触摸。在拥挤场合，偶尔触及女发或嗅及其香气亦激动不已，并多次携带剪刀外出，在触摸之后偷偷剪下珍藏，一旦恋发欲念出现便取出抚异、嗅吻即感满足。因夜间潜入女室剪取头发被捉拿外分。每当抓获，患者均了认自己行为丑恶、追悔莫及。但除对头发之外否认任何其它欲念，自己也不明白为何竟将获得女性头发视为“最高欲望”，每次“行动”时均感紧张、心慌、冲动，伴有阴茎勃起但从无排精。抚发感到性满足后又自责和悔恨，然而一遇机会又欲罢不能，交女友后，对方也发现上述反常，劝其接受治疗。

治疗者经全面检查，结果表明思考发育良好，坦率，健谈，且求治心切。神经系统检验无异常，智商测定较高，性格偏外向。

在对病情进行分析的基础上，治疗者拟定了详细的治疗计划。具体治疗过程如下：

1. 领悟疗法：首先通过回忆并分析幼时生活事件与日后行为的关系，使病人领悟到恋女发行为的来源，指出单纯从恋女发行为中获取性快感而不伴有任何性接触意念和行为系性心理障碍，由于母教威严使幼儿期对男女性别的好奇心未受到正确引导，继后触摸女发的愉悦感与青春期萌生的性意识结合的体验经过多次重复形成条件反射替代了正常的性心理，从而顽固地表现为恋女发习癖。病人了解了正常心理与变态心理的区别后，意识到恋物是一

种变态与不成熟的性心理表现。

2. 厌恶治疗：第三次诊疗开始，治疗者先生采用三种厌恶疗法：（1）胶圈法：产生恋发欲念时弹击束在患者腕部的橡皮圈，连续弹击直到欲念消失。开始每日出现 5—6 次，弹 50 次左右可消除，坚持一周后，只弹 3—5 次便抑制了，有时遇到“机会”，只要一想到胶圈常能迅速打消行动念头，但欲念仍常出现。（2）联想厌恶疗法：引导患者追忆过去在众目睽睽之下受责备情景，联想将来对家庭、后代、个人前途影响。二周后患者开始将集存多年的发束分批烧毁，但仍保存了一束“费了很大心机从理发店偷取的精心梳理好的头发”舍不得焚毁。强调此发获得并未冒犯她人，故从内心厌恶不起来。

（3）反馈厌恶疗法：病人遵医嘱将最后一束头发带来就诊时，医生面对病人送来的发束说：“这束你所谓最美的秀发，凡是见到它的人都判定是死人遗物，它将使人联想到的是血污和恶臭”。再将发束交还病人。此次就诊后，患者述说恋发欲念骤减，偶然再现，一想到医生的话，犹如闻到发霉气味，感到恶心，多次遇“机会”而未动心，深感自信和轻松。

3. 暴露疗法：患者恋发欲念虽已然基本打消，但仍尽量躲避公共场所。唯恐旧病复发，故第六次治疗起要求病人恢复正常社交，外出时默念：“我是一名有文化有理智的军人，我情趣高尚，女性秀发是文明社会人体的一部分，我尊重自己，更尊重她人。”偶而接触社会环境和女性时，必要时可用胶圈法加强。患者严格坚持默想用胶圈。第七次诊疗时高兴他说：“现在见了女发只有欣赏的目的，而毫无接触欲望？对过去的一切感到无聊”。由于坚持行为疗法，终于最后摆脱了多年的恋女发癖。

诊断分析

恋物癖属于性心理变态，多见于男性。有关恋物癖个案的报道，其对象多为偷窃女性乳罩、内裤、丝袜等贴身的物品。本文患者较为独特，他以窥视、抚摸女性头发获取性满足。治疗者综合运用了认知领悟疗法、厌恶疗法和暴露疗法使治疗取得了成功，在治疗方法的选择上，主要以患者的问题作为依据，遵循了“注重疗效”的原则。

病例二：你的眼神里没有秘密

患者，女，20 岁，大学二年级学生。主要症状是不敢与男同学对视，害怕异性注视自己，导致恐惧、紧张，无法在人多的场合呆下去。在高度紧张与恐惧的折磨下，决定接受心理治疗。以下是患者对病情的自述：

我在高三上学期发生了一件事：在一节数学课上，突然感觉身边的男孩子在看我，扭脸一看，果然他在看我。于是我心里就感觉他一直在看我；再看，他并没有看我。此后，我总是不由自主地看他。确切地说，我几乎和他没有说过一句话，但彼此间可能有一丝好感。我怕再这样下去他会认为我轻浮，我就和别的同学换了桌，但这样的心理一经形成了，就好像是条件反射，只要自己身边有人，就不由自主地偷看别人，一点儿都控制不了自己。我生怕别人知道我的秘密，会对我进行各种猜测和攻击。每天我都被这种恐惧包围着，神经处于高度的紧张和戒备状态。因在我的意识里，所有的人都知道了我那不可告人的秘密，且都在谈论着我，注意着我，鄙视着我，讨厌我，

远离我。我怀疑一切人的一切话和一切行为。我内心的承受力毕竟是有限的，我的精神已近乎崩溃。

出于无奈，我离开了学校。在家里我收拾了一间只有自己才能走进的小屋，把自己彻底地封闭起来，与外界隔绝。每天制订好学习计划，用学习来充实自己。我在沉闷、枯燥、惶恐中捱到了高考。“上天不负苦心人”，我考取了大学。入学后，我强迫自己的行为和大家一样，以免使别人看出我有病。但每天不能上课，自己在宿舍里睡觉看书，不和别人说话，总是一个人坐着愣神。所幸的是我们这个宿舍聚集了天下善良的女性，她们维护我，帮我隐瞒旷课的事实，尽管她们不清楚我为什么这样，但她们并不讨厌我。

我问题的关键是由于眼神不受自己控制，庄心里造成强大的盲点，这盲点反过来不断地折磨自己。所以如何使我的眼睛正常地接受大脑支配是最重要的。

童年时，我就害怕父亲，总认为他对我不怀好意。一次我在换衣服，他竟然捏我的乳头。上小学时，有两次发现他从厕所门缝往里看我，那时我忘了关门。从此后我便开始敏感起来，只要穿低领的衣服就认为他在盯着我胸部看。平时他也特喜欢抚摸我，亲我，我特别反感，但他对我还是很好，是我单方面对他冷淡，后来实在无法忍受，就跟爸爸挑明了，问他为什么在厕所门口偷看，他大声反驳，说不记得有此事，要有也绝对只是碰巧。我一直以为自己也不是很清楚，不是他错了就是我弄错了。后来，这种感觉又强烈了，又向妈妈说了，妈妈向我保证父亲绝不是那种人。可是，有时候又发觉他是那样的，因为我的两个同学来家，一个挺漂亮，一个挺丑，他就不停地与漂亮的讲话；还有，他坐的时候，有时喜欢把手放在两腿之间的部位上，令人恶心。唉！自己也不清楚。以致我很早熟，对异性既恐惧、厌恶又渴望。一接近他们就特别紧张，但又希望能与他们交往，那时就开始频繁地出现性联想，有手淫的习惯，对异性的性器官很敏感。不敢与人一起看电视、电影。害怕会出现敏感镜头而令自己难堪，不喜欢与别人紧挨着，特别是坐车怕与别人坐在一起（亲人、朋友也一样）。怕别人碰到我，特别是怕碰到我的腿部……

治疗者经过对病情的分析与诊断，最后确诊为视线恐怖症。在此基础上决定采用认知和行为矫正的综合性治疗方法。

在第一阶段的认知治疗过程中，治疗者将重点放在了患者“过敏性牵连”的反应上，向患者指出：是“过敏性牵连”使她失去了自知力，帮助患者认知到：

她的感觉是出于过敏，是自己吓唬自己，其实别人并未注意到她。这种过敏牵连的心理机制是为了躲避他人，而那些莫须有的解释不过是一种借口罢了。之所以要躲避他人（起始主要是针对异性，最后可能泛化为所有的男女），大多数青年男女是出于对两性的需求向往。由于受到传统教育和道德观念的冲击而不得不转为回避和压抑。回避他人是因为自己不好，压抑的积累必然导致异常的情绪释放。其实这些患者都知道不该如此，但遇人则情难自禁，可见它具有明显的强迫特点。而强迫是心理矛盾的病理产物。

在进一步的会谈过程中，治疗者详细分析了患者症状的成因：“其实你和别的女孩没什么不同，她们也有和你一样的思想，一样的感受人间的喜怒哀乐，只不过人家没有你这样自暴自贬。你是心里想着男女，而行为上排斥男女，但又下意识地放纵自己，责难自己。你内心的东西别人无从察觉，

正如你无法察觉别人的内心一样。之所以出现“牵连感”就是出于神经过敏，总担心自己的“秘密”被人知道，自然你不会去说出来，但你“想”眼神会表达出来。其实想与做还是两回事，能想的，未必能做。问题关键是你把自己的感觉同别人的感觉等同起来，你自己讨厌自己，便说别人讨厌你了。为什么讨厌自己？因为自己“邪恶”，想男女之事。其实年轻人谁不想呢？

通过阐明患者不正确的想法与认识，使其明白了导致自己恐怖与紧张的原因。接下来，第二阶段治疗主要采用行为疗法中的脱敏治疗，治疗者设计了一系列令患者感到恐怖的刺激情境，并要求患者按由弱及强的恐怖情境进行亲身体验，治疗者则进行监督、指导。

如此，经过两个阶段近八周的治疗，患者终于克服了恐惧感，在上课过程中已没有任何异样的眼神，能够顺利地与同学老师对视和对话，也不再因紧张而分心，能全神贯注地听讲了。

诊断分析

对这起恐怖症的治疗，治疗者目的在于解决患者的当前症状，消除她的恐惧与紧张感，而没有分析患者的童年经验与当前症状之间的关系。我们认为治疗者在这一点上可能有自己的思考。在选择治疗方法时，治疗者更多采取了“讲求实效”的做法。换作他人，或许会加入分析领悟疗法。不同的治疗者有各自的风格。这一点倒不必强

病例?：恐人症的背后

患者，女，24岁，中学教师。

病症表现为怕见人。从大学三年级开始，见班上男生就脸红，与生人谈话更觉紧张，脸红、心跳过速，语无伦次，怕人看透自己的心思。工作以后怕见同事，连学生都怕看见，讲不了课。为此，单位领导为其改换工作，心理更觉得低人一等，天地不容，不能胜任新的工作。近几个月来，病情更加重了，无论男女、生熟人，甚至连家人都不愿见面，觉得心里有愧似的。曾在市级医院精神科门诊看过病，医院诊断为恐人症（见人恐惧症），系在青春期至后出现，但延滞了治疗。另外，病人最喜欢看《戴尼提》一书，做过大量笔记，但时自己的病症毫无办法，迫切想找个“心理医生”帮助治疗。

对这起见人恐怖症的治疗，会诊前后共进行了三次。每次治疗中治疗者均使用了有针对性的治疗方法。兹将三次治疗过程详细报告如下：

第一次治疗病人自述：儿时很活泼，性格开朗，小学、中学历任学生干部，大学时期也是文艺骨干，但三年级开始出现此症状。初时见男生有紧张感觉，生怕对方盯着自己，以后连同宿舍的人都不愿谈话。工作以后，病情加重，整天低着头走路，喜欢独处，但有一知心女友，什么都愿跟她讲，除此之外，尽量避免见任何人。

治疗者分析：1.病人格无缺陷，过去一直开朗、热情、要求进步。此症状定出之有因。病人能主动提出愿找心理医生治疗，说明求治心切，愿意配合，这是咨询成功的重要保证和条件，是一个好的开端。2.引起焦虑、恐惧、紧张的原因很多，病人没有说明其根源，因此治疗中要想“对症下药”，最重要的是让患者倾吐痛苦，从中找出原因。根据弗洛伊德精神分析学派的心理分析理论，应促使病人回忆过去和幼年的经历，尤其是有关挫折、创伤方面，把被遗忘的创伤经验收到意识中来，找出与现在病像相联系的经历，使

病人易于相信并领悟，症状即可逐渐消失。

在上述分析基础上，治疗者对病人进行了如下指导：

1. 让患者了解这种病症的可治愈性，使其充满信心，密切配合。
2. 明确指出这种症状给病人生活带来的不良影响：使其远离生活、远离人群、孤单无助、生活紧张。
3. 毫不怜惜地指出病人想住院的重要原因是为了封闭自己，逃避现实，这与自身的内在愿望不相符，而且对治疗无益。
4. 告诉病人：根治的关键首先在于搞清诱发这种症状的具体原因。希望其本人更详细地回忆从前的经历，有什么苦痛、挫折尽量都回忆起来。心理咨询人员绝对给予尊重和信任，决不会看不起病人。更不会张扬于外，而是最能理解并帮助病人。

第二次治疗（一周以后）

病人经历自述（经整理筛选）：

1. 5岁时逛商场曾走丢了，差一点作被一陌生男人领走，幸好被母亲及时发现，遭到母亲训斥。
2. 7岁时，曾因为看一男孩小便，被母亲训骂。
3. 大学三年级初恋失败，并为此失了身，从此一蹶不振。特别是在一次自习课上，病人无意中望着一男生背影发呆，被其发现，这个男生（曾追求过病人，但被拒绝）就开了一个玩笑：“你可别移情到我身上哟，我有女朋友了。”病人脸一下子就红了，哭着跑出教室。从此以后，再也不敢看异性，见了异性就低头，产生自卑感，后来渐渐对同性也不敢看了。
4. 家庭环境：干部家庭，父亲对其管都严格，排行老大，父母把所有家务交给她。母亲有轻微幻听。

治疗者分析：病人大胆地表露了过去的众多挫折和打击，说明第一次咨询指导有了效果，病人能够相信治疗者，这就迈出了关键的一步。病人的恐人症状与其幼时及大学期间挫折经历密切相关，应从这里下手给以指导。

在第二次会谈中，治疗者根据病情决定采用分析领悟疗法与行为疗法进行治疗。治疗过程如下：

1. 引导病人正确地看待过去经历，正确看待异性，从自卑的困境中解脱出来，增强自信心。

治疗者重点围绕三个方面启发和帮助病人：

首先，表示很理解病人的痛苦心情，这种经历换给任何人都会痛苦不堪的，但痛苦过后应努力把它变成一笔财富——促使自己清醒地对待过去，认识人生，在今后的道路上走得更好。其次，指出病症的根源：幼时两次挨训经验被深藏在潜意识层里，恋爱失败及受到他人嘲讽诱发以往对异性的恐惧心理，产生了病态症状，并且恶性循环。再次，明确要想解除病症，必须增强自信心，摆脱自卑心理，重新认识自己，认识异性，正视生活中的一切。

2. 采用行为治疗方式。

首先帮助病人学会与恐惧和紧张相对应的两种松弛反应：深呼吸松弛方法和渐进式放松训练。

其次采用系统脱敏法，即用逐渐增加刺激强度消除恐惧心理：完试着和女朋友到大街上看风景、建筑物，然后看人的背影，只看几秒钟就可以，如果感到紧张，就做放松练习。

第三次治疗（两周以后）

病人自述：遵照指导，学会了松弛方法，和其女友去过两次公园，运用深呼吸松弛方法逐渐克服了紧张感，能够大胆地边走边看风景。偶而注视他人背影时，脸红现象消失。心情感到有点轻松了，逐渐不再想从前的痛苦，为此，希望给以更大、更彻底的帮助。

治疗者分析：根据病人情况反馈，说明治疗获得了初步的成功，病人心态得以初步改善。同时，病人急切想早日治好的愿望促使了治疗的进展顺利，这就需要趁热打铁，给予全面治疗。

治疗经过：更进一步地采用系统脱敏法。指导病人由弱到强逐步实施以下方法：1.从看人的背影，到看人的整体。先不要看脸，看身体各部位，适应以后，再看人的脸；先从远处看女人，走近以后移开视线，时间由短（1秒钟）逐渐延长，不要让对方发现，可以从高处（如楼上）往下看。

2.参加聚会、小团体。二、三人即可，最好都是熟人。在一起聊天，让病人验证自己是个正常的人，增强其信心，反复做几周。

3.引生人与之见面。先是同性小孩，然后是同性同龄人；适应后见异性小孩、异性同龄人。每次只见1—2人，每人有一定周期，待适应后再见新人。

4.参加大团体活动。如看电影，比赛、展览、演出及郊游等。

在从事上述活动时，遇到紧张、恐惧时，就做放松练习；如果病人信心不足，就应反复强调自信心的作用。告诉病人：人的心情完全是由人的思想决定的。心理学发现：“如果你哭，你真的会伤心起来。”所以你现在应该笑，不管有没有理由，只要发自内心，你试一试，就会发现自己慢慢高兴起来。第三次治疗以后，病人已经走路不再低头，敢于出入一般公共场合，并能在办公室里正常工作。但在人际交往方面没有明显起色，正在继续努力之中，病人亲属及同事都为其变化感到惊喜，同时也给以关怀和理解。

诊断分析

见人恐怖症是一种常见的神经症，治疗者综合运用了心理分析疗法，放松训练和系统脱敏治疗。行为疗法是治疗恐怖症最为常用的方法。关于这种症状的报道很多，读者可通过比较深入了解治疗技术。

病例四：为何“捏鼻子”才有性快感

患者，男，35岁，已婚，煤矿工人，小学文化，自幼生长在偏僻山区，一岁丧父，上有一姐两兄，其母及姐对患者十分疼爱。童年时代多跟随母亲及姐姐身边，很少与同龄儿童玩耍。

自幼性情孤独，胆小怕事，害羞，怕见生人。19岁参加工作，认真肯干、处世谨慎，为人厚道，社会交往少。

患者自述：16岁时高热不退住院治疗，因拒服中草药而被在场的一位年轻女护士按住脖子，捏紧鼻子强行将药灌下。就在护士按脖子，捏鼻子的时刻，患者突感全身发热，同时有一股从未有过的强烈快感，接着下身流出了粘乎乎的液体。从此，患者经常于独处时有意回想捏鼻子时的情景，性幻想过程中有阴茎勃起并有精液排出。某晚在回想的同时，患者捏住自己的鼻子，立刻产生了强烈快感。几年间患者经常用此手法获得快感。21岁时结婚，婚后对性生活冷淡。当妻子有性要求时，需脑子里想着灌药的情景，才能进行

性生活，婚后患者经常独自于井下用回想灌药并手捏鼻子以达到快感。结婚的第三年某晚因阴茎不能勃起，患者要求妻子用力捏住他的鼻子，就在捏鼻子的同时，患者立刻感觉全身产生了“串电”样快感。患者称这是婚后第一次产生如此强烈的快感。从此患者每过性生活，妻子总要紧紧捏住他的鼻子。两年后，患者又出现在性生活时必须还捏住妻子的鼻子才能有快感。患者说虽然事后鼻子被捏得刺痛，但不这样阴茎便不能勃起。

1992年春，患者因工作的井下发生伤亡事故而感惊恐，但脑子反复出现灌药情景并伴快感体验不减轻。患者对此非常闪疚，既感对不住妻子，又恐对身体有害，便有意控制回想，但事与愿违。因阴茎久勃起影响工作而急躁不安。一年来，患者为此痛苦不堪，曾在妻子结扎后又要求结扎，误认为结扎后可丧失性功能。

治疗者对患者进行全面检查，发现患者无重症精神病症状，求治心切。躯体及神经系统检查无异常发现。心、脑电图正常，智商正常，性格内向，有神经质倾向。

治疗经过：治疗者首先采用“钟氏领悟心理疗法”。治疗过程中。帮患者分析发病根源：患者16岁，正值青春发育期，限于患者平素个性内向，腼腆，极少与同龄异性接触，又缺乏性知识指导，在灌药这样一个特定条件下获得了性满足，使久被压抑的性欲得以释放。经过反复自我强化的性体验逐渐形成了变态的性行为。经过三次领悟治疗，患者开始领悟自己的性行为是一种不成熟的性行为方式。患者称：“原来以为只有这种方式才能达到快感，便乐意去做。”在此基础上又采用厌恶疗法，即安排一年轻女护士捏住患者鼻子灌中草药，在患者阴茎勃起时立即在大腿内侧给电刺激，共做三次。随后采用橡皮圈弹击法作家庭训练。两个月后患者来信说：“我原以为这个怪病没治了，没想到现在基本好了。”随访半年未再复发。

