



学生应知心理知识

常见心理病

狄登峰 主编

目 录

神经症篇	1
什么是神经症.....	1
疑病性神经症.....	3
神经衰弱.....	4
抑郁性神经症.....	6
焦虑症.....	8
恐怖性神经症.....	13
强迫性神经症.....	15
癔症.....	19
人格障碍篇.....	20
自恋型人格障碍.....	20
表演型人格障碍.....	23
回避型人格障碍.....	24
依赖型人格障碍.....	28
反社会型人格障碍.....	32
偏执型人格障碍.....	36
分裂样人格障碍.....	39
攻击型人格障碍.....	44
性变态篇	48
施虐癖与受虐癖.....	48
恋物癖.....	51
露阴癖.....	52
窥阴癖与窥淫癖.....	54
性洁癖.....	55
易性癖.....	56
同性恋.....	59
变态心理.....	61

人格解体神经症.....	63
老年痴呆症.....	64
孤独症.....	65
精神分裂症.....	68

神经症篇

什么是神经症

今天，神经官能症病(或神经症)这一个词汇，经常被使用，但它真正代表什么意义呢?要用一句话为它下个定义是有困难的。但简单说来，神经官能症就是“由于欲求不满、抑压、强度的不安定感所产生的情绪紧张，而衍生的不适应症状”。

这种不适应症状，并不是由头部外伤、酒精中毒、麻药中毒等等脑髓或神经组织受到破坏而产生。也就是说，在生理上没有问题，而是机能上的障碍。随之，头脑变得奇怪，作出常人无法理解的言行。精神病患者丧失了“自己生病了”的意识及批判，神经官能症患者，则是过度意识到自己的病态。

在中国，神经症的病名曾引起不少人的误解与恐惧。有的人把它与“神经病”混为一谈。

“神经病”是指人体内神经系统受损后产生的疾病。这些器官的受损有一定的规律性，主要呈现感觉和运动方面的改变，如感觉过敏、疼痛或麻木，但精神上没有异常，不出现思维、情感和行为的破裂或紊乱。常见的神经病有坐骨神经痛，癫痫等。神经症”主要是由心理、社会因素导致产生的一类心理疾病，神经系统没有病变，它的预后一般比神经病、精神病要好。

神经症与精神病也不是一回事。“精神病”是由于大

脑机能紊乱，往往表现在人的精神活动的障碍，如感觉、知觉、运动方面的障碍是不按神经分布的，有别于神经病。如精神分裂症、更年期精神病、老年性精神病，表现为精神失常。虽然有些神经病的患者，也可能有精神病状(如脑萎缩产生的记忆困难)，但这部分疾病，治疗仍以治神经病为主。而绝大部分的各种精神病，治疗到目前为止还没有找到明显的神经细胞或纤维的形态学上的改变。

说到底，神经症是一组功能性疾病，包括神经衰弱、癔症、强迫症、抑郁性症、疑病症、恐惧症等。它们的共同特点是大脑皮层功能发生暂时的、可逆性的紊乱，神经系统检查及辅助检查无异常。然而它们又有各自的特征，如神经衰弱容易兴奋也容易疲劳的精神变化；癔症的发作性情感爆发或某系统、器官的功能突然障碍；强迫症的无法自控的思维或行为；焦虑症的烦躁不安、紧张焦虑；抑郁性神经症的多愁善感、抑郁不安；恐怖症的杞人忧天、无可名状的恐惧；疑病症的多疑善虑，老是猜疑自己被人欺骗，或要遭遇到不测。为什么会有这些特征呢？因为大脑是各系统、各器官活动的指挥者，又是思维活动的物质基础，其功能的复杂性决定了症状的多样性。

据资料显示，我国神经症的患者有 2000 多万人，并有逐渐增加的趋势。尽管这是与社会进步、社会发展相伴随而生的“文明病”，但是我们切不可忽略这个文明外衣包裹下的心灵之结症。当我们欢欣鼓舞地跨入 21 世纪，我们更有理由活得健康和快乐。