诊断分析

这又是一起比较罕见的性变态行为——受虐症。患者主要以受虐为主。治疗者在详细询问了患者的早期经历后，使用钟氏领悟疗法与厌恶疗法，取得了较好的疗效。

病例五：怎样摆脱强迫观念的侵袭

患者，男，18岁，待业。患者在家中为长子，下有一弟一妹，父母均为工人。从小学习好，对自己要求严格，平时一点时间也不允许自己“浪费”，成绩在班里一直是第一。上初中后一直任班长，很受老师喜爱。初一时家里给买了手表，患者深知家里给自己买手表不容易。

约从初二开始怕手表丢了，常需反复看看手表还在不在。后来家中买了沙发，患者看书时爱坐在沙发上，母亲有时说别坐坏了，以后坐沙发不能看书，最后发展至所有的椅子都不能去坐。初中勉强上完。其后一直待业在家，为看病四处奔波。来访时最苦恼的症状为怕小便失禁，老想要去厕所，但又觉得不该去。越想控制则想去厕所的念头越强烈。尤其是吃饭之后想去厕所。拼命克制不让自己去，结果吃了饭就吐，按胃病治了很久也未奏效。此病状已有3年多时间，什么事也做不了，自觉苦不堪言。此外，其症状还表现在

生活的各个方面：自己是否渴了或者饿了、椅子该不该坐、泡在盆里的衣服是现在洗还是过一会洗等问题需反复想；还要反复检查电灯开关、水龙头开关、门锁是否锁好，腰间的皮带要反复扣、提兜里的东西要反复查、台灯的远近要反复挪动、钢笔帽要反复拧紧等等。与他们交往时，害怕别人笑话自己，认为别人的眼睛都在看自己，所以在别人面前不敢做事情，打扑克也不敢，怕人家说自己笨。曾服用药物半年，患者自述服药时饭后不再呕吐，也能克制一点自己害怕的想法和行动，但停药则症状如前。

治疗者经分析诊断为严重的强迫症，决定采用认识领悟疗法、行为疗法、合理情绪疗法和森田疗法或以人为中心的治疗方法进行治疗。并制定了详细治疗计划：

第一阶段采用认识领悟疗法、行为疗法或森田疗法进行治疗。

认识领悟疗法，分析症状的幼稚性，是以儿童的方式处理成人时期遇到的问题。虽然智力及生理年龄等均已成熟，但情绪年龄不成熟，症状出现时是恐惧情绪占了上风。应下决心使自己从心理上成长起来，不再做儿童心理的奴隶。

行为疗法：采用思维阻断法、矛盾意向法或厌恶法应付其强迫症状。

森田疗法：分析疑病素质、精神交互作用致病的原理，接受自身的各种想法，破除思想矛盾。以顺应自然的态度对待症状，如讲解怕小便失禁又非要上厕所就去上的态度去做，不与之斗争，不去克制，淡化症状。

第二段的治疗采用合理情绪疗法、以人为中心治疗或森田疗法。

合理情绪疗法：帮助患者认识到不是日常中各种事物导致他出现症状的，而且他自身对这些事物持有的不合理信念导致他陷入症状而不能自拔。

例?：“每天上厕所决不能超过两次”，

“坐椅子一定会使自己变得心不在焉”，各种事物一定都会有一种完美的解决办法（如皮带可以扣上让人觉得不松也不紧，台灯可以放在不远也不近的最佳位置）”等等。由改变不合理的信念入手，进而改变不合理的思维方式和绝对的完美主义的核心问题，使患者在人格上产生某种成长。

以人为中心的治疗：在建立良好的治疗关系的基础上，帮助患者对自身进行深层次的自我探索，认识到价值条件作用造成的自我概念对自我经验、体验的歪曲（如“别人一天只上两次厕所，我也只能上两次厕所”）。促进他向着减少价值条件作用的方向探索，使自我概念向着自我经验、体验协调一致的方向发展，实现人格的重整。

森田疗法：帮助患者认识到出现症状的深刻原因在于持有“理应如此”的想法，在于存在要求客观事物按照自身主观想法发生的思想矛盾。要求来访者在积极投入现实生活、认真做应做之事的的过程中，以顺应自然的原理指导自己对待症状、处理事物、积极生活，真正达到一种人格的改变。

在具体治疗过程中，治疗者采用了以认知疗法为主，兼甲其他疗法中的方法技术的治疗方案。前两次治疗给患者分析了症状的成因，讲解顺应自然的原理，重点解决其克制自己下去上厕所带来的苦恼。患者初时将信将疑但按照治疗者所讲道理去做，停药药物，想上厕所就去上，使这一症状基本消失。以后几次治疗均结合具体症状：（1）说明其症状与自己的想法有关，如椅子不会使人一坐上去就变得心不在焉，是自己的想法使自己变得不能集中

注意的；(2) 出现症状时仍应采用顺应自然的态度对待，如坐椅子时又出现强迫观念时应接受自身症状，注意当时正在做的事物；(3) 改变认知：凡事无法十全十美，不要为自己做事划界限、定框框，应按事物的本来规律行事；

(4) 相信自己的记忆与判断，相信自己的能力，看到自己的积极方面。经前后共 12 次治疗，患者的一些主要及常见症状消失或减轻，如最令患者苦恼的上厕所的症状、怕坐椅子、反复检查门锁等现象消失，怕别人笑话自己等问题减轻。在认知改变方面，对个别症状背后的不合理认知有所领悟，但未能从根本上改变其不良的思维方式。因患者来自外地，需尽快赶回原住处，所以结束了治疗。治疗者认为如果条件允许，应对此患者继续进行治疗，直至他有一种更为深刻的认知层次的变化。

诊断分析

尽管本例历经几次治疗，采用了多达 5 种的治疗方法，患者的症状估计未能彻底治愈。这一方面反映出对严重神经症患者治疗的艰难。另一方面则表明：治疗的时间越长，采用的治疗方法越多，不一定治疗的效果就越好。因此如何缩短疗程，用最简捷的方法使治疗达到最佳效果是摆在心理咨询与治疗工作者面前的一个十分严峻的课题。

病例六：莫为小事发脾气

患者，女 42 岁，机关干部。主要症状是在心情不愉快或看到不愉快的东西时呕吐。患者自述在年轻时就得了这个病，经多方求治，但怎么也治不好，一次偶然机会求助于心理医生。在初次会诊时，心理医生听了患者对病情的自述，首先肯定她的病能治好，使病人提高自信心。接下来进一步询问了患者的发病原因和早年经历。患者介绍说：在我 20 岁的时候，连续谈了两个对象，结果都被我以前的女朋友破坏了。只要我与男朋友见面时，那位女友总是千方百计插在中间，使我不能与男友单独活动。不仅如此，她还背地里引诱我的男友与她约会。发生这些问题后，我心中非常气愤和焦虑。心想：连好朋友也能干出这种事，我跟她没完。从此，产生了报复女友的想法。又由于在生活上她曾给过我帮助，不愿一下子闹翻，心里很矛盾。这样，就使得我的心情非常烦躁不安。我时常避开女友。有一次我与男友约会，在一家餐馆吃饭的时候，女友突然又出现在我们中间，并有意向我的男友献媚。当时我既愤怒又害怕，心情非常紧张，发生了呕吐。从此只要想起这件事便呕吐。之后，病情逐渐加重，吃饭时只要一遇到不顺心的事、或者看到不洁的东西，马上就觉得恶心，胃里的东西往上反，随之呕吐。这样，痛苦越来越大，也给家庭成员带来不愉快和厌恶的情绪。我的病已经 10 多年了，多么希望能治好啊！

治疗者听了她对病因的介绍，分析认为：

情绪紧张是引起该病的重要原因。当人的情绪紧张时，胃和食道的运动增强，可出现食道收缩，用 X 光钡餐检查发现，每当患者情绪激动时，食道以下三分之一处可见钡餐有“往上撞”的非推进性收缩。另外还发现该病与性格有明显联系，如性格内向，爱生闷气等，有该病发生的基础，也是该病不断加重的温床。通常这种病没有器质性病变，属于神经性呕吐。治疗应以

情绪调节及心理疗法为主，配合以药物治疗为辅。这样就会逐渐痊愈。

治疗开始阶段，治疗者对患进行解释与疏导治疗。他问：

“您的病是怎么得的？”答：“生闷气”。问：“得了病给自己造成极大痛苦合算不合算？”答：“不合算”。“这样认识就对了！”接着，治疗者简单地讲解了生气与患病的关系，深刻指出：“人生了闷气，如果持续不断，超过个体耐受能力，可导致神经活动机能失调，特别是对肝脏影响最大，其次是影响脾胃消化等。从发病的过程中，可以清楚地看出‘生闷气’对身体造成的严重危害。如果您的能力强，对什么事也不在乎，那么您就不会生病了。这样充分说明，您患病的关键是内因。因此，只要提高对情绪的控制能力，注意保持心理平衡，能就预防或减轻病情。至于过去那些不愉快的事情，应该把它忘掉，头脑里装着它毫无意义。过去在这方面已经有了教训，吃了苦头，今后千万不要再自寻烦恼，自己找罪受。这是治好您的病必须改变的认识。我这样讲，您说对不对？”

患者表示十分赞成治疗者的说法，明白是自己的不良情绪对自己身体造成了严重危害。

接下来。治疗者采用了自我暗示疗法，向患者指出：“保持情绪稳定、心理平静的一种有效方法是自我暗示。什么叫自我暗示？自我暗示就是自己给自己的心理、行为发出指令，要求怎样做，也就是将观念、想法变为行动。比如说，在遇到不顺心的事时，要自己给自己进行暗示：要沉住气，不要生气，不要激动，向困难和矛盾做斗争是人格高尚的表现。急躁没有用，怕没有用，自己不要往‘死胡同’里钻，那是最没有出息的行为等。对待自己的病，要用积极的态度进行暗示。比如，多想自己的病已经好转，症状减轻，呕吐被止住，以后不会再有痛苦等。晚上睡觉时要多想：我现在心情很好，无忧无虑，很快就能入睡，已经很困了，两眼睁不开了等。这些暗示，只要每天坚持做几次，就会促使病情逐渐好转，加快恢复的进程。”

经过一周多的自我暗示治疗，第二次会诊时患者表示自己的呕吐现象已减少了许多，但特别急躁时仍无法制止，针对上述情况治疗者最后决定用行为治疗中的满灌疗法，具体做法是向患者出示一些不洁、容易令人呕吐的东西。如粮食中的老鼠屎、死苍蝇等等。患者看后自然会出现心情紧张、欲呕吐的现象，治疗者此时在旁边进行指导，并指出：“请您不要紧张，这是心理作用。”说明这些东西是自然存在的，用不着发怒或紧张，为这事儿影响身体健康实在划不来，而且是得不偿失的。如此经过若干次满灌治疗，患者再见到不洁物已无反胃的感觉。三个月后患者病情明显好转，呕吐现象被止住，又过了一段，病痊愈。诊断分析

神经性呕吐属于进食障碍，引起该症状的主要原因是情绪困扰。治疗者抓住了治疗的关键，无论是解释疏导治疗，还是自我暗示疗法，主要目的都是缓解病人的情绪问题。情绪问题得到解决，治疗已成功了一半。当然，行为疗法在治愈进食障碍方面也是卓有成效的。

病例七：由失恋引发的抑郁症

患者，男，26岁，大学教师。就诊时患者自述：经常感到疲乏无力，情

绪低落，生活兴趣下降，觉得日子难熬，做事困难重重，总感活着没有意思。在治疗者耐心的引导下，患者追述了病症的起源，经整理如下：

患者于1988年大学毕业后，分在某高校工作。工作认真、负责，人际关系一般。1990年初，始与某女性自由恋爱，恋爱半年后，突然被女方抛弃。为此，患者感到受到很大打击，整日无精打采，情绪低落，渐渐地感到工作很吃力，全身疲乏无力，不愿与人交往，兴趣索然，觉得自己很无能。伴失眠、早醒、多梦，注意力不集中，工作能力下降，觉得活着很累。1990年底被其同事带来门诊接受心理治疗。

精神检查：对于治疗者的问题能够回答，但语量少，语速慢，语音低，对于来精神病院就医感到有顾虑，有求治愿望。治疗者诊断为抑郁性神经症，并制订了治疗方案：（1）认知疗法；（2）精神分析疗法；（3）疏导疗法；（4）药物治疗。

以下是治疗简要经过：

在治疗开始时，治疗者首先采用疏导疗法，与患者建立良好的医患关系，争取患者的信任与合作。然后采用认知疗法，教导病人自我监察，自己改变认知经验。在此基础上，逐步建立有信心的活动程序。再进行精神分析治疗，挖掘症状产生的根源（幼年生活经历：父母离异，父判刑入狱）。同时在治疗开始时，口服小剂量弱安定剂来改善患者的睡眠情况。

经过4个月的心理治疗（共进行12次治疗），抑郁情绪完全消除，工作能力恢复，整个人基本上恢复到原来的样子（指发病前的状态）。经过1年余，情绪稳定，工作能力、生活能力及交往能力均正常，目前正在恋爱。

诊断分析

抑郁症通常是一种非常难治的神经症，严重的抑郁症患者往往有自杀倾向。本例患者病情不算严重，而且求治较早，能与治疗者主动配合，但即使如此，治疗仍持续了四个月，总共12次。对抑郁症患者的医治从有关报道来看似乎总不能缺少药物辅助。本例也不例外。

病例八：是什么导致他在人前排尿困难？

患者，男性，25岁，已婚，干部，汉族，高中文化程度。13年前（12岁）初中二年级时，某次课间与众同学入厕小便，半勃起阴茎感到排尿困难，许久方解出，同学取笑他，自觉难为情。次日，趁厕所无人正准备小便时，突闻数同学谈笑而来，顿感头脑轰地一阵发热，心跳气促，全身紧张出汗，努力仍不能解出，只得装大便蹲下始解出小便。自此以后，有人在身边便解不出小便，紧张不安，只好回避之，或取蹲位小便。13年来均如此无他人知晓。三月前结婚，仍避妻小便。怀疑是手淫搞坏了脑子所致，顾虑会遗传给后代而求治于心理医生。

经数次交谈，治疗者得知患者产生上述症状有其特殊的心理背景：症状出现前两月余，即初中一年级暑假，他常与一同男同学在家做作业，某日，该同学提议扮作新郎新娘玩游戏，同学身体高大扮新郎，他扮新娘，并以布娃娃当孩子，耍一阵后便“上床睡觉，新郎先抚摸他阴茎，勃起伴快感，对方也要他互相抚摸。以后便经常这样，进而达到射精。后又发展为相互口淫

及鸡奸。在上述性行为中，患者多为被动，并觉不好意思，又怕被人发现，曾数次下决心改正，但终不能自拔。相继还频繁自我手淫。在校与女同学接触时也常有阴茎勃起，为此而避开他人视线。排尿障碍便出自于这段生理心理冲突其间。

上述同性间性行为延续到高中阶段，高中毕业后该同学异地工作，患者对之并不强烈思恋。患者参加工作七年来社会适应良好，无神经症等症状。对于女性有爱恋之情，结婚三个月性功能正常，夫妻感情和谐。来治疗前一月，那同学来看望他，又要求上述性行为，患者欲拒绝，但顾于旧情还是接受了。

治疗者在对患者进行了详细的体格检查与测试之后，分析指出：患者青春期出现同性间性行为，分手后对之并无持续性有倾向，随年龄增大而进入正常，并结婚组成家庭，男性生理与心理均无异常，社会适应良好，原同性间性行为确切消失。这种阶段性的同性间性行为，可视为在特定环境中相互借以满足性要求的一种手段，不应诊断为同性恋。其主要症状为特定环境中不能排尿 13 年，伴植物神经症状及回避行为，治疗者命名为“境遇性排尿障碍”，是社交恐怖症中的一种特殊类型。

接下来，治疗者拟定了详细的治疗计划，以下是具体治疗过程：

治疗者首先在觉醒及催眠状态下给患者以三次解释性心理，使之领悟其症结在于少年期间的性满足与道德观念之间的内心矛盾。首先排尿困难是半勃起阴茎对尿道妨害所致，被同学取笑而引起神经紧张，怕再解不出小便而当众难堪，次日趁厕所无人正准备小便时突闻数同学谈笑而来，紧张的神经更加紧张，于是头轰地一阵发热，周身紧张出汗，这情况下尿道括约肌也紧张不能放松，小便自然不能排出。以后取回避或蹲位的方法使这种病态的条件反射长期保留下来。此外，治疗者还强调指出，手淫是青少年期常见的生理现象，不会损害大脑。这种症状仅是功能障碍，不会遗传，通过全身神经肌肉放松，便可使尿道括约肌放松而正常排尿，建立起正常的生理反射。患者对此机理从不理解到接受，并愿意配合治疗。继之，第二步予以一疗程（12 次）生物反馈治疗，训练其学会自我放松技术，掌握克服焦虑紧张的方法。第三步则按照系统脱敏行为治疗原理，治疗者与患者逐步由远及近同站立解小便，经过十余次脱敏治疗，获得基本痊愈，后又鼓励患者主动到入多的公厕解溲。此例治疗先后共历时三月余，未服用任何治焦虑的药而治愈。

诊断分析

上例所提到的疏导疗法以及本例涉及的解释性心理治疗在本书中都没有做介绍，这两种治疗都属于指导性治疗方法，主要目的均在于使患者能够深入了解自己的病情及发病原因，帮助患者提高自信心；同时建立良好的医患关系，树立治疗者在患者心目中的形象，以取得患者的充分信任。

以上我们通过 8 个治疗案例说明了对各种心理疾病的综合治疗。可以看出，每位治疗者都是根据病人的实际情况任意选取治疗方法，只要方法对治疗结果有益就拿来使用。然而，在实践中这种方法的重大问题就在于，治疗者需要掌握所有的心理治疗理论和技术才能适应心理治疗工作的需要。如何针对患者的问题及特点、灵活运用各种治疗方法与技术、以最简捷的方取得最有效的结果，是摆在心理治疗工作者面前共同的课题。因此对于治疗者来说，尽可能地了解每一种治疗理论，学会认识每种方法各自的价值，以及分析治疗者自身的人格特点对治疗过程所造所的影响，都是十分重要的。作为一

名心理治疗的专业工作者，只有不断学习，不断探索，不断自我完善，才能使自己的工作不断跃上新的台阶。不容置疑，今后的心理治疗将更加注重实效，而采用综合的方法与技术开展心理治疗将是未来几十年心理治疗研究与实践的发展潮流。

第四部分 心理咨询

对那些有着心理障碍，但却还没有严重到成为心理疾病程度的人群，就需要进行心理咨询而不是心理治疗。心理咨询对一些不太严重的心理障碍。以及境遇性的心理失调问题可以收到良好的效果。但是，进行心理咨询的心理学家必须具备医学和心理学的广泛知识背景，并进行过严格的培训，目前中国具有资格开业心理咨询的人员寥寥无几，许多热线咨询或门诊咨询严格说来都是热情有余，资格不够。这部分收列咨询案例 17 例，大部分是我国心理咨询权威钟友彬先生所收集的。这部分并且还介绍和收到各类心理测验 19 种。

第二十章 支持性心理咨询

支持性心理咨询也可叫做指导性心理咨询，其内容是一般的指导和帮助。这是帕森斯最早开创的心理学服务。这一内容始终是心理咨询工作的一部分。指导性心理咨询所涉及的问题，大多数是知识性的，不触及人们的内心隐秘和情感。以下面两个例子来看：

例一：孙强的案例

来询者孙强是一个 20 岁的工科大学二年级学生。因一学期以来学习成绩下降求助于心理咨询专家。叙述他的困难如下：父亲是一个有名的工程师，母亲也热心于社会公益活动。他进入大学后便住进集体宿舍，有许多男女朋友。他喜欢交往，爱好体育运动，喜欢歌咏。考入工学院想当一名工程师是他自愿的，他的亲友、老师也都鼓励他从事这个职业。他说，他并没有改变计划。但上学期出了问题。物理课考试不及格，其他学科也仅仅得了 C。他说在学习上发生了困难。每晚学习时间很少超过 45 分钟，只是在临考前，加班学习。

心理咨询专家在和孙强会见中得知，他对许多工作都感兴趣。他成功地通过了工业管理课程考试。过去两年的暑假都是在家乡药店里工作，今年还打算去。

为什么出现上述困难呢？心理咨询专家和他一起做了分析，原因可能有以下几个：（1）离开父母，缺乏独立的能力；（2）学习时间不当、不充分；（3）社会活动干扰了学习；（4）学这个专业不合适；（5）学习能力低。

孙强智力正常，愿意继续学习工程专业，能力尚能胜任。希望学习不再掉队。经过讨论，最后得出结论，成绩不好是由于学习时间不足。经过讨论，最后作出结论，成绩不好是由于学习时间不足。便拟定目标，在本学期末，物理课考试要达到 B，学期平均分要及格。具体做法是：（1）每晚学习时间不少于两个半小时（考试前临时增加时间不在内）；（2）改善学习技巧，可以作笔记、速读等；（3）减少课堂缺席次数，每周不得超过 1 次。

在双方讨论后，孙强采纳了第一项。他自认为学习方法技巧都是好的。

为了做到每晚学习超过两个半小时，做出以下策略决定：（1）到图书馆里去学，减少社会接触；（2）缩短临时为了学习目的与人交往的时间；（3）开始每晚学习 45 分钟，逐渐增加到两个半小时；（4）掌握时间，先订一周计划；（5）要求周围有关的人不干扰他，帮助他完成计划；（6）在学习中采用“放松技术”以除杂念，集中精力于学习，孙强按计划执行。会见 7 次后，孙强认为目标已达到，还学会了用这类计划性方法对待其他类似的问题。

从上面这个例子可以看出心理咨询专家和来询者平等相待，共同分析问题，商量对策，使来询者得到有益的帮助。这样的例子，在我国目前的咨询实践中极为少见。

例二：两名妇女的案例比较

这是两个案例的咨询比较。有两个 38 岁的妇女，都想进法律学校学习，相继来请教心理咨询家。她们希望知道学习法律要有什么心理准备。她们是

否适合于做律师。

第一个妇女已经离婚。她聪明，精力充沛，自己感觉有能力做律师工作，也能理解做一名律师的任务是什么。她来求助是因为不能决定是否需要离开现在的职业，上法律学校是否要做出某些牺牲。他们的爱。她不能肯定自己的选择是否明智。

第二十妇女也想进法律学校，但她的丈夫不同意。丈夫希望她在家照料好两个学龄期的孪生兄弟。她也很聪明，对人有礼貌，曾有过一段时间心情抑郁、孤寂，要上法律学校的想法鼓舞她从抑郁情绪状态中好起来。她没有法律知识，不懂得律师的职责。她从报纸上看到一则新闻，说某妇女学了法律后生活改变了，便产生了想学法律的念头。她来找心理咨询专家请教怎样才能进法律学校，同时还要使丈夫高兴，孩子们健康。

经过询问、分析、结论是不言自明的，第二个妇女不具备进法律学校的条件。

在我们遇到的、为学习问题来求助的案例中，大多数是家长要求对弱智儿童进行鉴定。这些智力发育不全的侈子尽管学习十分努力，也很难通过正规的小学教育。教师嘱咐家长找心理咨询医生进行检查，其目的是要一张诊断证明。这样，老师可以对他们进行特别辅导或劝他们退学。智力发育正常的儿童因学习成绩不好来咨询的极为罕见。大多不是直接因学习不好来求助，而是由于其他行为问题，家长不理解才来请教的。下面就是这样的例子。

一个 50 多岁的祖母到心理咨询门诊求教关于她的小孙女的行为问题。情况大致如下：

她的独生孙女，8 岁，小学二年级。父母都是工人，希望她们的女儿将来成为音乐家。在入学前就为她买了小提琴，请了老师，让她学习拉琴。上小学后，父母叫她每天下课回家后，除了复习功课以外，都必须练习拉琴。父母不在家时，便用录音机把拉琴的实况录下来，以备父母检查。开始还好，功课学习成绩也不错，常得满分。从上二年级，父母发现她在家里没有拉琴，复习功课也少，常用以前录下的录音带来顶替，考试不及格，用上学期的分数册来冒充。父母发现后，狠打了她一顿，并警告她，再说谎还要打。母亲说：“纸里包不住火”，让她等着瞧吧！女孩答应以后不敢再这样做了，还重复母亲的话反正“纸里包不住火”。然而，她在行动上并没有多大改变。考试成绩还是不好，也不认真练琴。只有在父母早下班回家当面督促时才照办。

医生问祖母，孩子一个人在家时做些什么呢？祖母说，近两个月祖母退休在家，发现她的小孙女每天下课后都按时回家，放下书包，即去玩自己喜欢的，做她喜欢做的事。多数时间是画画儿，她画的小人、小鸟和小房子等等都挺像个样儿。祖母曾问她，不快做作业，不拉琴，父母下班回来又要打了。孩子表示不喜欢拉琴。

医生还从祖母那里了解到，这个女孩很聪明，不淘气，近来还学会了用一些谎言来对付她的父母，所以祖母很着急。

在咨询时，没有见到孩子。但可以确定她没有智力障碍，也没有明显的行为异常。她使祖母担忧的一些表现是父母的不良教育方法造成的。他们把自己的意志强加给孩子，不考虑孩子的特长和爱好。孩子无力反抗，为了逃避打骂，只好采取一些防御性行为。当然这对孩子的正常成长是不利的。医生请祖母转告孩子的父母，建议“因材施教”，不让她勉强学习不感兴趣的

音乐，可在她喜爱的美术方面给以帮助和培养。此外，还要改变粗暴的教育方法，使孩子说真话不会受到惩罚，才能使孩子得到正常的发展。祖母很高兴。

几个月后，医生接到祖母的信，说孩子的父母已请人指导她画画儿，很有进步，学习成绩也好起来。

例三：手淫的高中生

男性，19岁，高中学生。由母亲陪伴来求助。

这位青年和母亲都很焦急。母亲说，近一二年来，她发现这个孩子老说疲乏、睡不好、脑子要坏了等等。服中药不但没好，反而更重了。还时常说自己没有出息，自作自受。问他为什么，也不愿向家人说。看到报上有关心理咨询的报道，才来求助。

这位青年要求单独和医生谈话。自己叙述如下：自13岁起，“染上了手淫的毛病”。开始时，一两天手淫一次，起初并没有感到有什么不适。十五岁后，听说手淫过多会伤身体、“伤脑筋”，想到自己已经手淫了好几年，可能“过多”了。以后想控制不干了，但到时候实在控制不了，还要“干”。事后非常后悔，也很害怕，责备自己没有志气。不久，睡眠变得浅了，多梦，不易入睡。越睡不好就越想手淫。次日感到头昏脑胀。便怀疑脑子已经受到了损害。曾到当地医院看病。某中医也说手淫度会损伤身体，恐惧更重了。认为自己已经跌入深渊，改又改不了，恨自己没出息。他说，现在身体虚弱、精神疲惫都是手淫造成的恶果。请心理咨询医生救救她。

仔细询问，病人说手淫次数多数是每天1次，偶尔两次，有时可控制五六天不干，他认为每天1次就是“过多”了，而且已干了好几年。

对于这个可怜的青年，医生花了近两小时给他讲解生殖系统的解剖生理学知识、青春期性生理、性心理的正常变化、精液的成分、精液产生及排泄的生理知识，以及手淫和正常性生活的异同等等。最后指出，手淫本身并没有什么害处，其危害主要在于对它的误解引起的恐惧和心理冲突、紧张和焦虑。在这种情况下，就会出现一些心理、生理反应，如疲倦、睡眠不安等，这和手淫本身并没有直接关系。一个正常发育的人到青春期性腺发育成熟，有性交愿望是完全正常的。没有性交条件，在性兴奋时，用手淫来适当泄欲也是正常的。手淫，男青年几乎人人都有过，女青年也不少见，对此应持“听其自然”的态度。

这位青年来询者说，以前没有听人这样讲，他认为医生讲的有道理。以前看到有的杂志上虽然说手淫无害，但又说，“过度”还是有害的。自己不了解怎样才算是“过度”，所以精神非常紧张，也不愿和人公开谈这个问题。他表示这次听了医生的讲解，得到了许多知识，心理感到如释重负。

三日后接到他的信，说他在北京玩了两天，要回家了。他已经心情舒畅，身上各种不适也消失了。

例四：另一个案例

男性，17岁，高中三年级学生。

1986年由外地来北京找心理咨询专家求助，自诉如下：

幼年时期身体好。自十二三岁时开始对班上一位女同学有好感，以后看到电视中有男女亲热的镜头，即有许多欲念，但能克制。晚上有时手淫。高中二年级时，常和女同学来往。在一起做功课。时常想到“恋爱方面”的事。此时间虽常手淫，但没有什么不适，也没有影响学习。

高三开始，要准备高考，想把时间和精力尽量多用在在学习上。一有性的联想时，即努力克制。但越想克制，越不能集中精力。脑子里老是出现女同学的形象和一些性的联想。于是，便拼命和自己抗争。同时，还听说手淫“过度”有害于健康。不应当再手淫了，但控制不住，总是事后很后悔。后来发展成睡不好觉，吃不下饭，甚至在考试时也联想性方面的事，真是痛苦不堪，恨自己没有出息，“道德败坏”，品质恶劣。找一些品德修养的书看，但大多是一些“套话”，什么“要树立远大理想，集中精力学习”等。还说要控制自己的感情，不要早恋，“杜绝手淫”等等。读了这些书，明白了这类事的危险性，但却不能克制自己。学习成绩逐渐落后，整日萎靡不振。班主任老师建议暂停学习回家休息。在极不得已的情况下，才把真情简单地告诉了父亲。曾到当地精神病院去咨询，医生说是强迫症。服药不见好。经朋友介绍，才来北京求助。

这位青年情绪焦急、向心理咨询医生倾诉时，对有些性联想的细节不愿多讲。希望医生给予帮助，怎样才能克制自己不再手淫。

在和这位来询者接触中发现，他虽然自认为已经有病了，但实际上不过是由于对正常生理和心理现象不了解而产生的恐惧反应。医生花了一小时来讲解人到青春期生理和心理的变化。在这个年龄的男女青少年。联想到性的事，甚至有性交的要求，都是正常的。只要没有不正当的行为，不能认为是道德败坏和品质恶劣。性兴奋时，用手淫来宣泄一下也是可以的。对这个问题应顺其自然，不必过于压制。由于他所联想的问题是这个年龄的人都会有的，因此，不是病态，更不是强迫症。他对医生的解释能理解。

一周后第二次会见时，他说心情轻松多了，还写了书面体会。其中说：“以前对性的生理、心理知识不了解，对这两年在自己身上发生的事大惊小怪。想控制但适得其反。现在懂得了科学道理，放下了负担，顺其自然，脑子里杂念少了，也能集中精力读书了。说也奇怪。胡思乱想少了，手淫后也不感到有什么不舒服了。真没想到变得这么快……。”

例五：第三个例子

男性，17岁，工人。初中毕业。

1989年3月27日首次来心理咨询门诊部求助，自称有手淫习惯已9年，已经造成许多“不良后果”，但还是克制不住，心情紧张，要求指导怎样才能克制自己。

回忆在小学二年级时，和几个要好的男同学互相玩弄生殖器。感到舒服，以后即常手淫。起初并不害怕，但也认为不是好事。母亲发现被子上有“精液”，即荒称是鼻涕。

小学6年级开学的前一天，夜晚连续手淫两次。次日上学感到乏力，全身“躁热”，出汗，感到脸红。怕被同学们发现他手淫了，迟迟不到学校。便责备自己不应在开学前一天“干”。勉强去了学校，从女同学身边走过时，发现她们在注意他。当时自觉脸红，不敢抬头。见了男女同学都不敢讲话，

怕别人看出他手淫而瞧不起他。放学后一个人回家，虽然感到轻松了一些，但认为已经“丢了脸”。以后，为了不让同学们瞧不起他，对班上的事都积极干好，想给别人留个好印象。在一次游泳时，有个同学说他的乳房大，他便注意看那几个要好的有手淫习惯的男同学，发现他们的乳房也大，就认为这和手淫有关。自称原来性格开朗，好开玩笑。从这以后，性格有了改变，不那么活跃了。有时晚上手淫时，心里想着班上某个女同学，次日见了她即不好意思，责备自己太下流了。在课堂上想到女性时，阴茎也勃起，便担心别人会看出来。以后渐渐少接近女同学。那时感到手淫很舒服，并不害怕，只是认为这不是什么光彩的事。当时学习成绩好，外表给人的印象是正派、老实。

1986年，14岁，进入初中。开学前一天晚上手淫两次，次日感到全身无力、“躁热”、脸红。到校后，发现许多男女新同学都在注意他。有的熟同学也不给他打招呼。认为他们都看出他手淫了。以后更和同学疏远了。有一次，老师批评他不稳重，当时没有明白老师的意思。后来想可能是手淫后表现出不安静、不稳重，被老师看出来。由于害怕白天阴茎勃起，便不由自主地注意阴茎，感到阴茎发热。有的同学在他身旁走过说有什么特殊气味，便想到可能是他的阴茎发出的气味、别人都闻出来了。每晚洗会阴部多次，为此很焦急，甚至自己流泪，又怕别人看出他的痛苦表情，说地下流无耻。整日精神紧张，记忆力减退，怕和人接近，甚至在家人面前也感到表情不自然。有时感到阴茎胀痛难忍，曾想过自杀或用刀割去阴茎。

自初中二年级开始，想克制自己不再手淫。办法是每日早起，努力锻炼，见到女同学即低头不看，不阅读有爱情的内容的书刊，不看有性内容的电视，但效果不大。由于身体和精神上的痛苦，多次旷课，受到老师和母亲的批评、恨自己没出息。在学校里发现同学们都不爱理他。感到孤独。

1987年，因搬家到别处，转学到另一学校。起初精神为之一振。不几天又感到阴茎疼痛，烦恼如前。想到多劳动可能有好处，便强迫自己劳动。1988年还参加了体育队，但不坚持活动，时常旷课。老师、家长都认为他学坏了，其实他是不愿把心里苦闷告诉他们。

初中三年级时，曾想用喝酒来摆脱手淫带来的痛苦、反而更苦恼。功课不及格。勉强初中毕业，参加工作，经常感到疲乏无力，头昏脑胀。师傅认为他干活不能吃苦，常指责他。

1988年开始到某医院看病，诊断不详。曾服用奋乃静、安定等药物，并用过生物反馈法治疗，感到心里轻松一些，但仍克制不住手淫。为生理学家、心理学家和医生肯定。应当把科学道理告诉青少年，揭穿手淫和遗精神秘和可怕的假面具。只要不把它放在心上，自然就会有别的更为关心的事占据他们的精力。不但由于恐惧引起的衰弱感会逐渐消失，性格也会变得开朗起来，手淫的次数也会随之减少。因为人的性兴奋也是有周期性的，正如食欲一样。人感到饥饿，吃饱了，也就不想再吃了，经过一段时间到下次再饿时又想吃。性兴奋用手淫方式宣泄后，也会有一段时间的平静，不可能“手淫无度”或“过多”。宣传手淫有害不但不能吓退青年们，反而越害怕，越遭禁，越是有吸引力。日本学者关忠文在他的《青年心理学》（王永丽等译，黑龙江出版社，1982年）一书中，曾引用英国教育家尼尔的一句话“手淫的主要原因就在于禁止手淫”。这句话不是很有道理吗？

因此，建议在向青年们宣讲手淫无害时，要强调“听其自然”这一正确

的态度，不必再加进“过度”有害这几个字来吓唬他们。“过度”有害这几个字如果出现在科学杂志或科普读物上，反而会成为“帮倒忙”的危险信号。青年们会认为连科学书上都说有害，更使他们难以摆脱恐惧了。

因为夫妻性生活不和谐或其他性问题来找心理咨询专家坦率地讲出困难直接要求帮助的人，在我国，近几年来也渐渐多了起来，说明人们的观念正在发生改变。在20年前，有这类问题的人，大多是“苦在心中”，很少有人公开向医生求教。

例六：夫妻性交流的咨询

女性，28岁，工程师。找心理咨询专家求助。叙述如下：她和现在的丈夫相识已五年，在恋爱相处还好，也有过拥抱、接吻等活动。三年多以前结婚。丈夫是政工干部，为人正派。不苟言笑，对他和她的父母都很好，家务事也干得不少。已有一个女孩。认识他们的人都说他是一个好丈夫。但她说，自结婚过以来，内心里却很痛苦。她希望丈夫表现得温情些，但丈夫任何时期都表现挺严肃。工作学习淫。有人建议他找心理咨询医生谈谈。他决心和心理医生谈谈心里话。

这个可怜的青年工人用了近三小时的时间，两次会见，才叙述完他的故事和内心里的烦恼。医生当即告诉他人的性生理和性心理正常发展变化的知识，指出手淫本身并无害处。也不是什么“下流”行为，不必为此责怪自己。由于他缺乏必要的生理心理知识，把手淫看成是道德品质问题，因此加重了心理冲突，出现了身体不适和多疑心理。实际上是自己吓唬自己，自己摧残自己。

我们的咨询客人很合作，认为医生讲的有科学道理，愿意回去仔细想想。

一个月后，即1989年4月27日，他第二次来到心理咨询门诊部，高兴地告诉医生说，上次听了医生的讲解，感到有道理，心情轻松下来。采取“不控制、不压抑、不自责”的态度，情况发生了“根本性的”改变。每周手淫二三次，阴茎疼痛等症状都消失了，手淫后也没有什么不适感。真奇怪，这样一来，脑子灵活了，心情快乐了，体力也增加了。这个结果使他震惊。由于不感到自卑，和人接触也自然了。对周围的事物兴趣也越来越大。自称已经“从压抑的性循环中走了出来。”

这个青年的苦恼不仅在于对手淫的恐惧，还在于出现了一些近似敏感性关系言想的多疑现象，已接近神经症的边缘，但其根本原因是缺少正确的性知识。一旦向他讲清楚，他真正相信了，各种不适感和多疑的心理都很快消失。因此，他不过是一个带着烦恼来求助的正常人，对他的咨询帮助还只限于知识性的指导和帮助。

上面这三个青年的心理困难，在我国青少年中是相当普遍的，对他们的成长影响很大，应当引起家长、教师和医生的重视。对他们咨询的良好效果说明，在青少年中进行正确的性教育是多么重要。人们对于手淫本质的认识，有它的发展过程。在一百多年以前，不论是西方的还是中国的医学家，都认为手淫有害于健康，甚至是一种罪恶行为。经过多年的研究，尤其是现代性学的研究，手淫无害的结论早非常认真，晚上常常读书到很晚才睡。生活不十分积极，更缺少温情。大约一星期才性交一次，像完成任务一样。丈夫性功能正常，没有什么毛病，性交时她也能达到高潮，只是缺少温柔和爱抚。