疑病性神经症

病因和发病机理：

1.心理社会因素:人际交往失败，婚姻变故，子女离别后感到孤独，生活的稳定性受到影响，缺乏安全感等均可作为发病的诱因。有一部分病人是医源性的，如医生不恰当的语言、态度或行为引起患者的疑虑。若医生对病情难以做出确切的诊断，反复给病人作检查，则造成患者怀疑患有某种疾病的观念。也有因躯体得病后通过自我暗示或联想而疑病者。

2.人格特征:易感素质是重要的发病基础，其特征为敏感、多疑、主观、固执、谨小慎微或对躯体过分关注，凡事要求十全十美。部分男性患者病前有强迫人格，女性则有癯病性格特征。

临床表现:

1.心理障碍它的表现分为两种形式：一为疑病感觉即表现为对某躯体部位的敏感性增加，进而疑病或者是过分关注，而患者对病情的描述却含糊不清，部位也不恒定；二为疑病观念即表现为患者认为患有某种疾病描述形象逼真生动具体。但有时自己也确信这些疾病并不存在，但仍要求各种检查。尽管检查正常，医生的详细解释也不能消除其疑病的信念，仍认为检查可能有失误，由此担心忧虑、惶惶不安、焦虑苦恼并带有强烈的情感色彩。

2.疼痛这是最常见的症状，约 2/3 患者有疼痛症状，常见部位是头、腰、髂窝。但常描述不清，也查不到阳性体征，伴有失眠、焦虑和抑郁症状。患者四处求医毫

无结果，最后才来到精神科诊治。

3.躯体病状表现多样，多涉及身体许多部位，以腹、胸、颈和头部为多，病人诉说的躯体症状有分散而模糊和明确而细致相结合的特征。如：诉述胃部膨胀隐痛，胃蠕动缓慢，幽门梗阻，食物难以通过，因此病人自己得出结论患了“胃癌”。疑病症病人对一般人所觉察不到的内脏活动，如心跳或躯体微不足道的疼痛、酸胀都很敏感，并对鼻腔分泌物、粪便带黏、淋巴结肿大都特别关切，认为是病症的来源。

4.病程和预后急性起病者，预后好。如在抑郁性神经症和焦虑症基础上伴有疑病症，则预后良好。病程两年以上者，预后较差。由于患者具有疑病性格，敏感多疑，对躯体过分关注，使疾病呈慢性迁延过程。

专家提示：

疑病症是较为难治疾病之一。通常采用认知疗法及暗示性疗法，合并应用抗焦虑及抗抑郁药物，可减轻部分症状。

神经衰弱

病因：

人类中枢神经系统的活动，在机体各项活动中起主导作用。而大脑皮质的神经细胞具有相当高的耐受性，一般情况下并不容易引起神经衰弱或衰竭。在紧张的脑力劳动之后，虽然产生了疲劳，但稍事休憩或睡眠后就可以恢复，但是，强烈紧张状态的神经活动，一旦超越耐受极限，就可能产生神经衰弱。

发病机理：

神经衰弱主要是各种原因造成大脑皮质内抑制过程的弱化。因为内抑制过程在人类种族的发展和个体发生上兴奋过程发生的晚，因而是比较脆弱的，在高级神经活动过度紧张甚至失调或伴有其他有害因素时（如；躯体其他疾病），它不仅容易受到损害，而且常常最先受到损害，表现为兴奋过程相对亢进即神经衰弱的早期阶段。此时，病人的自制能力减低，一些平时能够控制不该流露出的情绪及情感反应会失控表现出来，如；易激惹、不稳定。兴奋性释放增加了神经细胞能量的消耗，而且，使高级神经活动的兴奋--抑制规律紊乱。另外，由于内抑制过程的减弱，又使神经细胞恢复能力减低，造成神经细胞能量减少和衰竭性增高。所以，临床上病人易兴奋，衰竭的也就快。

症状体征

1.易兴奋、易激惹。2.脑力易疲乏，如看书学习稍久，则感头胀、头昏；注意力不集中。3.头痛、部位不固定。4.睡眠障碍，多为入睡困难，早醒，或醒后不易再入睡，多恶梦。5.植物神经功能紊乱，可心动过速、出汗、厌食、便秘、腹泻、月经失调、早泄。6.继发性疑病观念。

诊断依据

1.存在导致脑功能活动过度紧张的社会心理因素。2.具有易感素质或性格特点。3.临床症状以易兴奋，脑力易疲乏，头痛，睡眠障碍，继发焦虑等。4.病程至少3个月，具有反复波动或迁延的特点，病情每次波动多与精神因素有关。5.全面体格检查，包括神经精神检查或其他必要的各项检查，确能排除其他躯体疾病或早期精神病者。

治疗原则

1.心理疗法为主。2.辅以药物治疗。3.辅以物理或其他疗法。

疗效评价

1.近愈：精神症状和躯体症状消失，自觉良好；能恢复病前工作能力和生活。2.好转：精神症状和躯体症状基本消失；能从事脑力和体力活动。3.未愈：精神症状和躯体症状基本无变化。

专家提示

神经衰弱有被过滥诊断的倾向，因此神经衰弱满天飞，而实际上是极少的。当一些患者被戴上神经衰弱而久治不愈时，需考虑有否将焦虑性神经症、抑郁性神经症等误诊为神经衰弱之可能。因为象焦虑性神经症及抑郁性神经症同样具有神经衰弱的某些症状如失眠、疲劳、多梦、记忆减退、注意力不集中、精力不足等。神经衰弱一般采用中西医药综合性治疗，以镇静安神及解释支持性心理治疗为主。治疗时使患者获得充分休息，是治愈的最重要要素。

抑郁性神经症

病因和发病机理：

1.心理和社会因素。几乎所有的病例均可询问出作为诱因的精神因素。如事业受挫、工作困难、人际关系紧张；夫妻争吵，夫妻离异后被动的一方；意外伤残和患严重的躯体疾病等。使患者担心、焦虑，以至产生抑郁、苦闷、沮丧。

2.性格特点本病发生与其性格也有关系，患者多为

不开朗、沉默寡言、情绪低落、精力不足、悲观敏感和依赖性较强。正常人工作和生活中遇到挫折，意外打击后产生压抑、焦虑情绪也很多见，但抑郁性神经症患者，抑郁症状较重，持续时间长久。

临床表现：

1.心理异常：患者常诉说心情不畅、消沉、沮丧，看事物如墨镜般灰暗。即使在风景美丽的环境中，也毫无欣赏的心情甚至感到枯燥乏味。对工作无信心，无兴趣、无热情，对未来悲观失望，常感精神不振或疲乏有时感到生活非常寂寞和孤独无趣，部分病人有轻生的念头。患者的抑郁症状很少发展到严重程度，但抑郁情绪随时间、地点和心境不同而有所改变，与环境保持良好接触。

2.躯体症状：病人自述头痛、背痛、四肢痛等症状。但查不出疼痛的原因。也有患者尽管感到胸闷、心慌、胃空、腹泻等，但无相应脏器的损害改变。也可表现为失眠，但无早醒。

3.病程及预后绝大多数病程较长但预后良好；若病情反复且有显著抑郁人格者病情迁延，预后较差。

专家提示：

抑郁性神经症通常由心理事件引起，在疾病初期患者对事件常耿耿于怀，故此治疗时要设法改变患者对事件的错误想法。病后患者伴忧郁情绪有众多不合理观念，如觉得不如人、自身无价值、成为他人的负担、无前途等。对这些观念需进行矫正，通常采用认知纠正技术。同时患者存在精神与体力的不足与疲劳感，可以通过喊叫等发泄方式振奋其精神及体能。药物协助提高情绪对治疗大有好处。抑郁性神经症经过系统的认知结合药物

等治疗，可获得理想效果。

焦虑症

我们每个人都知道什么是焦虑：在你面临一次重要的考试以前，在你第一次和某位姑娘约会之前，在你的老板大发脾气的时候，在你知道孩子得了某种疾病的时候，你都会感到焦虑。焦虑并不是坏事，焦虑往往能够促使你鼓起力量，去应付即将发生的危机。焦虑是有进化意义的。