为这件事她心中很不愉快，但不愿公开向丈夫讲出，常常为小事和他争吵，丈夫能忍让。家里人都说她不好。她并不想离婚，也爱他们的孩子，请教医生怎么办好。

由这位咨询人所讲的情况看来，她和丈夫之间在性问题上显然缺少必要的信息交流。医生决定请她的丈夫来。单独和丈夫交谈，谈到他妻子的苦恼，他竟然就不知道，只知道结婚后，她性格变得容易急躁，常为小事发火。

医生在和他交谈中，了解到他是爱他妻子的，只是“工作忙，聊天的时间少”。谈到妻子的苦恼，谈到性和性生活的有关知识，谈到男女性要求的不同及正常人之间性欲强弱的差异，谈到怎样才能使妻子在性生活上得到满足等等。在谈到性问题时，丈夫表现有些羞怯，似乎觉得这是些生活小事，不值一提。但还是冷静地听取了医生的建议。

半年后，据他们的邻人反映，他俩已经不吵架了，而且常看到两人晚饭后一起出来散步，相处很好。

这次咨询应当称为夫妻双方的婚姻心理咨询。

在婚姻恋爱问题上出现烦恼或处于困境是常有的。这类烦恼的原因是自己意识到的，大多不去请教心理咨询专家。近几年来。我们遇到的，因此类问题来求助的人，多是对某些问题不理解和困惑来请教。他们对所困惑的问题并不隐瞒。

例七：女青年的性心理障碍

一个女青年到心理咨询门诊，希望找一位年龄大的心理咨询医生谈谈，我接待了她。

这位女青年自称已 34 岁，中等身材，相貌尚好，举止庄重，态度文静，很有礼貌。微笑中带有几分隐忧。向医生直言不讳地说，她有一个关于个人问题的事使她困惑不解，不知怎么对待。请心理医生帮助分析解决。她叙述如下：

她今年已 34 岁。从 27 岁起就不断地有人为她介绍男朋友。几年来认识也不少。有的她不喜欢，会见一次就断了。但有几个她颇喜欢，甚至感到很满意，对方也愿意。但相处不到三四个月，“他们就开始动手动脚，摸我的乳房和大腿，甚至还有叫我摸他的阴茎，我感到很反感、讨厌。”于是就分手了。这样不只一个。没想到最近两个月前又认识一个，他 36 岁，也是个“未婚大男”，又是个知识分子，外表文质彬彬，没想到他也这样。她感到“受不了”。她疑惑地问医生。“你说这是怎么回事，怎么都叫我遇上了，难道所有男人都这样吗？”这个女青年挺爽快，讲话开门见山，我也直接了当地问她，“在你喜欢的男友中有没有在认识几个月后就要求性交的呢？”她说，还没有，只是要吻她。我又问她，对方要吻你，你也觉得讨厌吗？她回答说：“那倒不，不过我觉得不应当刚刚认识几个月这样，那多不严肃！”

我们就这类问题互相交谈起来。我发现她确实不是对性问题持冷淡态度，性心理发育是正常的，只是自幼家庭教育使她对恋爱和性问题保持严肃的态度，认为刚认识几个互相还不十分了解，这些男人太心急了，不可靠，也使她瞧不起。在交谈中还了解到，她在中学读书时，曾萌发过对男同学的好感，也曾有男同学表示向她求爱。当时，老师和家长都反复教育她不应过早地恋爱，自己认为也应当如此。对男同学很少接近。上了大学，也有男同

学对她表示好感，也只是一起读书，散步，谈谈心，没有进一步深入交往。男同学也没有过分的举动。毕业后各自到自己的工作岗位上去了。年龄越来越大，感到需要当真地恋爱甚至结婚了。同事们都很关心她，陆续给她介绍了不少人，都像上面所说的，一个也未成。别人都以为她要求太高了，不实际。她委屈地说：“其实我要求不高，只要文化水平相当，能谈得来，身体健康，为人正派就可以了，谁知道他们都那样……”

我再一次问她，在她曾经认识的男友中就没有一个“作风正派的吗？”她说，开始时看他们挺好，挺正派，后来他们都有那些举动，便开始瞧不起他们，只好分手。

我在思索着怎样帮助这个生活作风严肃的姑娘。突然想到一个问题，提出来请她思考：

“这几年别人介绍你和这些男青年认识，目的是什么？”

她沉默了，答不出来，似乎不理解我为什么提这个问题。我进一步问她，她和这些男朋友认识是要他们成为一般工作上的朋友，还是要发展爱情以致最终结婚呢？

“当然是为了结婚，这一点是清楚的。”

“结婚后就成为了夫妻，那么夫妻间的关系都有哪些内容呢？”“一起生活呗！……”

“想到性生活了吗？”

“当然想到了，不过那是婚后的事，婚前应当严肃……我认为婚后也应当‘相敬如宾’，我讨厌那些婚前不严肃的男人和不自重的女青年。”

谈到这里，我们交谈逐步深入了。谈到婚姻生活中，夫妻固然要互相尊敬，互相帮助，共同生活。但这些内容在一般友谊和兄弟姊妹之间都可做到。夫妻间只有性生活是其他关系中没有的，它是不可替代的。夫妻间必须有性的吸引，否则就只能是友谊而不是性爱。如果年龄小，例如双方在20岁以下，恋爱过程发展过快，过早地有性的举动，的确不够严肃。然而，她和男友都已30多岁，尤其是男方，希望早些结婚，对性的要求急了一些，只要不损害对方，也算不了什么不严肃，更不能由此说明他人品不好，何况他们都没有提出来要性交。

讲到这里，她心情轻松了些。我又给她讲了一个真实的故事：

30年前，我认识一个女青年，大学毕业生。经人介绍认识一个男友。此人相貌清秀，举止文雅，对人彬彬有礼。她很爱他。相识一年多结婚了。在婚前一年多的时间里，他一直表现“严肃”，从不主动摸触她的手，更不用说摸她的乳房、大腿和接吻了。她起初认为这个男友为人正派，人品好。结婚后，丈夫对性生活似乎不太热情。以后慢慢地发现，她这位丈夫对健壮的男性有特殊的好感，身上老带着几张男运动员的照片。有一次，她听到一位同事向她反映。她丈夫曾在浴池里摸触别的男人的阴茎，还有抱吻男同事的行为。这才发现丈夫原来是一个同性恋者，他的性爱对象主要是男性而不是女性。和她相识并结婚是因为年已30多岁，迫于家庭和社会舆论的压力。后来丈夫承认在和她性交时，心时想的是他所眷恋的男性。勉强生活了几年，最终还是离了婚。

当我讲完这个故事的时候，这位大龄女青年很高兴。满脸笑容地和我握手离去，连声说“明白了，明白了。”

后为她来信说已经结婚了，生活挺美满。

指导性心理咨询是整个心理咨询服务中最简单的部分。由上面的案例看来，来询者所提的问题都是意识上的，知识性的。这类咨询在我国当前还不多。但可以预料，随着经济改善和提高，对心理咨询的认识和普及以后，会逐渐多起来。

第二十一章 促进性心理咨询

一、概念

促进性心理咨询的服务对象也是正常人而不是心理病人。但重点不仅要
从知识上帮助来询者提出来的问题，而且要帮助来询者深入地认识自己，发
展其适应性行为，使他们的心理成熟起来。同时，可帮助他们作适当地情感
宣泄。

促进性心理咨询是现代心理咨询的主体，是最重要且较难做好的心理咨
询。它不仅要在某个具体问题上助人以知识和技巧，还要助人清楚地、客观
地认识自己，这是较难做好的。在一些经济发达国家中，这类心理咨询服务
也较普遍。但在我国目前，从各地心理咨询机构的报道的经验看来，这类心
理咨询为数都不多。由于这些来询者没有心理疾病的痛苦，他们带着某个难
题来求助一二次，即不愿再来。除了我国人们对心理咨询服务还不太熟悉或
服务水平不高不能满足他们的要求以外，经济上的问题也可能是他们不再来
求助的原因之一，因为到目前为止，心理咨询是要自己付费的。

二、任务和目标

心理咨询可能给来询者哪些帮助，达到什么目标呢？

帮助来询者找出烦恼的深层原因

许多带着烦恼、苦闷找心理咨询医生求助的人大多数不能清楚地知道或不愿意知道他陷入困境的真正原因，甚至把原因归之于外在环境而下能深入了解自己，不知道使他们苦恼的根源恰是在他们内心。心理咨询医生要帮助他们分析，使他们能真正认识到究竟是什么问题在困扰着他们，这些问题又是怎么形成的，这样才能有的放矢地进行帮助。要做到这一点，要使来询者由盲目到清楚地认识引起烦恼的深层原因、认识自己，都不是容易的事，需要心理咨询医生细心地观察和机敏地提问。当然还要克服来询者内心里的阻抗。卡瓦纳指出，“来询者的真实问题被藏在防御抑制和外表症状的深层下面，敏感的心理咨询专家要能用听诊器听到人心的深层部分，把真实的问题提到表层。”揭开表面的假像，露出问题的真实面目是深入的心理咨询最重要、最困难的工作。

例一：冯的例子

冯，男性，27岁，未婚，技术工人。找心理咨询医生求助，诉说近4年来心情总是苦闷，希望帮助解决怎样才能使心情好起来。

医生请他先谈谈自己认为使他烦恼、苦闷的原因，他按时间顺序列举了以下三件事，（1）约在7年前参加工作，当时认真劳动，钻研技术，和他人交往少，受到别人“讽刺和嫉恨”，使他总是压抑着怒气；（2）三年前父亲病死，他和父亲感情很深。因此，受了刺激；（3）两年前托朋友买电视机，对方不但没给买到，反而把他的钱花了1千多，心中不愉快。他说，这几件事对他影响很大，想不起还有别的使他受刺激的事。医生在交谈中提到他的恋爱婚姻问题，他说对这件事并不着急。又说，近四五年来，经朋友介绍相继认识了几个女朋友，但都没有继续好下去，主要是嫌她们太“俗气”、“内心空虚”。他要找一个勤学上进而又美貌的女友，他强调说，在这件事上没有受到过什么挫折和刺激，而且他也不会为这些事烦恼。

医生在排除了抑郁症和其他心理疾病的可能以后，继续和他谈心。慢慢地把上面提到的三个问题弄清楚了。他工始工作不久，和同事们相处不好而心情烦恼、抑郁，但在5年前已经调换了工作单位，对现在的工作环境很满意。父亲去世3年，死的时候已经60多岁。当时他很悲痛，时间一久也渐渐淡忘了。朋友用了他的钱使他生气，但对方答应偿还，即使不还，也已“认倒霉”了，心情已经安定下来。总之，这些使他烦恼、苦闷的问题都已经过去了，为什么几年来他的不良情绪反而越来越重呢？是否还有别的原因在困扰着他呢？

这位青年不得不承认医生的分析有道理，但否认还有别的使他烦恼的事，在医生提示下，他又沉默了一会，承认这几年来，恋爱问题确实使他“伤脑筋”。一想到此事，心理就感到孤寂。经过分析和讨论，最后冯承认这个问题是他苦闷的真正原因。医生问他为什么开始不直接讲出来和医生商量呢？他郑重地说，他没有认识到。因为和几位女友相处时间都不久，而且都是他主动“吹”的，没有感受到失恋的痛苦。他还补充说，“如果我早先清

楚地认识到这是引起苦恼的原因，自己解决就可以了，又何必请假花钱来找心理咨询医生请求帮助呢？”

看来，这位男青年最后的表白是真实的。虽然只来诊一次，但真正使他烦恼的问题已由被表面现象掩盖的底层提到了表面。心理咨询医生不能代替他惧体问题，但相信他会自己解决的。

下面是一个类似的例子。

例二：安宁内心的阴影

安宁，男性，19岁，高中学生，由母亲陪同找心理咨询医生求助。诉说一个月前刚刚高中毕业。从毕业同学联欢会开会前一周开始、感到不明原因的心慌、害怕，心理不安静、烦恼，一直不见好。曾服用镇静药，效果不明显。

母亲报告说、安宁自幼胆小，但自尊心强，不希望别人说他的缺点；聪明，学习成绩好；外貌清秀，老师们都喜欢他。自初中起，不断地有女同学向他讨好，他都看不上。同时也愿意听从母亲嘱咐在上学时不谈恋爱。高中二年级时，有一个女同学主动要求和他恋爱，安宁不喜欢她，便婉言谢绝了。不久，那位女同学服毒了。经抢救脱险后休学在家。女同学向自己的父母讲了这件事。女方家长认为这件事安宁不负什么责任，但安宁却感到心中稍有内疚。这件事的内情，班内同学都不知道，安宁也渐渐忘掉了。高中毕业前，班里同学商量要举办联欢会。那位女同学虽已休学在家，但仍属于这个班级。大家商量也邀请她来参加联欢会。安宁也是班干部、自称在筹备会上讨论并决定这件事时，没感到怎么“动心”。但自从那次筹备会以后，即经常心烦、不安，以致没有能参加联欢会。最后向母亲讲了上述经过和各种不适。

安宁承认母亲讲的都是事实，那正是他向母亲讲过的。

医生问他为什么在决定邀请那位女同学参加联欢会这件事以后，就出现这些心情变化呢。安宁回答说他自己也不知道。

医生在和他交谈中，谈到他的学习、爱好、个性特点和他在班级里的威信等等。他承认特别爱面子，不愿意让同学瞧不起他。最后，医生问他，女同学是向他求爱遭到拒绝而要自杀的，这件事除女方家长外，别人都不知道。如果那个女同学来参加联欢会，在会上遇到他有可能表现出情感的变化。他是否害怕万一因此泄露了秘密，被别的同学尤其是女同学知道了，就会有损他的名声呢？安宁说，他没有想过这个问题。沉默了一会儿，他又承认当时的确有过这个念头。

第二十一章促进性心理咨询·481·经过讨论，他承认不愿让别人知道这件事。当班上决定请那位女同学参加联欢会时，心中有些担心。医生当即指出，事情已经过去，没有担心的必要的。何况事隔一年，对方可能已经平静下来，即使见面，也不会有特别反应，更不会声张出去。安宁点头同意。

3天后，母亲告诉医生，安宁已经心情愉快，和以前一样了。

由安宁在咨询谈话后的良好反应可以证明，他的担心是他心情不安和烦恼的真正原因。为什么在医生提示前不能自明呢？这就是人的精神防御机制在起作用。因为这件事始终是他内心里的痛点，他会自觉或不自觉地避开这个痛苦，而把烦恼的原因推到别处，或自己不能觉察。一旦知道了真正的原因，防御机制取消了，烦恼也就消失。

有的来询者不知道自己烦恼的原因，而在别人看来是很清楚的，给人的印象似乎来询者在有意欺骗自己。

例三：秦老师的嫉妒心

秦老师，女性，41岁，大学教师。

秦老师的丈夫是工程师，50多岁。一年前曾因情绪低、自责、自罪等状况来过心理咨询门诊，被诊断为内因性抑郁症，未进行心理治疗只服用抗抑郁药物，反应极好、迅速康复，工作如常，秦老师这次咨询是因为她自己可能有病了，她认为其丈夫的病是她气出来的，因而有自罪感。

秦老师介绍她的生活和患“病”的过程大致如下：

丈夫家是一个和睦的大家庭。公公、婆婆、丈夫的弟弟和弟媳以及秦老师夫妇都生活在一起。大家的工资都交给婆婆，由婆婆管理全家生活。在当前中国，这种大家庭已经少见，但他们相处却很好。秦老师很爱她的丈夫，她认为夫妻间“不能容纳一粒沙子”。

七年前。秦老师出国学习五年，回国后，发现丈夫和弟媳之间较为亲近。有时在吃饭时，丈夫还为弟媳夹菜。双方关系似乎比她出国前亲密，而弟和弟媳之间关系本来就不太好。因此，怀疑丈夫和弟媳之间有过分的感情。多次追问丈夫，和丈夫“闹气”。丈夫怎么向她解释也不行，以致丈夫在她面前委屈地哭过多次。

一年前，丈夫的抑郁症治愈后，出国学习，她的心情也渐渐好转。最近丈夫要回国了，她又感到心中不愉快，有时想哭，害怕她自己也患了抑郁症。

医生检查后向她指出，她丈夫患的是内因性抑郁症，不是生气引起的。她也没有抑郁症。请她想想，丈夫要回来，她的嫉妒心是否又出现了？病人没有多加思考，坚持说这件事不重要，以前可能是她多疑了。丈夫的弟弟对她夫妻都很好，弟媳也没什么异样。自己已分到房子，不久便和她的丈夫搬到自己的房子里去住。最后表示，既然医生说她没有抑郁症，她就放心了。

一个多月后，秦老师又来到心理咨询门诊。说丈夫已经回国，情绪很好，还在服用抗抑郁药，只是工作忙累。秦老师说，她担心丈夫的病会复发，心理仍不平静。丈夫曾为此安慰她。秦老师向医生说：“我们女人要先解决个人问题才能安心工作……”医生问她所指的个人问题是什么，她说，“婆母性情急躁，丈夫有病，心里老是不安定……”

医生直接指出，这不是原因。因为婆母性格急躁并非最近才如此，丈夫的病早已好并能正常地工作。她所说的这两个使她心情不安定的原因都是借口。实际上，真正原因是丈夫回国了，又担心他和弟媳间会有不正当的关系，她的嫉妒心又复活了。请她认真考虑。秦老师在思索了一会儿后，承认内心深处确有这个担忧。这时，医生才和她共同分析她的担忧是没有根据的。秦老师显然感到轻松了。

以后，秦老师没有再来，没有机会再和她进一步深入讨论她的嫉妒心的根源。她已承认，丈夫和弟媳之间可能并没有过分的举动。丈夫一贯作风严肃，兄弟关系始终融洽。她自称夫妻间性生活如初。她和丈夫分离五年，丈夫性生活得不到满足，弟媳夫妻关系又不太好。因此，她可能推想丈夫与弟媳间可能发生异常的关系，使她过分敏感起来。

这个推论没有得到最后证实。

例四：刘工忽略的症结

刘工，女性，46岁，工程师。找心理咨询医生求教，说她有些问题不能理解，不知如何处理。叙述如下：

刘工的丈夫是工程师，现年48岁。她26岁和丈夫相识，两年后结婚。当时夫妇在两地工作，婚后五年，调在同一城市工作两人虽不在同一单位，但是同行，相处极好。由于丈夫的原因，未能生育。1986年抱养了一个女孩，双方都喜爱。

1995年底，丈夫做胆囊切除手术，术后一个月即上班，很忙。业余时间还学外语，晚上连电视都不看。刘工劝他，不听，反而表现不耐烦。曾为此事争吵过1次，这是以前从未有过的。

1996年1月，即刘工来咨询门诊前约一年时，丈夫到外地出差，2月份回来。一天晚上，刘工和女儿看电视，丈夫表现烦躁，关了电视机。刘工还认为他在开玩笑，即作罢，没有发生纠纷。次日早晨，丈夫突然说对刘工已没有感情、要求离婚，刘工仍然以为丈夫在开玩笑，以后也未再提此事。

1996年4月，丈夫又到南方出差，迟迟不归，比原定日期晚回来22天，也没有写信通知她。丈夫回家后，什么也不谈，只是坚持要离婚，但所提的离婚理由都不能成立。询问为什么要离婚，不再回答。不管刘工如何向他解释都不听，丈夫还指责刘工，说她近三四年以来早就想离婚了。实际上并无此事。

1996年6月，丈夫搬到办公室去住。在刘工出差在外时，他自己回家看望女儿。平时也偶尔来家，对刘工表面上有说有笑。家中有吃的也拿来吃，和以前一样，但不留宿。据说，丈夫在单位里工作和以前一样，没有发现任何异常行为。

刘工对家中出现的这个变化不理解，很烦恼。曾怀疑丈夫精神失常，并单独请教过几个精神科医生、都说丈夫可能精神不正常。因医生未见到丈夫本人，不能确定诊断，丈夫也拒绝去医院。