但是，如果你有太多的焦虑，以至于达到焦虑症，这种有进化意义的情绪就会起到相反的作用 - 它会妨碍你去应付、对处理面前的危机，甚至妨碍你的日常生活。如果你得了焦虑症，你可能在大多数时候、没有什么明确的原因就会感到焦虑；你会觉得你的焦虑是如此妨碍的你的生活，事实上你什么都干不了。

“焦虑”这个词在我们的日常生活中被广泛使用，所以许多人对它在变态心理学或者临床诊断中有什么不同的含义。特别是“焦虑”这个词在日常用语中往往表达“害怕”差不多的意思，这就更增加了混淆。当我们在临床上说“焦虑”时，它指的是一种没有明确原因的、令人不愉快的紧张状态。而“焦虑症”指的是很大一类障碍的总称，不仅包括我们平时所指的焦虑症（在正式诊断中，我们叫做一般性焦虑症），而且还包括强迫症、恐怖症、惊恐症、创伤后障碍、等等。这里我们专门讲我们平时所指的焦虑症，而在其他地方讨论强迫症、恐怖症、惊恐症、创伤后障碍。

焦虑症的症状学

焦虑症是一种普遍的心理障碍，在女性中的发病率比男性要高。流行病学研究表明城市人口中大约有 4 . 1 %到 6 . 6 %在他们的一生中会得焦虑症。

焦虑症的主要症状是，病人充满了过度的、长久的、模糊的焦虑和担心，这些担心和焦虑却没有一个明确的原因。虽然，这些担心、焦虑与正常的、由现实危机引起的担心、焦虑很相象。比如，他们会成天为家里的经济情况而担忧，即使他们的银行帐户上的存款远远超过了六位数；或者他们会成天为自己孩子的安全担心，生怕他在学校里出了什么事；更多的时候他们自己也不知道为了什么，就是感到极度的焦虑。

焦虑症的焦虑和担心持续在六个月以上，其具体症状包括以下四类：身体紧张、自主神经系统反应性过强、对未来无名的担心、过分机警。这些症状可以是单独出现，也可以是一起出现。

身体紧张：焦虑症患者常常觉得自己不能放松下来，全身紧张。他面部绷紧，眉头紧皱，表情紧张，唉声叹气。

自主神经系统反应性过强：焦虑症患者的交感和副交感神经系统常常超负荷工作。患者出汗、晕眩、呼吸急促、心跳过快、身体发冷发热、手脚冰凉或发热、胃部难受、大小便过频、喉头有阻塞感。

对未来无名的担心：焦虑症患者总是为未来担心。他们担心自己的亲人、自己的财产、自己的健康。

过分机警：焦虑症患者每时每刻都象一个放哨站岗的士兵对周围环境的每个细微动静都充满警惕。由于他们无时无刻不处在警惕状态，影响了他们干其他所有的工作，甚至影响他们的睡眠。

焦虑症的诊断标准和类型

A、在过去六个月中的大多数时间里，对某些事件和活动（比如工作进度、学业成绩）过度担心。

B、个体发现难以控制自己的担心。

C、焦虑和担心与至少下面六个症状中的三个（或更多）相联系（至少有某些症状至少在过去六个月中的大多数时间里出现）。

注意：在儿童中，只要一个下述症状就可以了。

坐立不安或者感到心悬在半空中

容易疲劳

难以集中注意力，心思一片空白

易激惹

肌肉紧张

睡眠问题（入睡困难、睡眠不稳或不踏实）

D、焦虑和担心的内容不是其他（一轴）障碍的特征内容。也就是说，焦虑和担心的内容，不是关于被细菌感染（强迫症）、惊恐发作（惊恐症）、当众出丑（社交恐怖症）、长胖（神经性厌食症）、严重疾病（疑病症），等等。

E、焦虑、担心和躯体症状给个体的社交、工作和其他方面造成了有临床显著意义的困难。

F、上述症状不是由于药物的生理作用（例如，服药，吸毒，酗酒）或者躯体疾病所引起（例如，甲状腺分泌降低），也不仅仅是发生在情绪障碍、精神病性障碍、或普遍发展障碍之中。

焦虑症的病理学

焦虑症是由什么引起的呢？它的发病原因是什么呢？

到底焦虑症是由什么引起的？这是个很复杂的问题，到现在为止我们还不能完全回答这个问题。但是，现有的研究显示：

第一，躯体疾病或者生物功能障碍虽然不会是引起焦虑症的唯一原因，但是，在某些罕见的情况下，病人的焦虑症状可以由躯体因素而引发，比如，甲状腺亢进、肾上腺肿瘤。而且，许多研究者试图发现，是不是焦虑症患者的中枢神经系统，特别是某些神经递质，是引发焦虑症的罪魁祸首。很多研究集中在两个神经递质上：去甲肾上腺素和血清素。很多研究发现病人处于焦虑状态时，他们大脑内的去甲肾上腺素和血清素的水平急剧变化，但是，我们并不很清楚这些变化是焦虑症状的原因还是结果。

第二，认知过程，或者是你的思维，在焦虑症状的形成中起着极其重要的作用。研究发现，抑郁症病人比一般人更倾向于把模棱两可的、甚至是良性的事件解释成危机的先兆，更倾向于认为坏事情会落到他们头上，更倾向于认为失败在等待着他们，更倾向于低估自己对消极事件的控制能力。

第三，我们发现，在有应激事件发生的情况下，更有可能出现焦虑症。

对焦虑症的起因，不同学派的研究者有不同的意见，虽然这些意见并不一定是相互冲突的，而是互补的。下面我们介绍生物医学研究者、认知行为研究者、和精神分析学派的研究者各自对焦虑症的解释。

焦虑症的治疗方法

生物医学研究者、认知行为研究者、和精神分析学派的研究者从各自的理论出发，为焦虑症提供了各自不

同的治疗方法：

精神分析治疗：因为精神分析学把焦虑症的起因归结为压抑的无意识冲突，所以，焦虑症的精神分析治疗，就是帮助患者领悟他们的内在心理冲突的根源。具体请见：精神分析治疗。

认知行为治疗：根据患者的具体症状的不同，运用行为治疗的医生有两种不同的方法来治疗焦虑症。如果患者的焦虑症状与某些确定的情境有关，那么，医生通过运用“情境分析”，一种行为治疗技术，来找出患者的焦虑症状是由情境中的哪些关键因素造成的。然后医生运用“系统脱敏”的技术，降低患者对这些特定因素的焦虑程度。如果患者的焦虑症状游离于任何特定情境也就是不与某种特定环境有特殊的关系，那么医生就会运用“放松训练”来降低病人的总体紧张水平。另外，由于焦虑症患者经常表现出无助感，所以治疗者会帮助患者通过学习有用的技巧（比如，社交技术，直言技术），来提高患者面对各种情境的信心。由于焦虑症患者特有的认知方式 - 容易把模糊的刺激解释为威胁，容易过高估计消极事件发生的可能性 - ，认知治疗常常被用来改变患者的认知方式。

药物治疗：抗焦虑药物是最常用的治疗焦虑症的方法。但是抗焦虑药物有很多副作用，比如嗜睡、抑郁。长期服用甚至对某些内脏器官有损害。而且抗焦虑药物往往有成瘾性。抗焦虑药物的最大问题是，一旦患者停止服用，几乎可以肯定，症状会重新出现。当病人是通过服药来降低焦虑症状，他们就会（正确地）把自己症状的好转归结为药物的作用，而不是他们自己的改变。于是，当他们停止服药时，当然会觉得情境是不可控制

的，于是会变得焦虑。

恐怖性神经症

病因和发病机理：

成人单纯性恐怖症来源于儿童时期曾有过的体验，如儿童对动物的恐惧，害怕黑夜“鬼怪”、暴风雨或雷鸣闪电等，随着年龄的增长，一般青春期消失，但当人体受到疾病的折磨而变的软弱或被新的精神刺激所诱发，过去经历过的恐惧就可能再现出来。有些儿童的害怕是受父母亲或其他儿童的影响。恐怖症的遗传学认为，场所恐怖有明显的遗传倾向，同情感性障碍有密切的关系。有报道广场恐怖症患者的家属中有 19% 的人患有类似疾病。恐怖症患者具有一定人格特征，如害羞、被动、信赖、焦虑等。