刘工讲完了她的烦恼。医生问她关于性生活的事，起初她不愿意说，经医生提示，继续地讲了婚后性生活经历。婚后最初几年两地生活，自从调到同一城市工作后，性生活极为和谐，而且夫妻一直在同一被窝里睡觉，双方都满意。但两人，尤其是丈夫，从来不谈论性方面的事。1992年，刘工患子宫肌瘤，切除了子宫和一侧卵巢。以后身体健康状况不佳，心情也不好。同时，女儿也由托儿所接回家住，准备上学。自1993年后，刘工一个人住在小屋子里，让丈夫和小女儿住在另一间屋里。从此以后，性生活极少，有时在星期日女儿午睡时，在丈夫要求下性交一次。1993年春节，刘工带女儿回娘家住了20多天，丈夫一个在家，曾为此表示不满。

经医生提醒，刘工说，在最近要求离婚，丈夫曾向他单位领导谈到性生活的事。领导也向刘工透露过，没有引起她的注意。因为她从来没想到这件事会成为“问题”。

讨论到这里，刘工沉默了一会儿，说丈夫要离婚可能和此事有关。她说，丈夫虽然从来不谈性的问题，但她了解，他对这件事是非常重要的，而且要求较强。在离开诊室时，刘工向医生说：“唉！我怎么从来没有想到这个问题呢？”。

医生嘱咐她找丈夫坦率地谈谈这个矛盾，如果不是这方面的问题而丈夫仍坚持要离婚，可再来找医生商量。

但她没有再来。

帮助来询者增加自知之明，改善人际关系

人们往往对别人的缺点、别人的心理问题看得很清楚，而对自己的缺点和心理困难的真正原因反而认识不清。所谓“当事者迷，旁观者清”。对自己思想作风的优缺点也是如此。在许多复杂的人际关系纠纷中，双方往往把引起矛盾和冲突的主要原因推给对方而看不清自己的缺点，造成心情烦恼。一个人能客观地认识自己、评价自己，并不是一件容易的事，说明“自知之明”之可贵。许多有经验的教育家、政治思想工作者，都会有同样的体会。

心理咨询医生在遇到这类问题时，应帮助来询者清醒而客观的认识自己，当然，这并不是是一件容易的事。

例一：武女士的人际障碍

武女士，1958年生，某图片社业务员。1996年1月，由丈夫陪伴来心理咨询门诊。

武女士一开始就向心理咨询医生说。她心里老是感到苦闷，容易生气，她“心灵手巧”，外貌也好，对人热诚，对工作“过分认真”，而且为人正直，爱打抱不平等等。两年前，一位男上级生活作风不严肃，她提出意见，得罪了他，处处给她“穿小鞋”。还说，有不少同事在拍领导的“马屁”。说她不好，因而使她非常气愤。一个多月以前，这位领导因男女关系问题犯了错误，被降了级。证明她提的意见是对的，心中稍为平静一些。但周围的同事仍不说她的好话，实在使她烦恼，感到无处发泄。最后，她自己评价说，她有“六分思想问题，四分病”。

在病人诉说告一段落后，医生直率地问她，她和同事们的关系如此紧张，曾否想到她自己要负哪些责任呢？有哪些困难是由于自己的缺点造成的呢？她向医生倾吐了这些烦恼，希望医生怎样帮助她呢？是否希望医生夸奖她如何正直来获取某种心理满足呢？

这位个性逞强的来询者否认自己有缺点，把人际关系纠纷的责任都推给别人。

在医生提出上面这些问题时，她的丈夫在旁频频点头。医生征得她的同意请丈夫谈谈。丈夫说，她单位的领导人虽然有缺点，但不像她讲的那么严重。她是业务员，工作也并非十分好，而且“心眼儿小”，和谁都相处不好。为此，领导找她交换过意见，也和她丈夫谈过。而她本人很骄傲，自以为是，心胸狭窄，多疑。只看到别人的缺点，看不出自己的“毛病”。

她3岁时丧父，独生寡母一直未再婚，抚育她长大，非常骄惯。但她长大后对母亲并不关心。结婚后，丈夫在许多事情上都依从她，否则，即“闹脾气”。丈夫认为医生提出的问题正中了她的要害。

在医生和丈夫结合她的生活经历和个性共同对她烦恼的原因进行分析后，她口头上承认，自己也负责任。同时也承认，来找心理咨询医生谈谈，内心深处确是希望得到医生的夸奖和安慰，没有想到医生较多注意的是她应当如何改正自己的缺点。

对于这位来询者一次会见不可能帮助她除掉使她形成人际关系矛盾的原因，因个性是不容易改变的，但可以使她初步认识到在人际关系矛盾中，她本人是负有责任的。

例二：多疑的胡嫂

胡嫂，女性。1987年某日来心理咨询门诊求助，当时已48岁。

胡嫂是由单位负责人送来的。据同事们说，自1979年起，她就经常和别人争吵，性情急躁。1983年某精神病院诊断为“精神病”，没有住院，在门诊检查，服药。领导为了照顾她，分派她做轻工作。人少，安静，没有很多人干扰她。而F却认为领导在孤立她、冷落她。虽能完成任务，但“疑神疑鬼”。单位里的同志劝她找心理咨询医生谈谈。

医生单独会见了胡嫂，她表现得很有礼貌，愿意叙述她的生活、工作经历。年轻时在某杂志社任会计。1963年25岁时结婚。丈夫是“摘帽右派”，夫妻相处很好。“文化革命”中，由于丈夫大的原因，她也被批判，被孤立，心情很不好，只是默默地工作。1979年，国家形势好转，想好好工作，但发现同事对她仍然瞧不起，心中不满，即表现急躁，经常为小事和同事们争吵，控制不住自己烦恼的情绪。1982年又经常失眠，非常容易激动，从而担心自己患了精神病，即主动到某精神病院去看病。而医生和单位负责人了解情况，先让她服用小量镇静药。领导人和医生谈话后，在会上宣布她有病，为了照顾她，调她做轻工作。在新环境里，接触的人少了。以后发现同事们都不理睬她，躲着她。便推想一定是领导在有意孤立她，因而更生气，也就去主动接触别人。记得两年前曾和一个同事吵了架，她被打了，领导没有惩罚对方。联想起来，更肯定领导是在孤立她，欺负她，经常压抑着自己的怒气。月经期情绪更坏。

胡嫂在叙述这些经历时，态度有些不冷静，但讲话有条理。把和同事们关系紧张的责任归之于别人，但也并不完全坚信她自己的推论。医生让她对自己的个性给以自我评论时，她说，自幼聪明，好学，能干，事业心强。承认自己有些多疑。她说，自从结婚后，“一切都不顺利”，非常烦恼，觉得周围的人都和她“过不去”。

对这位妇女进行了精神检查没有发现精神病的现象。她对自己的精神状态很焦急，怕真地患了精神病，愿意遵照医生嘱咐服药。根据她的历史和表现，可以排除精神病的可能。其所以陷于烦恼冲突的状态是由于她个性好强，多疑，不能很好地适应环境造成人际关系的困难的结果。当然，和文化大革命中长期被孤立的经历也有关。医生帮助她分析造成目前处境的个人方面的原因，同时指出，据医生了解，她单位里的领导人确是同情她、关心她的，不能用以前的想法来评价新环境，应跳出个人造成的孤立地位，主动和别人交往，停用一切药物。病人冷静地接受医生的建议。医生也把这个建议通知她的单位领导人，请他们帮助安排胡嫂做正常工作。

3个月后，胡嫂单独来找医生，说她采纳了医生的建议，主动和本单位里的同事接近，发现大家对她都很好，才明白以前自己太多疑了。自己有成见，不能客观地对待和理解别人对她的关心。他说，最近她所在的科室有一任务要到外地出差，天热，别人不愿去，她承担了下来。自称有信心成这项任务。医生鼓励她承担这一任务，并嘱咐她正视自己的具体缺点，主动和人

交往，与人为善，好好完成任务以证明自己是有工作能力的。胡嫂表现乐观。

这个来询者的个性缺点并不突出，但生活中的坎坷经历使她心情抑郁，变得敏感多疑，以致不能清楚地认识自己，不能客观地分析环境，形成人际关系紧张并进入恶性循环。也还能接受医生的咨询帮助。一旦能冷静地分析客观环境，认识自己，便可依靠自己的努力去改善人际关系，苦恼也消除了。

有的来询者为了某些苦恼无法解决来求助，而这些苦恼来自和他们关系密切的人如配偶、父母、子女等。由于双方自己意识不到的原因形成人际关系紧张而无法避开或解决，心理咨询医生就要在自愿的基础上，对双方进行咨询帮助。这就是婚姻咨询或家庭咨询了。

例三：母亲的苦恼

一个 50 多岁的母亲怀着苦恼和疑虑的心情向心理咨询医生倾诉了她儿子近年来的所作所为。儿子的行为使她生气、懊丧、伤心。她很担心儿子是否精神失常了。情况大致如下。

她的儿子小茂，17 岁，高中二年级学生。父母晚婚，婚后两地生活 6 年。小茂随父在北京，小茂的妹妹随母在外地。在小茂 6 岁以后，全家才团聚。小茂的父母都是大学毕业的知识分子。母亲在政治运动中受过冲击，年轻时未能专心干自己的专业，对小茂的培养非常重视。为了增加小茂的知识，订了各种书刊杂志。小茂自幼聪明，好学、听话，不淘气。平时说话不多，但能独立思考，喜欢提各种问题。直到 1983 年小学快毕业时，都是如此。受到老师和亲友的夸奖。

约在 11 岁，小学 6 年级时，母亲发现小茂特别“爱面子”，每次在母亲参加学校召开的家长会时，他都事前守在校门口，反复叮嘱母亲不要在老师面前说他的“坏话”。

1985 年，12 岁。在小学毕业考试中，差几分（数学 100 分，语文 85 分）未被重点中学录取。父母都感到“丢了脸”，并讽刺了他，母亲更甚。自此以后，小茂很少和母亲说话，有时在一起吃饭时，小茂把他在课外读物上学到的知识向父母提问，父母常答不出。小茂便表示蔑视，说父母的知识面太窄。在初中时（14 岁）有一次，因浪费粮食，被父母打了一次。当时小茂不敢反抗，但他握紧拳头，表示愤怒。在此期间，母亲因他晚上多看电视，不抓紧时间学习而多次批评他，他都置之不理。在学校里和同学们的关系很好。有的同学向小茂的父母反映说，小茂常说他和父母之间有“代沟”。

进入高中后，每天下课回家，学习时间少，爱看电视，尤其是侦探和动画故事。不帮助母亲做家务事。喜照镜子。时常因小事和母亲吵架，甚至对抗。疑心家里人翻动他的东西，把抽屉锁起来并做上记事号。有时自言自语，似在骂人。但在生活上能自理，学习成绩尚好。

近一年多以来，老师多次向母亲报告，小茂和几个女同学分别约会去看电影，在班级里影响不好，使一些女同学上课注意力不能集中等等。母亲质问小茂，小茂不理睬。有时说，他将来如有能力，要选 14 岁的女孩多名，培养成才。到她们 24 岁，他 40 岁时才结婚。在此以前只同居不结婚等等，母亲非常生气，认为这些都是幼稚的表现，要不，就是精神不正常。

半年前，正值春天。有一天小茂在家中留下一张字条，说他拿了父亲 × × 元钱，骑车外出旅游，到达某地后会给家里面打电报。果然如此。约一周

后回来，因事前未向学校请假，旷课出走，老师叫他检查，他却满不在乎。同学们都夸他勇敢，是英雄。母亲更怀疑他精神不正常。越是劝他，越引起他的反抗，吵骂，或对父母完全不理睬。

医生在未见到小茂以前，问母亲在对小茂的教育中有什么缺点时，母亲完全否认。认为对他一贯是正面教育，盼望他好，是他自己不争气。医生问，是否由于父母经历坎坷，希望儿子成才，经达中学、大学、研究生，以后再出国深造，成为科学家等，把父母规定的这个计划强加给孩子，而忽略了孩子独立思考，自己选择人生道路的自由呢？母亲承认，并坚持认为她这样做是完全正确的。因此，多次指责孩子不听话，对孩子的行为不能容忍。

和母亲会见几天后，医生单独约见了小茂。这是一个发育良好、衣着整洁朴素、举止有礼貌的青少年。外貌比实际年龄显得大一些。医生和他进行了没有主题的谈话。谈到学习、爱好，他将来的打算等等。问到他和父母及同学的关系时，他说，和同学们的关系很好，但不愿意谈和父母的关系。经医生稍加解释后，即自动叙述个人的经历、个性以及和父母的关系。情况如下：6岁（父母调在一起工作）后，才开始和母亲共同生活，感情不深。自称他成熟较早，8岁时对班上一个女同学有好感，晚上常常想着她，但从没有和别人讲过。12岁时，又喜欢另一个女孩，也只是把想念“闷在心里”。小茂说，他从小就不愿把心里话随便告诉别人。11岁开始写日记，记下心里想的秘密。大约在13岁时，有一次母亲批评他不听话，无意中露出一句话：“你看你日记里都写了些什么！”这时才知道母亲偷看了他的日记，对她极为反感，以后开始痛恨母亲。在学校里出了什么事包括考试成绩都不愿告诉父母。小茂说，他自己应该有独立权和隐私权，而母亲却处处想向他“渗透”，因而从内心里反抗她。母亲希望他下课后即回家读书，少看电视，而他偏不愿这样做。小茂分析说，母亲当年在大学里是高才生，毕业后不久被划为右派，经历坎坷，未能得志。有虚荣心，嫉妒别人。为“捞回面子”显示她自己，满足“控制欲”，才对儿子百般控制。这些都使他经常憋着气。半年前他自己骑车远游就是为了发泄，小茂承认曾经讲过与女友同居不结婚这类话，说他赞成这种做法。小茂还表示不太恨父亲。父亲有时承认他的“独立权”，不过于控制他，而且父亲在事业上有成就。小茂表示对自己学习很重视，成绩一直很好。他主张不应局限于学校里的课程，应该泛阅读，得到广博的知识。

精神检查没有发现小茂精神异常。医生直接告诉他，他的精神是正常的。人很聪明，容易接受新事物，这也是年轻人的特点。但他才不过17岁，生活经验少。对社会上许多复杂的事还没有经历过。不能体会成年人的心理。对这一点小茂点头表示同意。医生问他对他的母亲了解吗？小茂当即表示当然非常了解。医生直率地否定他的说法，指出他根本不了解他的母亲。如果真像他所说，母亲自私，自己不得志而对他控制、“渗透”，而且不怀好意，为什么还在生活上照顾他，为了他那些令人不解的行为而发愁，焦急，并向心理咨询医生求助呢！要知道，不管孩子年龄有多大，在母亲眼里，在她心中。永远一个不懂事的孩子。管得多些、说话嗦些是可以理解的，母亲们大都如此。但她们没有理解到达青春期的孩子要求独立、要求保留隐私的欲望。过多的关心反而引起孩子们的逆反心理。父母子女间的这类矛盾是常见的，尤其是在社会变革时期，从他母亲的感情表现和行为来看，不可能有恶意。这一点等他长大以后有了孩子便会明白的。当然，父母根据他们过了时

的观点、用他们规定好的教育模式强加给孩子是有缺点的，但要理解她们。

小茂对医生的话表示理解和感谢，说以前没人给他讲过这些。

医生又单独和母亲会见，指出父母对他们这个聪明的孩子要求独立思考的心理不理解，仍然用对待几岁的孩子那样，过多地要求他照父母的意愿办事，因此形成感情上的冲突。建议父母尊重他的意愿，只要不明显错误的行为不必过于干涉，更不要再为一些小事嗦了。起初，母亲不同意医生的意见，愿意抱着试试看的态度勉强答应不再过多地干预他儿子的行为。

两个月后，母亲反映说，小茂已不再吵闹了，对母亲虽不那么亲热，但可主动讲话了。家庭气氛逐渐好起来。这时，她自己才明白以前的做法确实错了。

从这个家庭咨询的例子中，可以看出亲子关系矛盾也像许多人际关系一样，大都由互相不了解，对自己不了解造成的矛盾，其中主要是对自己不了解。小茂和母亲矛盾的初步解决固然和医生的指导和帮助有关，但最主要的是在医生的提示下，双方对自己增加认识 and 了解。调整了自己，才能了解和理解对方，使关系和谐起来。这是促进性心理咨询的主要任务之一，即帮助咨客了解自己，成为对自己进行帮助的咨询专家。

帮助来询者面对自己的心理困难

许多人遇到难以解决的困难问题并为此烦恼，但由于种种原因不敢直接面对它，长期不得解决。有些人际关系和性问题就是如此。

在我们接诊过的来询者中，由于性问题引起的烦恼并不少见。但大多数来询者不直接讲出来。他们希望心理咨询医生帮助他们解除烦恼的情绪但不愿医生触及内心的矛盾，至少在咨询开始时是如此。他们之中有的可能不完全清楚地认识到成问题是使他们烦恼的真正原因，有的实际上是在欺骗自己，不敢正视自己的困难问题。

例一：羞于启齿的性问题

阿莲，女性，28岁，农民。由丈夫陪同来心理咨询门诊求助。

丈夫说，阿莲近几年来老是烦恼，容易急躁，有时哭，每逢节假日情绪更不好。问她为什么，她也说不出原因。在当地医院看了，医生诊断为神经衰弱，服过中西药都不见好。朋友建议她来北京找心理咨询医生求教。阿莲的所说和丈夫相同。她说，老是感到心情郁闷，自己也不知道为什么。

体格检查正常，也没有发现精神病现象。征得丈夫同意，单独和来询者会见。她叙述生活经历如下：

阿莲家住在某小城市郊区，是菜农户。幼时体健，曾读过初中。24岁结婚。丈夫在城市照像馆当业务员，已有一个女孩。丈夫工作地点不太远，和他一起工作的伙伴都是每周回家1次。丈夫也可以这样，但他常替别人值班，让别人回家。阿莲承认丈夫老实，节俭，把工资和奖金都托人带给好，但他很少回家，节假日也这样。她说一个人在家，家务事和照料孩子都由她负担，很累，心里老是烦恼。给丈夫提过几次，情况没有改变。

在医生和她交谈过程中，提到夫妻性生活问题，起初，她不愿多讲，说这方面没有什么问题。经医生提示后，承认丈夫性要求不高，在这件事上从来不主动。她在性生活上从来没有感到满足过。有时和关系密切的女伴谈到这类事，听到别人生活如何幸福时，便感到心烦。她说，为这件事离婚是不

可想象的，所以一直闷在心里。在向医生公开了她的秘密以后，谈话也不吞吞吐吐了。

医生问她，既然知道这个问题使她烦恼，为什么还要找心理咨询医生求救呢？阿莲说她在和医生谈话以前，并没有想到自己心烦全是这件事引起的，也不愿意承认是这件事引起的。

再单独会见丈夫，丈夫承认自己害怕性交多了会影响健康。阿莲性要求较强，他只好经常通过少回家来躲开她。

医生向他讲述性生理和性心理的知识，指出，和谐的性生活不但不伤害身体，反而可使双方身心健康。丈夫没有完全表示同意。医生建议他夫妻公开交流意见。

这对夫妻以后没有再来复诊。

在我国当前，大多数妇女仍耻于公开谈论性问题，即使在夫妻之间也是如此，这是有其历史根源的。这位妇女来咨询以前没有或不愿意把她烦恼的原因完全归之于性生活不和谐，并设法解决，这是可以理解的。实际上，她是在不自觉地欺骗自己。她的丈夫对性生活有许多误解，如不能解决、他们的婚姻迟早是不稳定的。