临床表现：

恐怖症的中心症状是恐怖，并因恐怖引起剧烈焦虑甚至达到惊恐的程度。因恐怖对象的不同可分为以下几种。

1. 社交恐怖

主要是害怕出现在众人面前，特别是对于被人注意更为敏感。他们不敢到公共场所，是一种缺乏自信的心态，害怕自己发抖，脸红、出汗或行为笨拙、手足无措，引起别人的注意。因此，总是不愿从安静的会场走出，不敢在餐馆与别人对坐吃饭，从不与人面对面就坐，尤其回避与别人谈话。赤颜恐怖是较常见的一种，病人只要在公共场合就感到害羞、局促不安、尴尬、笨拙、迟钝，怕成为人们耻笑的对象。有的病人害怕看别人的眼

睛，怕跟别人的视线相遇，称为对视恐怖。

2. 单纯性恐怖

单纯性恐怖是常见的一种，儿童时期多发。如对蜘蛛、蛇或高处、黑暗、雷雨等发生恐怖。对雷雨恐怖者，不仅对雷雨觉得恐怖，而且对可能发生雷雨的阴天或湿度大的天气也可能感到强烈的不安。甚者为了解除焦虑主动离开这些地方，以回避雷雨发生。

3. 广场恐怖

不仅对公共场所恐怖，而且担心在人群聚集的地方难以很快离去，或无法求援而感到焦虑。这些公共场所包括火车站、超级市场以及理发室和影剧院等。因此这些病人常喜欢呆在家里，不轻易出门，以免引起心神不定、烦躁不安。

4. 旷野恐怖

患者在经过空旷地方是就发生恐怖，并伴有强烈的焦虑和不安。因此病人怕越过旷野，严重时害怕越过任何建筑，如害怕跨越街道、桥梁、庭院和走廊等。此外还有闭室恐怖者害怕较小的封闭空间，如怕乘电梯、地铁火车、客船等。患者多呈慢性起病，可持续多年，但多逐渐有所改善，一般起病急者易缓解。

治疗原则：

1. 心理治疗

恐怖症应以鼓励、劝告和指导等心理治疗为主，教育患者敢于面对现实，发挥主动性，树立战胜疾病的信心。在医生的要求和指导下进行模拟性或渐进性训练，使病人逐渐克服对物体或处境的恐怖。

2. 行为疗法

行为疗法是治疗本症的重要方法，常用的有系

统性脱敏、暴露或冲击疗法，肌肉松弛训练等。例如对某种动物的恐怖症，医生先同病人多次接触取得信任，并反复讲述有关动物的知识，然后在医生的陪同下，逐步接近该动物，经过反复实践，最终使病人克服对动物的恐惧心理。

3.催眠疗法

应用催眠治疗来对抗面临恐惧处境所产生的焦虑反应。也有训练病人应用自我催眠法，在面临恐怖处境时保持肌肉松弛，以期对抗。

4.药物治疗

药物治疗主要是针对恐怖症所引起的焦虑和抑郁情绪。三环类抗抑郁剂可以减轻广场恐怖的症状，但停止服药则有较高的复发率。故药物治疗只是一种辅助疗法。

强迫性神经症

病因和发病机理：

1、遗传因素该症有一定的家族遗传倾向。作为一种遗传特征的红细胞(ABO)血型，与强迫症关联的研究发现，强迫症有较高的 A 型发生率和较低的 O 型发生率。

2、心理社会因素作为一种诱发因素，在正常人偶尔也有强迫观念，但不持续。只有在心理与社会因素影响下被强化才持续存在，如工作环境的变化、重大责任、过分要求严格、处境困难、担心意外或家庭不和、性生活困难、怀孕、分娩造成的紧张，加上患者谨小慎微、优柔寡断，遇事犹豫不决、缺乏自信、忧心忡忡，而促发强迫症状。

3、器质性因素临床上昏睡性脑炎、颞叶挫伤、癫痫的病人可见强迫症状。而外科治疗显示切除尾神经束边缘脑白质对改善强迫症状有效，提示与上述部位的功能有关。此外，个性特征在发病中也有很重要的作用，着类病人往往有做事古板、井井有条、过于严肃等特点。