例二：家庭暴力的后面

秋菊，女性，32岁，工人。

秋菊22岁结婚，丈夫也是工人，已有一个小女孩。丈夫性格粗暴，时常打骂秋菊。有时手臂等处被打伤，伤口大，流血，甚至需要外科手术缝合。她的朋友、亲戚都为她不平、劝她离婚，为此事也曾到妇女联合会控告，都未能解决。在她25岁时离婚。一年后复婚。情况没有改变。秋菊受不了丈夫的虐待，不久即又离婚。未及一年，双方第二次复婚。她的亲戚、朋友对她不能理解，不再帮她出主意。有一次她又被丈夫用木棍打伤头部，经外科手术缝合，终于第三次离婚。

第三次离婚后，她曾交过几个男友，都不满意。最近又和原来的丈夫联系，想第三次复婚。丈夫表示改过，而秋菊担心丈夫脾气不会真改变，也怕朋友们瞧不起她，来找心理咨询医生商量。

医生问她，经过几次反复，最后还是离了婚，也知道丈夫的脾气不可能全改变。既然如此，为什么不另找对象结婚，还要自找苦吃呢？秋菊犹豫了一会，说，丈夫虽然性格粗暴，也并非经常如此，有时也很体贴她；他不嗜烟酒，生活节俭，把所有的经济收入都交给她，而且手巧，会干活，也能家务事。离婚后又想念她。

据秋菊所报告的情况分析，可以断定丈夫不是施虐症一类的性变态者。

医生对此表示无能为力，这一切要由她自己作主。同时问她，和丈夫已三次离婚，现在又要第三次复婚，是否还有什么内心深处的原因没有讲出来呢？秋菊迟迟不答。即将和医生告别了，她讲出了一件事。原来丈夫虽然性格粗暴，但除了上述一些优点以外，就是他能使她性欲得到满足。她承认她性要求较强，丈夫更强，双方在性生活方面非常和谐。离婚后也曾向要好的女友打听，她们的丈夫都不如自己的丈夫。认识了几个男友，也不满意。她想，再找一个像原来丈夫那样的对象恐怕是不容易的，才想请教心理医生今后怎么办？

这个来询者最后讲出的理由是真实的，内心深处的，也是不愿意轻易告诉别人的。由于这个难以出口的原因，就不难理解她为什么一而再、再而三

地离婚又复婚了。

医生只好请她面对这个问题和原来的丈夫进行谈判，解决。

从这个例子可以看出，有些来询者自诉是某种处境或某个人的受害者，希望别人给以安慰和鼓励。但当别人出主意帮助他摆脱困境时，他们又不积极采纳别人的建议，包括心理咨询医生的建议。这时，有经验的心理咨询专家不会为假像所迷惑，而是细心观察、了解这些来询者的内心动机，才能真正给以帮助。在外国也不乏这样的例子。卡瓦纳就曾举过一例（Cavanagh, 1982）。

一个妇女向她的朋友们倾诉她的丈夫每天晚上都是喝醉酒回来，使全家遭殃。朋友们十分怜悯她，给她出了不少主意，提出了不少办法来解决这个难题，她都不采纳。原来她是有意地给丈夫方便叫他喝醉酒回家，其内心深处的动机是拒绝性交并能和孩子在一起。丈夫喝醉酒回来倒头便睡，她就可以逃避这个醉鬼的干扰，避免性交，也保护了孩子，使孩子能依赖她，还受到社会的同情和称赞。

由此看来，帮助来询者面对自己的心理困难，也不是件容易的工作。

帮助来询者独立思考，促使心理成长

有的来询者自幼依赖父母，没有养成独立处理自己问题的习惯，因而不敢面对生活中的困难，不能照自己的愿望独立自主地加以解决，尤其是在婚姻恋爱问题上。形成心理矛盾和冲突。这时，心理咨询医生应帮助他们发挥自己的潜力，面对现实，独立思考，使自己成熟起来。

由于父母观念陈旧，在儿女婚姻问题上，把自己的意志强加给儿女，在当代中国，这类问题虽还存在，但已经极为少见了。

如果有的来询者存在这类问题，心理咨询医生更应劝他起来反对父母这种违法行为，独立自主地解决自己的婚事，不过，这已不完全是心理咨询份内的工作了。

例一：过度依赖的晓雪

晓雪，女性，27岁，未婚，助理工程师。

1989年2月由父母陪同来心理咨询门诊求教。父亲是某研究所的研究员。父亲单独时报告说，晓雪自幼性格老实、听话，母亲对她照料多。晓雪什么事都要问母亲，从不自己作主。有一个妹妹，相处还好。父亲认为她长大后反而变得“不懂事”了。例如，3年前，母亲患肺癌做了手术，全家都为母亲的病担心，但近年来，晓雪却一不高兴便向母亲“发脾气”，为这件事，父亲曾打了她一次，当时她已24岁。1983年（22岁）大学毕业后参加工作。每天下班后回家，平时朋友不多。1985年，家人介绍她和一男青年相识。父亲认为这个男青年“一表人才”，人品也好，父母都满意，而晓雪却不主动和对方约会。有时男友来家。晓雪还骂他讨厌，老说男友“不主动”。晓雪曾向母亲说，和他初相识时，一起出去玩，遇到男友的一个伙伴，男友不加介绍，让她一个人先走开，他单独和那个伙伴讲了几句话。晓雪认为男友不尊重她，以后就对男友不好了。父亲认为晓雪性格变得急躁，不知是否心理有病了。

医生单独会见了晓雪，晓雪对医生有礼貌，愿意叙述和男友相识的经过。谈到父亲一定要她和这个男友要好时，突然流泪，她说，和男友初次见面时，

印象还好。但相处了几年，发现男友“不主动”，很少主动约她出去玩，也没有说过亲热的话。她承认在男友出差在外地期间曾多次写信给她。但她总是觉得心理不满足。和男友在一起时，不感到心情舒畅。由于父亲老是从中撮合，使她很痛苦，不知如何是好。在谈话中，不讲男友“不主动”是指什么，经医生询问，承认双方相识几年了，男友从不主动拥抱和亲吻她，而她感到有此需要。

医生问她，既然不愿意和男友好下去，为什么不说明白，还要犹豫不决呢？晓雪说，她以前不论什么事都照父母的意见办，这次恋爱父母都积极促成，而她内心里却不同意。但她不愿意使父母亲不愉快，只好拖着，有时实在烦恼了，便对母亲发脾气，事后觉得后悔。

这个女青年在幼年期间显然对父母依赖太多，成年后还不敢有独立行动的勇气。晓雪对她性格的这一弱点并没有完全清醒的认识。医生鼓励她主动约男友谈心，如真不爱他，应当机立断，不应再拖延，也免得使对方痛苦。

最后医生向父亲建议，晓雪已经 27 岁，不是小孩子了，婚姻问题应由她自己作主。

父母都接受了医生的建议，但以后没有再来。如果能再会见几次，使她能清楚的意识到在幼年期过度保护对她的影响，可能在心理上会更快地成熟起来。

由上面的叙述和案例分析看来，促进性心理咨询不同于一般的指导和帮助。心理咨询医生不能仅仅根据来询者提出的问题表面上给以知识上的帮助，包括教给他们各种放松技巧以对付情绪上的紧张和烦恼，而是要找出使他们处于困境的真正原因，把它们由不完全意识到或不愿意识到的原因从内心深处提到意识的平面上，要他们面对困难，自己寻找解决办法，包括认识自己，改造自己。事实上，正如人本主义心理学家们所说的那样，人人都有向上发展的潜力，也就是说，只要能清楚地认识到使他们烦恼的真正原因，总是能靠自己的力量，用自己的方式来解决的，也只有自己才能解决。这也就是人的适应功能。心理咨询医生的任务就在于帮助来询者认识自己。

第二十二章心理咨询中的心理测验

心理测验 (Mental test)，又名心理测量，是一种对人的心理和行为进行标准化测定的技术。

随着社会的发展、文化教育和科技事业的进步，许多领域需要能力和个性等方面的各种测验，以便为教育、职业和临床等部门提供可靠的辅助工具。心理测验在因材施教，各类人才的培养和选拔，在心理障碍和智力缺陷的客观诊断及精神疾病的早期发现、治疗效果和愈后评定，在鉴定工作效益和心理发展状况，在促进自我认识以扬长补短等方面都是一种有效的工具，并将越来越多地发挥作用。

心理测验广泛地应用于心理咨询中。

一、心理咨询中的心理测验

测验的意义

心理咨询过程中，常常使用心理测验，其目的是为咨询者提供所需的信息资料和决策参考意见，即一是鉴定，二是评价。

1. 心理鉴定

咨询中，鉴于来访者的情况，咨询员认为有必要作心理测验，以鉴定来访者的智力、人格等。有时也可能是来访者或他人所提出。

测验量表中，智力测验常被用于诊断智力落后，包括智力损伤和个人适应困难（如学生的适应不良、学习困难等），对于智力落后者的鉴别是促进心理测验发展的原动力之一；也可用于鉴别脑损伤、精神障碍及其它病理状态引起的智力衰退、智力缺陷等。

人格测验广泛地运用于鉴别和诊断各种类型的人格障碍，并对精神病、神经症、性变态等作出诊断。

某些临床测验既能对生理健康状态亦能对心理健康状态作出鉴定；某些测验对诊断焦虑、抑郁等精神状态很有帮助。

2. 心理评价

评价来访者的心理发展水平、心理健康状态以及心理特点是心理咨询所要涉及的一项工作。通过测验和评价，促进来访者更深入地了解自己，从而扬长避短，取长补短，有针对性地改变自己，发展自通过智力测验，可评价出人的智力等级；通过对儿童的智力筛选（如弱智儿童和超常儿童的筛选），可以提供有针对性的培养教育的咨询意见；它对评价儿童已达到的发展阶段、人们在学习和能力上的差异等也有很好的参考价值。

人格测验对个体人格类型及特点等作出评价，从而为人们的择业择偶、心理保健和个性完善等提供帮助；特殊能力倾向的测验（如音乐、绘画等能力倾向）、非智力因素的偏好兴趣测验、性格气质测验等心理测验项目，常运用在各部门的人才选拔、工作安置、专业培训和对人们进行的专业选择、就业指导、预测学习成就等诸多方面，发挥其评价、咨询的功能，为决策当好参谋。

心理咨询中，心理测验有助于帮助判断来访者心理问题的类别、程度，以及个性对心理问题的影响，有助于帮助了解来访者的个性特点，以便更好地沟通，提供有针对性的咨询帮助。不能不分时间、地区、年龄、性别地乱用。

第三，测验时，主试者应以认真、耐心、友善、愉快，自然的态度对待受试者；尊重受试者，保护受试者的合法权益（包括个人隐私权）；消除受试者对测验的恐惧或怀疑，使受试者对测验持认真、如实、放松、自然、合作的态度。

测验的解释

测验分数如何解释和主试人的经验、心理测量学的知识、素养很有关系。一方面应对所做的测验（包括常模的代表性、信度、效度、难度等）熟悉；另一方面对被试者的情况（如文化程度、职业等）有所了解；此外要结合当时测验的具体情况，如有干扰、被试有无情绪波动和躯体不适等来作分析。如，同为智商 IQ85，对一个小学文化的人来说，可认为是中等智力水平，而对大学毕业的人来说，IQ85 则意味着被试可能因疾病而智力有所减退，属中

下水平，因为智力和文化水平有关。

测验结果的解释是一项技术性很高、责任性很强的工作，稍有不慎，就可能产生不良后果。

1. 解释不当的危害

一般来说，告诉被试的应是对结果的解释而不是简单的一个分数。如，不是简单告之 IQ 分是多少，而是告之描述性的成绩水平，如属于中等还是良好或优秀。尤其智力测验的结果很容易遭到误解，认为智力是天生的、不可改变的，测出的智商终生不变，有些人会因此而背上包袱。智商低者，悲观失望，自卑自怨。认为自己不会有出息，即使再努力，也是有限的，从而自暴自弃；而知道自己智商分高者，也可能因此而自高自大，目中无人，以为自己比别人了不起，可以躺在高智商上睡大觉。因而智商的解释是严肃而科学的事，切不可随意地贴标签。

临床量表的分析亦如此，不能因为来访者的抑郁分、焦虑分或其它量表分高些，就简单地地下结论：你有抑郁症，你有焦虑症，你有神经衰弱……如此是极不负责任的，是不符合心理卫生要求的，也是不符合心理测验理论的。

某一量表分高，只是提示有这种可能性，有这种症状，但并不必然，因为受制约的因素很多。比如做测验时，若来访者正面临大考，焦虑分势必比平时高些，即使超出临界线也不能贴以焦虑症的标签；若失去了亲人或面临大的挫折、损失，情绪会低落、消极，从而抑郁分上升，但不能说一定是抑郁症。

如何鉴别、诊断是一门科学、切不可乱贴标签，不然危害甚大。因为贴上标签者会产生自我暗示，有时没病会发展为有病，小问题会变大毛病。尤其是与精神病有关的内容，更应慎之又慎，不然有可能致人于死地。

有些来访者不懂或容易误解，如神经症、精神疾病都可能被误以为就是精神病。哪一者分高些，就以为有这方面的问题，因此对缺乏这方面知识的来访者作解释时，应注意用词通俗易懂，同时又注意科学性。

人格测量亦如此，如不谨慎，会使来访者产生暗示，认为自己就是这样一个人，连心理测验都证实了。有些人相信“江山易改，秉性难移”，从而会不自觉地强比人格等方面的待质，并为自己某些言行找到个性根据。

艾森克人格问卷（EPO）中的 N 分（神经质分）常使一些高 N 分的来访者误解，认为自己是神经质的人，而他们对神经质的理解又常带有自己的曲解，把这看成是可怕的、羞耻的，为此背上沉重的心理包袱，心事重重，惶惶不安，结果有可能变成真正的神经质。

一位来访者经 Y-G 性格测验，属 B 型性格系统即非法行为型。由于没加以很好的解释说明，他只知道自己属于有犯罪倾向的非法行为型者，为此，他一天到晚提心吊胆，走到哪儿都惴惴不安，生怕自己一不警惕会有犯罪行为、非法行为。这都是解释不当导致的。

有些测验涉及到对才能的评判或对未来的预测，若解释不当会影响一个人的一生。反之若善加使用，也可鼓舞一个人，促进一个人的发展。

一个学习上还不错的工科大学生在做兴趣测验后发现自己文科上有发展前途，便开始对工科不感兴趣而转去看文科的书，选上文科的课，可转系不成，为此耽误了学业，成绩受影响，情绪变得易暴易躁。

卡特尔 16 因素人格测验中。有 4 个实际应用的人格因素，如从事事业而会有成就者的人格因素，创造力强者的人格因素，在新环境中成长能力者

的人格因素等等。对这些分数的标定、解释需要有对人负责的精神，需有解释的艺术，不然贻害无穷。

一个曾获奖学金的大学生不愿再学习了，因为他的测查结果表明他的事业成就低于他人，他失去了信心；一位自认为自己可以搞点小发明小创造并亦有新成果的青年，发现自己的创造力并不比他人更高时便鸣锣收兵了。

2. 如何评价测验结果

问题的复杂性在于测验的结果并非是百分之百的正确，因为测验结果与测验当事人的心理状态、认真与否、对题目的理解程度以及主试人处理结果是否无误、对分值的理解是否完整、是否有经验等一系列复杂的因素有关，只要其中任何一个环节出现漏洞，测验结果就会出现偏差。即使没有漏洞，由于测验在理论上和方法上都存在着有待完善的地方，故亦不能简单认为测验分数对于人们的能力和人格等提供了非常准确可靠的指标，测验结果只是提供一种参考意见，而非结论。

测验结果也不是一成不变的，一方面，两次测验时的不同心理状态会使结果不同。比如，虽然个性是比较稳定的心理特点，但也很容易受情境及个人心境的影响，同一问题，在不同情境下，会有不同的反应；即使如智力测验，有些来访者起初不懂如何操作或没听懂主试人的话或一时马虎等因素都会使智商分降低，但这并不代表其真实的智商，在另一个场合下，或许会有更好更准确的智商结果。另一方面，人的个性、智力、兴趣、能力等是个发展的过程，并非不可改变的。

测验的复杂性及结果解释的严谨性告诉我们，务必对测验持严肃、灵敏、科学的态度，否则危害甚大。

在我国，目前心理测验有被滥用的危险。一些未经训练的、缺乏心理学知识和心理测验技术的人大量地使用测验。更有甚者，以此赚钱，结果产生了一系列明显的或潜在的危害。

心理咨询工作人员是心理测验的主要使用者之一。使用中应把测验结果与观察、面谈、了解、实验等方法获得的结果进行综合判断。测验只是一种辅助性的工具，切不可把自己的判断完全建立在测验的基础上。

有时来访者自己提出要做测验，或者来访的主要目的之一是做测验，则咨询员应对结果细心解释，和来访者互相交流对结果的看法，提供咨询意见，帮助来访者认识自己，扬长补短，更好地发展。

测验的保密

这里所指的测验保密有两层意思：一是对测验材料的保密，二是对测验结果的保密。

测验量表不能随便外传，不然会影响结果的真实性，同时有可能引起滥用。因此，量表一役尖由专业人员控制。

测验结果的保密也是一个伦理道德问题，涉及到保护来访者（被试）的隐私权益。例如，任何一种智力的、能力的或成就的测验都可以显露出一个人技能、知识上的某种限度和不足，而这并不一定是被试愿意透露的。这在人格测验中就更为明显。一旦被试者感到不安全时，其测验结果就会不真实。

同一个分数，同一个术语，在不同的人那里可能会有不同的含义，若不谨慎地对待测验结果，结果外露，就可能引起一系列麻烦。曾有一校的心理测验结果被班主任知道，班主任发现其中一同学的心理健康分偏低，大为重

视，一而再、再而三地找这个同学谈话，发动同学们帮助他，结果弄得他十分痛苦。其实他的心理健康分只是比平均水平低些而已，而好心的班主任这样做只会损害他的心理健康，损坏心理测验声誉。

测验的误用

我们发现，目前一些心理咨询、心理测验人员在使用心理测验时存在着不正确的或值得商榷的观念和做法，包括：

1. 以经济为主要目的

比较而言，测验比咨询的收费高、耗力少、时间短、方便易行。一个测验的收费从几元至十几元不等，因此有些人借此来增加经济收入。有些心理咨询机构的服务项目变成了主要是做心理测验。

2. 以此提高权威性

有些咨询员借来访者对心理测验存在的神秘、迷信依赖心理，运用测验来提高自己的影响力，对此应适可而止，一旦过分就可能有失偏颇了。

3. 代替询问、判断

有些咨询员一遇来访者，首先就让对方做一个或几个测验，其中有一个目的是为了代替自己的询问、判断。这种省时省力的做法有背于心理咨询的宗旨。心理咨询的基础是建立在咨访关系上的，离开了这一点，或许就不能称为心理咨询了，充其量是一种门诊服务。更为重要的是，测验不能代替询问。

4. 未经必要的培训

目前，运用心理测验中的相当一部分人未经正规的心理测验培训。因而在对量表的理解上、在实施过程中、尤其是结果解释上常会存在这样那样的不足。这样就可能使结果不准，甚至损害来访者心身。

心理测验将会越来越多地运用于心理咨询中，成为其重要工具之一。为此端正对测验的认识及做法也就变得非常必要。

二、智力测验

智力测验 (Intelligence test) 用于测量智力的高低。包括瑞文推理智力测验、比奈—西蒙智力测验、斯坦福—比奈智力测验、韦克斯勒系列智力测验、韦氏记忆测验、丹佛发展筛选测验、格瑞汉—肯达尔图形记忆测验、等等。

比奈智力测验

比奈智力测验，过去使用的是比奈—西蒙量表 (Binet-Simon Scale)，1905 年制定。现在世界上一般使用 1973 年修订的斯坦福—比奈量表 (Stanford-Binet scale)。国内有经吴天敏于 1981 年第三次修订出版的中国比奈量表。

由于比奈量表采用比率智商，即智力年龄 (智力所达到的年龄水平) 与实足年龄之比。有其严重的局限性，不能应用于实足年龄 16 岁以上的成人，因为年龄与日俱增而智龄则不是，故与原智龄假设不符 (即认为人的智力是随年龄增长不断发展的)；另一方面，比奈量表规定 $IQ = 100$ 为正常， $IQ > 100$ 为智力水平较高， $IQ < 100$ 为偏低，但比率智商没能说明被试者在他的同龄人中，智力是正常、中等还是愚。韦克斯勒智力测验

韦克斯勒智力测验 (Wechsler test) 为美国韦克斯勒 (D. Wechsler) 于 1939 年起开始主持编制的系列智力测验量表。此测验是目前世界上应用最广泛的智力测验量表。该量表已由我国湖南医科大学龚耀先等主持修订完

毕。

韦氏智力测验属一般能力的智力测验，所测的一般智力是多种能力的综合。本测验用离差智商代替了比奈测验中的比率智商，前者指被试的智力成绩和同份组被试平均成绩相比较后得出的相对分数。另一方面，该测验包括了言语量表和操作量表，这样就能较好地反映智力的整体和各个侧面。

韦氏智力测验共有三套，分成人（WAIs，16—74岁），儿童（WISC-R，6—16岁）、学龄前期和学龄初期（WPPSI，4—6岁）三种。其分值含义见表22-1。

韦氏成人智力量表包括11个分量表，即言语量表6个：常识、理解、算术、相似、背数、词汇；操作量表5个：填图、积木、图片、排列、图形拼凑、数字符号。

智力测验的应用

智力测验应用十分广泛。可用于智力评定，如用于超常儿童的发现，诊断智力落后或由脑损坏、精神障碍以及其它病理改变引起的智力衰退等，以及常人的智力测定和智力咨询。

智力测验常用于临床诊断，如神经症和精神病的临床辅助诊断以及司法鉴定等。

智力测验常用于教育心理咨询，如预测学业成就，因为在智力测验分数和学校学业成绩间有一定的相关，但非智力因素对成就亦有很重要的影响。

此外，智力测验可用于职业心理咨询，对职业选择提供参考意见。

三、人格测验

人格测验 (Personality test) 以测量人的需要、动机、态度、性格等为目的。包括爱德华个性偏好测验 (EPPs)、矢田部—吉尔福特 (Y-G) 性格测验、卡特尔 16 种因素个性测验 (16PF)、明尼苏达多相人格测验 (MMPI)、艾森克人格问卷 (EPQ)、加州心理测验 (CPI)、罗夏墨迹测验、主题统觉测验 (TAT) 等。

除了上述的标准测验外，咨询中还常用气状 60 题、内外向 60 题等。它们方便实用，可以自测自评，也比较符合实际，对于粗略了解一个人的内外向或气质类型很有帮助，因而受到咨询员和来访者的欢迎。

明尼苏达多相人格测验 (MMPI)

明尼苏达多相人格测验 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) 是美国明尼苏达大学教授赫兹威 (Hathaway) 和莫金利 (McKinley) 于四十年代初期编制而成的自陈量表，是目前世界上用得最广泛的人格量表之一。在国内，该量表已由中国科学院心理所宋维真主持修订完毕。

该量表共有 566 个自我陈述式项目 (其中 16 题是重复的)。与临床量表有关的题目集中在 1—399 个题目内，400—566 题与另外一些研究有关，故有时测验只做 399 题。

MMPI 包括 10 个临床量表和 4 个效度量表 (又名校正量表)，其含义见表 22—2。

现在，MMPI 不仅用于变态人格、精神病的诊断，还扩大到正常人，如人格类型的鉴定、心理健康状况的判别等。

表 22-2MMPI 量表分含义

the Basic MMPI Scales”, James N. Butcher, 转自宋维真、张瑶主编 (心理测验)，科学出版社，1987 年版。)

10 个临床量表虽冠之以各类精神疾病或变态人格的名称，但正常人在某个分量表上分数增高，并非一定说明此人有精神病，只是说明该受试者有该种人格倾向。

MMPI 由于题目较多，故测验耗时亦多 (一般为 45 分钟~60 分钟，若文化程度低可能超过 2 小时)，结果处理比较复杂 (若手工处理更是麻烦)，收费亦高，加之测验内容多偏临床，故一般多用于医疗部门。

随着 MMPI 使用的日益广泛，它已由原来的 14 个量表发展到 400 多种量表，其中经常使用的研究量表有：

A (Anxiety) 焦虑； R (Repression) 压抑； MAs (Manifest Anxiety Scale) 外显性焦虑； ES (Ego Strength) 自我力量； Dy- (Dependency) 依赖性； Do (Dominance) 支配性； Re (Social Responsibility) 社会责任感； pr (Prejudice) 偏见； St (Social Status) 社会地位； 10Cn (Control) 控制；等等；在使用以上各研究量表时，必须做完 566 题。

有的研究者根据题目内容进行分类，建立起各种量表，称为内容量表

(Content Scales)。使用较为广泛的是威金斯(J.s Wiggins)建立的内容量表,其中包括13个分量表。各量表名称如下:

- HEA (Poor health) 健康不佳
- DEP (Depression) 抑郁
- ORG (Organic symptoms) 躯体症状
- FAM (Family problems) 家庭问题
- AUT (Authority conflict) 权威冲突
- FEM (Femine interests) 女性兴趣
- REL (Religious fundamentalism) 宗教迷
- HOs (Manifest hostility) 明显敌意
- MOR (Poor morale) 缺乏信心
- PHO (Phobias) 恐怖症
- PSY (Psychoticism) 精神质
- HYP (Hypomania) 轻躁狂
- SOC (Social maladjustment) 社会适应不良

内容量表多用于健康人。在使用时必须取得受试者的合作,如果受试者不愿暴露自己的问题,或企图给人好印象,在回答时就很容易作假。

卡特尔16因素个性问卷(16PF)

美国伊利诺州立大学卡特尔(R.B.Cattell)是著名的人格特质论的心理学家。他经30多年的研究,用因素分析法确定了16种人格因素问卷(16Personality Factor Inventory, 16PF)。我国辽宁教科所李绍衣、第四军医大学刘树发等人先后开展了修订这一量表的工作。

16PF共计187题,要求用“是”、“否”或“介于两者之间”作回答。16PF每种因素分数高低的意义及重要性,有赖于其他各因素分数的高低,或全体因素的组合方式,切忌孤立地、片面地看待每一人格因素。现将各因素的名称及分数高低的意义分述如下(其中,标准分T=8为高分、T=3为低分):

1. 因素A 乐群性:高分者外向、热情、乐群;低分者缄默、孤独、冷漠。
2. 因素B 聪慧性:高分者聪明,富有才识,善于抽象思维,学习能力强,思维敏捷正确;低分者思维迟钝,学识浅薄、抽象思考能力弱。
3. 因素C 稳定性:高分者情绪稳定而成熟,能面对现实,以沉着的态度应付现实中的各种问题;低分者情绪激动,易烦恼。
4. 因素E 恃强性:高分者好强固执,独立积极,通常自视甚高,自以为是,可能非常武断,时常支配不及他的人,反抗有权势者;低分者谦逊、顺从、通融、恭顺。
5. 因素F 兴奋性:高分者轻松兴奋,随遇而安,通常活泼、愉快、健谈,对人对事热心而富有感情,但是有时也可能过分冲动,以致行为变幻莫测;低分者严肃、审慎、冷静、寡言。
6. 因素G 有恒性:高分者有恒心、负责,做事尽职,通常细心周到,有始有终;低分者苟且敷衍,缺乏奉公守法精神。
7. 因素H 敢为性:高分者冒险敢为,少有顾忌,敢作敢为,有时可能太粗心大意,忽视细节;低分者畏怯退缩,缺乏自信。
8. 因素I 敏感性:高分者敏感,感情用事,通常心肠软,易受感动,有时过分不讲实际,缺乏耐心与恒心;低分者理智,重视实际,自恃其力。

9.因素L 怀疑性：高分者怀疑、刚愎、固执己见，通常多怀疑，不信任别人，与人相处，常斤斤计较，不考虑别人的利益；低分者信赖、随和、易与人相处。

10.因素M 幻想性：高分者多幻想、狂放不羁，通常忽视生活中细节，以自己的动机、兴趣等主观因素为行为的出发点；低分者现实，合乎成规，力求妥善合理。

11.因素N 世故性：高分者精明能干，世故，通常处事老练，能冷静地分析一切，近乎狡猾；低分者坦白、直率、天真、朴实。

12.因素O 忧虑性：高分者忧虑抑郁，甚至沮丧悲观，时时有患得患失之感，感到自己处处不如人，也缺乏和人接近的勇气；低分者安详、沉着、通常有自信。

13.因素Q 实验性：高分者通常喜欢考验一切现有的理论与事实，而予以新的评价，不轻易判断是非；低分者保守、尊重传统观念与行为标准。

14.因素Q2 独立性：高分者自立自强，当机立断，能够自作主张，独立完成自己的工作，不依赖人，也不受社会舆论的约束，同样也无意支配或控制别人，不讨厌别人，也不需要他人的好感；低分者依赖、随群附和。

15.因素Q3 自律性：高分者要求自己严格，言行一致，能够合理地支配自己的感情行为，为人处世总能赢得别人的尊重，有时有点固执；低分者矛盾冲突，不顾大体。

16.因素Q4 紧张性：高分者经常缺乏耐心，心神不定过度兴奋，时常感到疲乏；低分者心平气和，闲逸宁静。

16PF 不但能明确描绘 16 种基本人格特征，还能根据实验统计结果所得的公式，用有关量表的标准分数推算出多种可以形容人格类型的次元因素。

1. 适应与焦虑性 = $(38 + 2L + 30 + 4Q4 - 2C - 2H - 2Q3) \div 10$

式中字母 L、Q、Q4、C、H、Q3 分别代表相应量表的标准分数，所得分数即代表焦虑性之强弱。低分者生活适应顺利，通常感觉心满意足，但极端低分者可能缺乏毅力，事事知难而退，不肯奋斗努力；高分者并不一定有神经症，但通常易干活动、焦虑，对于自己的境遇常常感觉不满意，高度的焦虑不但减低工作的效率，而且也会影响身心健康。

2. 内向与外向性 = $(2A + 3E + 4F + 5H - 2Q2 - 11) \div 10$

低分者内倾，通常羞怯而审慎，与人相处多拘谨不自然；高分者外倾，通常善于交际，不拘小节，不受拘束。内外向性格无所谓利弊，须以工作性质为准，例如，内向者较专心，能从事较精确性的工作；外向者适于从事社交和商业工业，而对于学术研究却未必有利。

3. 感情用事与安详机警性 = $(77 + 2C + 2E + 2F + 2N - 4A - 6I - 2M) \div 10$

低分者情绪多困扰不安，通常感觉挫折气馁，遇到问题需经反复考虑才能决定，但平时较为含蓄敏感，温文尔雅，讲究生活艺术；高分者安详警觉，果断刚毅，有进取精神，但常常过分现实，忽视了许多生活的情趣，遇到困难，有时不经考虑，不计后果，便贸然行事。

4. 怯懦与果断性 = $(4E + 3M + 4Q1 + 4Q2 - 3A - 2G) \div 10$

低分者人云亦云，优柔寡断，受人驱使而不能独立，依赖性强，因而事事迁就，以获取别人的欢心；高分者常独立、果敢、锋芒华露、有气魄，常常自动寻找可施展所长的环境或机会，以充分表现自己的独立任职能力。

此外，16PF 还有 4 项应用型的人格因素，如：

1. 心理健康者的人格因素

心理健康状态几乎是一切职业及事业成功的基础，心理不健康者，其学习及工作效率都会因之降低。心理健康的主要因素是：情绪稳定（高 C），轻松兴奋（高 F），有自信心（低 O），心平气和（低 Q4），其推算公式为：

$$C + F + (11 - O) = + (11 - Q4)$$

心理健康者标准分通常介于 0—40 分之间，平均值为 22 分，一般不及 12 分者情绪颇不稳定，仅占人数分配的 10%。担任艰巨工作的人都应有较高的心理健康标准分。

2. 从事专业而有成就者的人格因素

智力高低固然是选择专业人才的标准，但是某些人格因素也是取得专业成就的重要成份。这些因素主要有：知己知彼、自律严谨（高 Q3），有恒负责（高 G），情绪稳定（高 C），好强固执（高 E），精明能干而世故（高 N），自立、当机立断（高 Q2），自由、批评、激进（高 Q1）。其推算公式为：

$$2Q3 + 2G + 2C + E + N + Q2 + Q1$$

通常总和分数介于 10—100 分之间，平均为 55 分，60 分约等于标准分 7，63 分以上者约等于标准分 8、9、10，总和 67 分以上者一般能有所成就。

3. 创造力强者的人格因素

具有较高创造力的人一般具有以下几个人格因素：缄默孤立（低 A），聪慧富有才识（高 B），好强固执（高 E），严肃审慎（低 F），冒险敢为（高 H），敏感、感情用事（高 I），幻想、狂放不羁（高 M），坦白直率（低 N），自由、批评、激进（高 Q1），自立、当机立断（高 Q1），其推算公式为：

$$(11 - A) \times 12 + 2B + E(11 - F) \times 12 + H + 2I + M + (11 - N) + Q1 + 2Q$$

由上式得到因素总分可通过下表换算成相应的标准分，标准分越高，其创造力越强。

艾森克人格问卷（EPQ）

艾森克人格问卷（Eysenck Personality Questionnaire, EPQ）是英国伦敦大学艾森克领导编制的有关人格度研究的测验。我国陈仲庚和龚耀先分别主持修订了这一量表。

EPQ 有成人（16 岁以上）和儿童（7~15 岁）两种问卷。我国修订的有 88 题（龚耀先）和 85 题（陈仲庚）。被试根据自己情况作出“是”或“否”的回答。

该测验用 E、N、P、L 四个量表分别计分。其中 E、N、P 分别代表了艾森克人格理论中关于人格结构的三个向度。L 是效度量表，但也代表一种稳定的人格功能，各量表的记分情况如下：

E 外向—内向：高分表示个性内向，可能是好交际，渴望和冒险，情感易于冲动；低分表示人格内向，可能是好静，富于内省，除了亲密的朋友外，对一般人缄默冷淡，不喜欢刺激，喜欢有秩序的生活方式。

N 神经质（又抵消情绪性）：反映的是正常行为，并非指病症。高分可是焦虑、担忧、常常郁郁不乐，忧心忡忡，有强烈的情绪反应，以至出现不够理智的行为。

P 精神质（又称倔强性）：并非指精神病，它在所有人身上都存在，只是程度不同。高分可能是孤独、不关心他人，难以适应外部环境，不近人情，感觉迟钝，与他人不友好，喜欢寻衅搅扰。

L 测试受试的掩饰、假托或自身隐蔽等情况，或者测定其社会性朴实幼稚的水平。

EPQ 具有题目少、测验时间短、简明易做、结果处理较简单、项目内容较适合我国国情等特点，而得到广泛使用。但比起 MMPI、16PF、Y—G、CPI 等量表来，所反映的内容相对少些。一般用于研究比用于咨询更好。

爱德华个性偏好量表 (EPPS)

美国心理学家爱德华 (A.L.Edwards) 编制的爱德华个性偏好量表 (Edwards Personal Preference Schedule, EPPs) 是以美国哈佛大学心理学家默里 (H.A.Murray) 提出的人类 15 种需要理论编制的。

EPPS 共有 225 题 (其中 15 题为重复题，以检查一致性)，每题包括两个第一人称的陈述句，要求被试必须在两个中选择一个适合自己的陈述，此为强迫选择法。

EPPs 的主要功能是经由个人对题目的选择而鉴别其在 15 种心理需求上的倾向，从而了解个人的人格特质。这 15 种需求分别是：

成就 (ach)； 顺从 (def)； 秩序 (ord)； 表现 (exh)； 自主 (aut)； 亲密 (aff)； 省察 (int)； 求助 (suc)； 支配 (dom)； 谦逊 (aba)；11 慈善 (nur)；12 变通 (chg)；13 坚毅 (end)；14 性爱 (het)；15 攻击 (agg)。

加州心理测验表 (CPI)

由美国加州大学心理学教授高夫 (H.G.Gough) 编制的加州心理测验表 (California Psychological Inventory, CPI) 共 480 个是否型的问题，分 18 个量表。每个量表都包含人际关系中的重要方面，18 个量表加起来，可从人与社会交往中了解个人的特点。18 个量表分为 4 大类：

第一类：人际关系适应能力。包括：支配性 Do；上进心 Cs；社交性 Sy；自在性 Sp；自尊性 Sa；幸福感 Wb。

第二类：社会化、成熟度、责任心及价值观念。包括：责任心 Re；社会化 So；自制力 Sc；宽容性 To；好印象 Gi；从众性 Cm。

第三类：成就能力与智能效率。包括：遵循成就 AC；独立成就 Ai；智能效率 Ie。

第四类：个人的生活态度与倾向。包括：心理性 Py；灵活性 Fx；女性化 Fe。

Y—G 性格测验

Y—G 测验是由美国的吉尔福特 (Guilford) 所创编，后由日本的矢田部等人修订成的性格测验。

该测验共计 120 题，用“是”或“否”或“不清楚”作答。经统计，得出 12 个性格特征的原始分，画入剖面图，得到标准分以及 5 个系统分。据此作出性格分析。

12 个性格特征为： D：抑郁性； C：情绪变化； I：自卑感； N：神经质； O：主观性； CO：协调性； Ag：攻击性； G：因活动性； R：紧张性； T：思考内向；A：支配性；S：社会内向。

据此，把相互关系较大的性格特点作为一个群，构成 6 个因子群，即情绪安稳定性 (D、C、I、N)、社会适应性 (O、CO、Ag)、活动性 (Ag、G)、冲动性 (G、R)、内省性 (R、T)、主动性 (A、S)。

根据剖面图位置，可得出 5 个性格系统类型，用以反映性格的综合特点。

5个2个系统分别是：A系统为平均型；B系统为非法行为型；C系统为正经型；D系统为适应型；E系统为神经质型。

由于Y—G测验所测内容较全面，适用于广大人群，既可个别测验，也可团体使用；既可用于性格特点测定，也可判断心理健康状况。Y—6测验简便易测，用时短（一般10~15分钟），结果处理比较快捷（手工处理一般3分钟）。它比MMPI简便得多，亦比16PF的处理容易，又比EPQ等量表容纳更多的测验内容，因而在心理咨询实践中是一个值得推广的实用量表。

罗夏墨迹人检测验

罗夏墨迹测验(Rorschach test)属于一种投射测验，即以没有结构性的问题，引起被试的反应，藉以探讨其内在隐蔽的行为或潜意识的、深层的态度、冲动与动机。罗夏墨迹测验由瑞士精神病学家罗夏(Hermann Rorschach)所创立。他用模糊不清的墨迹图作为诱发人联想的刺激物，使被试者的内心活动投射出来，从而了解他的人格特征。由龚耀先主持修订的该测验国内版本尚处于试用阶段。

罗夏测验由10张墨迹图构成，5张为黑白色，3张为彩色，2张为黑白加彩色。

目前，罗夏测验由于其本身技术很复杂，而且与主试者的主观性有关，故其应用和普及遇到了不少困难。

主题统觉人格测验(TAT)

主题统觉测验(Thematic Apperception Test, TAT)亦属投射测验。由美国哈佛大学默里(H.A.Murray)等人于1921年编制。是一套画有人物和情节的含义隐晦的图片，共有20张，其中一张是白色卡片。要求被试按画面编造故事，不加任何限制。此测验的基本假设是，被试所编造的故事与其生活经验有密切关系，故事中常会下自觉地把隐蔽在内心的冲突和欲望等表露出来，借此可了解其内在的意识观、情绪活动、内心冲突和人格倾向等。它在心理卫生咨询、精神科临床诊断及儿童心理发展评价等方面都有其特殊价值。浙江省精神卫生中心张同延正在主持修订。但同样由于测验技术复杂、解释时主观性较强，因而不容易掌握。