临床表现：

1、强迫观念

(1)强迫性怀疑病人对自己行为的正确性产生疑虑。虽然明知这种怀疑没有必要，但却无法摆脱。如病人离家后怀疑屋门是否锁好、煤气是否关闭，电灯是否熄灭。信已投出，怀疑是否写错地址或忘记问候等。在此基础上，病人出现强迫行为，总是疑虑不安，常驱使自己反复查对才能放心，严重时会影响工作及日常生活。

(2)强迫性回忆患者对于往事、经历，反复回忆，虽然明知无任何实际意义，但却反复出现，无法摆脱。

(3)强迫性穷思竭虑对于一些缺乏实际意义的问题，病人明知毫无必要，但无休止的思索。如病人反复思考"为什么人要长两只眼睛?"等。

(4)强迫性对立思维在某种场合下，病人被一种和自己正常时的认识相反的思维纠缠，明知这种相反的想法不对，却无法抗拒，内心十分痛苦，如当单刀:欢迎""祝贺"等场面，病人立即出现""痛斥""批判"等相反的想法。但却不会实施相应的行动。

2、强迫意向及动作

(1)强迫意向在一些场合下，患者出现一种与当时情况相违背的念头，而且被这种意向纠缠。患者明知这是违背自己意愿的，但却无法控制其出现。如怀抱婴儿的母亲站在阳台上时，突然产生将婴儿抛下楼的想法，明

知这是违背自己意愿的，但却无法摆脱，但是决不采取行动。因此有这种想法的患者，不敢带小孩走近高层建筑的栏杆，以免引起恐惧和焦虑不安。如与恐惧内容的强迫思维有联系，称为强迫性恐惧。

(2)强迫计数与强迫联想有关的不可克制的计数。病人不自主地计数一些事物，甚至计数自己的脚步、路边楼房的玻璃窗、公路旁边的标志灯。病人自知无任何意义，而且数后不再记忆，但无法控制。

(3)强迫洗涤怕不罹患某种传染病。患者接触某物，则要反复洗手，明知手已洗干净，但却无法控制，否则心境不宁。

(4)强迫性仪式动作这是一套重复刻板的相互联系的动作。此种仪式性动作往往对病人有特殊的意义，病人完成这种仪式是为获得幸运和吉兆，从而使内心感到安慰。如进门时要完成一套动作表示他孩子的病就能逢凶化吉，自己明知毫无意义，但如不做到则焦虑不安。该症大多起病缓慢，病程较长。如急性起病，诱因明显，病前无强迫人格者一般预后良好。

治疗原则：

治疗强迫症，最好从以下几方面综合施治：采用“森田疗法”；纠正不良的强迫性格；适当应用抗抑郁药。

“森田疗法”是目前治疗强迫症等疾病很有效的一种心理治疗方法。该理论认为，强迫症之类的神经症主要是患者对人、对己、对事过分敏感所致，患者虽有克服这些症状的强烈愿望，但苦于无法摆脱，以致给生活、学习、工作造成障碍。这类患者多有疑病素质和强烈的求生欲望及追求完美、舒适感，起初是由于过分注意自

身生理变化，如心跳快些、肠蠕动多些，便疑为病态，产生紧张情绪，这种情绪反过来又强化了上述主观症状，并固定而形成病症。所以，该疗法把打破上述“恶性循环”作为治疗的关键，主张患者接受症状，顺其自然。

“森田疗法”治疗以强迫思维为主的强迫症的要领概括为七个字，即“不怕，不理，不对抗”。不怕，就是要消除患者各种脱离实际、毫无根据的恐惧心理，因为“怕”是患者主观歪曲的认识造成的不良心态，完全是不必要的；不理，就是不去注意那些症状，不谈论，不听，患者要带着症状，甚至不适、痛苦去从事正常生活、工作、学习；不对抗，就是不要企图排斥这些症状，要完全接受它们，做到“忍受痛苦，为所当为”。实际上，只要患者不纠缠在字面上去理解，而真正去做，症状便可很快消除，反之疗效就差。所以，治疗强迫症只能说是“难者难，易者易”，不是取决于医生，而是取决于患者自己。