气质60题测验

气质60题测验是一种通俗的问卷测验。在心理咨询中，该测验由于简便易做。时间短，可自行统计结果，而且测验结果也比较符合实际，故常用于了解来访者的气质特点，也常用于增加来访者的自我了解，发现个性中的长处和弱点。这类测验在实际中颇受欢迎。

1. 气质60题问卷表 22—3 气质测验 60题下面60道题，可以帮助你大致确定自己的气质类型，在回答这些问题时，你认为：

- | | |
|-------------|------|
| 很符合自己情况的 | 记2分 |
| 比较符合的 | 记1分 |
| 介于符合与不符合之间的 | 记0分 |
| 比较下符合的 | 记-1分 |
| 完全下符合的 | 记-2分 |

1. 做事力求稳妥，一般不做无把握的事。
2. 遇到可气的事就怒不可遏，想把心里话全说出来才痛快。
3. 宁可一个人干事，不愿很多人在一起。
4. 到一个新环境很快就能适应。

5. 厌恶那些强烈的刺仇如尖叫，噪音，危险镜头等。
6. 和人争吵时，总是先发制人，喜欢挑剔别人。
7. 喜欢安静的环境。
8. 我善于和人交往。
9. 羡慕那种善于克制自己感情的人。
10. 生活有规律，很少违反作息制度。
11. 在多数情况下情绪是乐观的。
12. 碰到陌生人觉得很拘束。
13. 遇到令人气愤的事，能很好地自我克制。
14. 做事总是举棋不定、优柔寡断。
15. 遇到问题总是举棋不定、优柔寡断。
16. 在人群中从不觉得过分拘束。
17. 情绪高昂时，觉得干什么都有趣，情绪低落时，又觉得什么都没有意思。
18. 当注意力集中于一事物时，别的事很难使我分心。
19. 理解问题总比别人快。
20. 碰到危险情景，常有一种极度恐怖感。
21. 对学习、工作，怀有很高的热情。
22. 能够长时间做枯燥、单调的工作。
23. 符合兴趣的事情，干起来劲头十足，否则就不想干。
24. 一点小事就能引起情绪波动。
25. 讨厌做那种需要耐心、细致的工作。
26. 与人交往不卑不亢。
27. 喜欢参加热烈的活动。
28. 爱看感情细腻、描写人物内心活动的文学作品。
29. 工作学习时间长，常感到厌倦。
30. 不喜欢长时间谈论一个问题，愿意实际动手干。
31. 宁愿侃侃而谈，不愿窃窃私语。
32. 别人总是说我闷闷不乐。
33. 理解问题常比别人慢些。
34. 疲倦时只要短暂的休息就能精神抖擞，重新投入工作。
35. 心里有话宁愿自己想，不愿说出来。
36. 认准一个目标就希望尽快实现，不达目的，誓不罢休。
37. 学习、工作同样一段时间后，常比别人更疲倦。
38. 做事有些莽撞，常常不考虑后果。
39. 老师或他人讲授新知识、技术时，总希望他讲得慢些，多重复几遍。
40. 能够很快地忘记那些不愉快的事情。
41. 做作业或完成一件工作总比别人花时间多。
42. 喜欢运动量大的剧烈体育运动，或者参加各种文艺活动。
43. 不能很快地把注意力从一件事转移到另一件事上去。
44. 接受一个任务后，就希望把它迅速解决。
45. 认为墨守成规比冒风险强些。
46. 能够同时注意几件事物。
47. 当我烦闷的时候，别人很难使我高兴起来。

48. 爱看情节起伏跌宕、激动人心的小说。
49. 对工作抱认真严谨、始终一贯的态度。
50. 和周围人的关系总是相处不好。
51. 喜欢复习学过的知识，重复做能熟练做的工作。
52. 希望做变化大、花样多的工作。
53. 小时候会背的诗歌，我似乎比别人记得清楚。
54. 别人说我“出语伤人”，可我并不觉得这样。
55. 在体育活动中，常因反应慢而落后。
56. 反应敏捷、头脑机智。
57. 喜欢有条理而下甚麻烦的工作。
58. 兴奋的事常使我失眠。
59. 老师讲新概念，常常听不懂，但是弄懂了以后很难忘记。
60. 假如工作枯燥无味，马上就会情绪低落。

2. 测验答案为了问卷能反复使用，尤其是为了便于结果处理，可用答卷纸，见表 22—4。

3. 评分方法

A. 如果某一项或两项的得分超过 20，则为典型的该气质。例如胆汁质项超过 20，则为典型胆汁质；粘液质和抑郁质项得分都超过 20，则为典型粘液—抑郁质混合型。

B. 如果某一项或两项以上得分在 20 以下、10 以上，其它各项得分较低，则为该项一般气质。例如，一般多血质；一般胆壮—多血质混合型。

C. 若各项得分都在 10 分以下，但某项或几项得分较其余项为高（相差 5 分以上），则为略倾向于该项气质（或几项混合）。例如略偏粘液质型；多血质—胆汁质混合型。

其余类推。

一般来说，正分值越高，表明被试越具有该项气质的典型特征；反之，分值越低或越负，表明越不具备该项特征。

4. 典型特征

4. 种气质类型的典型特征如下：

胆汁质：直率热情，精力旺盛，脾气急躁，情绪兴奋性高，容易冲动，反应迅速，心境变化剧烈，具有外倾性。

多血质：活泼好动，反应灵敏，善于交往，注意力易转移，兴趣和情绪多变，缺乏持久力，具有外倾性。

粘液质：安静，稳重，沉着，反应缓慢，沉默寡言，三思而后行，不容易外露，注意力稳定而较难转移，善于忍耐，偏内倾型。

抑郁质：情绪体验深刻，行动迟缓，具有较高的感受性，善于觉察他人不易注意的细节，富有幻想，胆小孤僻，具有内倾性。

一般来说，在抑郁质项得分偏高，提示容易引起心理困扰或不适应；而典型胆汁质—抑郁质混合型的人面临挫折时，可能比其它气质类型的人有更明显、强烈的反应。咨询过程中、咨询员可借气质测验来寻找心理问题的影响因素，以及提供有针对性的心理调节、个性塑造的参考意见。

内外向测验

同气质 60 题测验一样，下述的内外向 60 题测验亦是种通俗测验，由于

类似气质测验的原因，在咨询中亦常使用。

1. 内外向 60 题问卷

表 22—5 内外向性格测验问卷

下列试题中，凡单数题，回答“是”记 0 分，“不置可否”记 1 分，“否”记 2 分。凡双数题，回答“是”记 2 分，“不置可否”记 1 分，“否”记 0 分。

1. 在大庭广众面前不好意思。
2. 对人一见如故。
3. 愿意一个人独处。
4. 好表现自己。
5. 与陌生人难打交道。
6. 开会时喜欢坐在被人注意的地方。
7. 遇有不快事情，能抑制感情，不露声色。
8. 在众人面前能爽快地回答问题。
9. 不喜欢社交活动。
10. 愿意经常和朋友在一起。
11. 自己的想法不轻易告诉别人。
12. 只要认为是好东西立即就买。
13. 爱刨根问底。
14. 容易接受别人的意见。
15. 凡事很有主见。
16. 喜欢高谈阔论。
17. 会议休息时宁肯一个人独坐也不愿同别人聊天。
18. 决定问题爽快。
19. 遇到难题非弄懂不可。
20. 常常未等别人把话讲完，就觉得自己已经懂了。
21. 不善和人辩论。
22. 遇有挫折不易丧气。
23. 时常因为自己的无能而沮丧。
24. 碰到高兴事极易喜形于色。
25. 常常对自己面临的选择犹豫不决。
26. 不大注意别人的事。
27. 好把自己同别人比较。
28. 好憧憬未来。
29. 容易羡慕别人的成绩。
30. 相信自己不比别人差。
31. 注意别人对自己的看法。
32. 不大注意外表。
33. 发现异常现象容易想入非非。
34. 即使有亏心事也很快被遗忘。
35. 总是把家里收拾得干干净净。
36. 自己放的东西常常不知在哪里。
37. 做事很细心。
38. 对于别人的请求乐于帮助。
39. 十分注意自己的信用。

40. 热情来得快，消退得也快。
41. 信奉“不干则已，干则必成”。
42. 做事情更注意速度而不是质量。
43. 一本书可以反复看几遍。
44. 不习惯长时间读书。
45. 办事大多有计划。
46. 兴趣广泛而多变。
47. 学习时不易受外界干扰。
48. 开会时喜欢同人交头接耳。
49. 作业大都整洁、干净。
50. 答应别人的事情经常会忘记。
51. 一旦对人有看法不易改变。
52. 容易和人交朋友。
53. 不喜欢体育运动。
54. 对电视节目中的球赛尤有兴趣。
55. 买东西前总要估量一番。
56. 不惧怕从来没做过的事情。
57. 遇有不愉快的事情可以生气很长时间。
58. 自己做错了事，容易承认和改正。
59. 常常担心自己会遭遇失败。
60. 容易原谅别人。

2. 测验答卷 3. 评定方法把 4 个小计分相加得总分，总分的含义如下：

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 90 以上为典型外向； | 81—90 为较外向； |
| 71—80 为稍外向； | 61—70 为混合型（略偏外向）； |
| 51—60 为混合型（略偏内向）； | 41—50 为稍内向； |
| 31—40 为较内向； | 30 以下为典型内向。 |

4. 内外向性格的典型特征

内向者沉郁、安静、处事谨慎、优柔寡断、富有想象、动作缓慢、应变能力较弱、不善社交。

外向者开朗、活泼、善交际、感情外露、不拘小节、独立性强、易适应环境、易轻信、易冲动。

四、临床测验

临床测验 (clinical test)，又称诊断测验，主要以简便地鉴别精神、症状为目的。

下面我们主要分析在心理咨询中使用最经常的几种自评量表，包括：康乃尔测验 (CMI)，疾病柱状程度评定量表 90 项 SCL—90)，以及有关抑郁、焦虑评定的一系列量表。

康乃尔健康问卷 (CMI)

康乃尔健康问卷 (Cornell Medical Index, CMI) 是美国康乃尔大学设计的健康问卷，旨在对一个人的健康作出全面评价，包括身体情况、心理状态和社会适应能力的诸方面。

该测验是自填式问卷表，共 195 题，内容涉及躯体和精神症状以及既往家族史和行为习惯等四个方面。该测验用以诊断和评价躯体 12 个系统疾病的程度 (即眼和耳、呼吸系统、心血管系统、消化系统、运动系统、皮肤、神经系统、泌尿生殖系统、疲劳程度、患病频度、既往病史和学习特点)，同时诊断和评价 6 种精神自觉症状的程度 (即适应不良、抑郁、焦虑、敏感、易激惹、紧张)。由于该测验是对躯体和心理两方面的健康症状测量，故用在心理咨询中既可判断心理健康的状况以及不适应的类型和程度，又可用于分析生理与心理的互相影响，有助于完整地把握心身状况。

症状自评量表 (SCL—90)

症状自评量表 (Symptom Check—List 90, SCL—90) 是进行来访者心理健康状况鉴别及团体心理卫生普查时实用、简便而有价值的量表，该量表广泛地应用于心理咨询中。

SCL—90 计 90 题，从感觉、思维、情绪、意识、行为直至生活习惯、人际关系、饮食睡眠等都有所涉及。

SCL—90 的 90 题可概括成 9 个因子，所包含的题目分别为：

1. 躯体化 (Somatization)：包括题 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58, 共 12 题。

2. 强迫 (obsessive—compulsive)：包括题 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65, 共 10 题。

3. 人际敏感 (interpersonal sensitivity)：包括题 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73, 共 9 题。

4. 抑郁 (depression)：包括题 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 4, 71, 79, 共 13 题。

5. 焦虑 (anxiety)：包括题 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86, 共 10 题。

6. 敌意 (hostility)：包括题 11, 24, 63, 67, 74, 81, 共 7 题。

7. 恐怖 (phobic anxiety)：包括题 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82, 共 7 题。

8. 妄想 (paranoid ideation)：包括题 8, 18, 43, 68, 76, 83, 共 6 题。

9. 精神病性 (psychotism)：包括题 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90, 共 10 题。

此外，还有 19, 44, 59, 60, 64, 66 及 89 共 7 题作为第 10 个因子 (其

它, other) 来处理, 以便使各因子分之和等于总分。

SCL—90 采用 5 级评分制, 现有两种记分法, 即“1—5”制, 其中, 1 分表示没有该情况; 2 分表示在频度和强度上为较轻; 3 分表示中等; 4 分表示较重; 5 分为严重。而“0~4”制则是 0 分表示无, 1 分表示较轻, 依次类推。这里的“轻中重”应由自评者自己去体会, 不必做硬性规定。

SCL—90 评定的时间范围是“现在”或“最近一星期”。

SCL—90 的处理常用计算机或套板或其它手工方法。我们在实践中, 创造了归类排列的答卷纸, 发现既可以使问卷反复使用, 又方便保存结果, 而最大的优越性在于非常易于统计, 熔来访者填完答卷再略微处理一下, 就可以得到最终结果, 这在咨询中非常方便。

SCL—90 的问卷和答卷分别见表 22—6 和表 22—7。

表 22—7 中的 F1, F2……, 分别表示因子 1 (即躯体化), 因子 2 (强迫)……, 为的是避免被试的敏感。此外, T 分为标准分, 亦即因子分, 计算方法为某因子的合成分除以某因子的题目数即为某因子分。如: 若敌意一项合分为 6, 题目数为 6, 则日子分为 1。分析时主要是分析因子得分的高低。

表 22—6 SCL—90 问卷

以下列出了有些人可能会有问题, 请仔细阅读每一条, 然后根据最近一星期来自己的实际感觉, 选择最符合您的一种情况, 填在测验答卷纸中相应题号的评分栏中。其中“没有”记 1 分, “较轻”记 2 分。“中等”记 3 分, “较重”记 4 分, “严重”记 5 分。

1. 头痛
2. 神经过敏, 心中不踏实
3. 头脑中有不必要的想法或字句盘旋
4. 头昏或昏倒
5. 对异性的兴趣减退
6. 对旁人责备求全
7. 感到别人能控制您的思想
8. 责怪别人制造麻烦
9. 忘记性大
10. 担心自己的衣饰整齐及仪态的端正
11. 容易烦恼和激动
12. 胸痛
13. 害怕空旷的场所或街道
14. 感到自己的精力下降, 活动减慢
15. 想结束自己的生命
16. 听到旁人听不到的声音
17. 发抖
18. 感到大多数人都不可信任
19. 胃口不好
20. 容易哭泣
21. 同异性相处时感到害羞不自在
22. 感到受骗、中了圈套或有人想抓住您
23. 无缘无故地突然感到害怕
24. 自己不能控制地大发脾气

25. 怕单独出门
26. 经常责怪自己
27. 腰痛
28. 感到难以完成任务
29. 感到孤独
30. 感到苦闷
31. 过分担忧
32. 对事物不感兴趣
33. 感到害怕
34. 您的感情容易受到伤害
35. 旁人能知道您的私下想法
36. 感到别人不理解您、不同情您
37. 感到人们对您不友好、不喜欢您
38. 做事必须做得缓慢以保证做得正确
39. 心跳得很厉害
40. 恶心或胃部不舒服
41. 感到比不上他人
42. 肌肉酸痛
43. 感到有人在监视您、谈论您
44. 难以入睡
45. 做事必须反复检查
46. 难以作出决定
47. 怕乘电车、公共汽车、地铁或火车
48. 呼吸有困难
49. 一阵阵发冷或发热
50. 因为感到害怕而避开某些东西、场合或活动
51. 脑子变空了
52. 全身发麻或刺痛
53. 喉咙有梗塞感
54. 感到没有前途没有希望
55. 不能集中注意
56. 感到身体的某一部分软弱无力
57. 感到紧张或容易紧张
58. 感到手或脚发重
59. 想到死亡的事
60. 吃得太多
61. 当别人看着您或谈论您时感到不自在
62. 有一些不属于您自己的想法
63. 有想打人或伤害他人的冲动
64. 醒得太早
65. 必须反复洗手，点数目或触摸某些东西
66. 睡得不稳不深
67. 有想摔坏或破坏东西的冲动
68. 有一些别人没有的想法或念头

69. 感到对别人过敏
70. 在商店或电影院等人多的地方感到不自在
71. 感到任何事情都很困难
72. 一阵恐惧或惊恐
73. 感到在公共场合吃东西很不舒服
74. 经常与人争论
75. 独自一人时神经很紧张
76. 别人对您的成绩没有作出恰当的评价
77. 即使和别人在一起也感到孤单
78. 感到坐立不安，心神不定
79. 感到自己没有什么价值
80. 感到熟悉的东西变成陌生或不像是真的
81. 大叫或摔东西
82. 害怕会在公共场合昏倒
83. 感到别人想占您的便宜
84. 为一些有关“性”的想法而很苦恼
85. 您认为应该因为自己的过错而受到惩罚
86. 感到要赶快把事情做完
87. 感到自己的身体有严重问题
88. 从未感到和其他人很亲近
89. 感到自己有罪
90. 感到自己的脑子有毛病

sCL—90 已有国内正常人的测验常模。

在咨询中，比较粗略、简便、直观的判断方法是看因子分是否超过 3 分（1—5 评分制），若超过 3 分，即表明该因子的症状已达中等以上严重度。在 0—4 评分制中，若超过 2 分，即表明该因子的症状达中等以上严重度。此外，总分即为各项合计分之总和；总均分 = 总分 / 90；阳性项目数指有症状的项目数之和，阴性项目数指无症状的项目数之和。

（金华等，《中国神经精神疾病》，1986 年第 12 期 261 页）

Zung 抑郁自评量表（SDS）

Zung 抑郁自评量表（Zung self-rating Depression Scale, SDS）由美国社克大学医学院的 Zung 于 1965 年编制，计 20 题。其特点是使用简便，并能相当直观地反映抑郁者的主观感受。

评定采用 1~4 制记分。评定时间为过去一周内。

主要统计指标为总分，评定时间为过去一周内。

主要统计指标为总分，把 20 题的得分相加为粗分，把粗分乘以 1.25，四舍五入取整数，即得到标准分。抑郁评定的分界值为 50 分。分值越高，抑郁倾向越明显。

SDS 问卷见表 22—9。为了方便咨询时使用，我们对问卷评分栏作了处理，这样很快就可统计出结果。

流调用抑郁自评量表（CES—D）

流调用抑郁自评量表（Center of Epidemiological Survey-Depression Scale, CES—D）为美国国立精神卫生研究所于 1974 所编

制,计 20 题。较广泛地用于流行病学调查,用于筛查出有抑郁症状的对象,以便进一步检查确诊。也可用于咨询中,评定抑郁症状的严重程度。与 SDS 相比, CES—D 更着重于个体的情绪体验,较少涉及抑郁时的躯体症状。

采用 0~3 制记分,评定时间为过去一周内。选择时,其中“没有或几乎没有”指过去一周内,出现这种情况不超过 1 天;“少有”指 1~2 天有;“常有”指 3~4 天有;“几乎一直有”指 5~7 天有。主要统计指标为总分。15 分为无抑郁症状,16~19 分为可能有抑郁症状,20 分为肯定有抑郁症状。

CES - D 问卷见表 22—10。同样对评分栏作了处理。

Zung 焦虑自评量表 (SAS)

Zung 焦虑自评量表 (Zung Self—rating Anxiety Scale, SAS) 由 Zung 于 1971 年编制,计 20 题,测量焦虑者的主观焦虑感受。该量表亦具有广泛的应用性。

SAS 采用 1—4 制记分,评定时间为一周内。

统计方法同 SDS。分界值为标准分 50 分,分值越高,焦虑倾向就越明显。

SAS 问卷见表 22—11.并对答卷作了处理。

表 22—9 Zung 抑郁自评量表 (SDS)