专家提示：

强迫症是较为难治之症之一。象氯丙咪秦这样的药物治疗可以减缓部分症状，但难于彻底治愈。行为治疗有一定的效果，但疗效难于巩固，方法有冲击疗法、系统脱敏疗法及思维中断法等。个别适当的病例，可进行心理疗法，据报导有较为理想效果，但耗时长，不易实施。严格的森田疗法对强迫症有较好疗效，通常需住院治疗。目前，强迫症较多采用的治疗方案是药物治疗加认知行为治疗，可获得较好的效果。

癔症

癔症又称“歇斯底里症”，是在各科临床上较为常见的一类神经症，但近年来发病有所减少。在综合医院的心理咨询门诊中，本病也较少见，仅占全部咨询病例的0.3%。

本病的病人在病前常已有情感丰富，富于幻想，善于模仿，易受暗示，自我中心等人格特点。这类人常在某些心理—社会因素的刺激下或暗示下，突然出现短暂性精神异常或运动、感觉、植物神经、内脏方面的紊乱。这些症状可由暗示而产生，亦可通过暗示而使之消失。

本病的发病年龄多数在16~30岁之间，女性远多见于男性。

癔症的表现可谓多种多样，既可有运动、感觉等障碍的类似神经系统疾病的症状，又可有各种内脏病变的类似各科疾病的症状，也可有短期发作的精神症状(变态心理症状)。可以说癔症的表现可以模仿临床各科的任何疾病的表现，因此极易误诊。已有许多最初诊断是癔症，而实际上是躯体疾病，因而拖延了治疗的教训。所以癔症在临床上要作出正确的判断，难度是较大的，特别对于临床经验缺乏者来讲，不要轻易下癔症的诊断。

但癔症的第一次发作，绝大多数是在一定的精神刺激下发病的，以后遇见类似的刺激，或在病人回想起这种刺激的情况下，也可以促使癔症再发。此外，癔症所出现的各种表现，不论是感觉障碍、运动障碍、内脏病变等，其临床症状常是多变的，易通过暗示而改变病变表现的程度、范围，而且这些病变表现常不符合人的解

剖生理上的特点或疾病的固有规律，而这些对于正确判断癔症是很有帮助的。

癔症的精神症状亦可多种多样，但其症状呈现尽情发泄和表演的特点，使人印象很深，有的亦可出现许多幼稚性动作、行为，甚或离家出走，到处游荡等。

人格障碍篇

自恋型人格障碍

一、表现特征

对自恋型人格障碍的诊断，目前尚无完全一致的标准。一般认为其特征主要如下：

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份的幻想。

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。

只要出现其中的五项，即可诊断为自恋型人格。

自恋型人格在许多方面与癡症型人格的表现相似，如情感戏剧化，有时还喜欢性挑逗等。二者的不同之处在于，癡症型人格的人性格外向、热情，而自恋型人格的人性格内向、冷漠。

二、治疗方法

对自恋型人格障碍的治疗，一般可采用以下方法：

1.解除自我中心观。自恋型人格的最主要特征自我中心，而人生中最为自我中心的阶段是婴儿时期。由此可见，自恋型人格障碍患者的行为实际上退化到了婴儿期。朱迪斯·维尔斯特在他的《必要的丧失》一书中说到：“一个迷恋于摇篮的人不愿丧失童年，也就不能适应成人的世界”。因此，要治疗自恋型人格，必须了解那些婴儿化的行为。你可把自己认为讨人厌嫌的人格特征和别人对你的批评罗列下来，看看有多少婴儿期的成份。例如：

渴望持久的关注与赞美，一旦不被注意便采用偏激的行为。

喜欢指使别人，把自己看成太上皇。

对别人的好东西垂涎欲滴，对别人的成功无比嫉妒。

通过回忆自己的童年，你可发现以上人格特点在童年便有其原型。例如：

总是渴望父母关注与赞美，每当父母忽视这一点时，便耍无赖、捣蛋或做些异想天开的动作以吸引父母的注意。

童年时衣来伸手，饭来张口，父母是仆人。

总想占有一切，别的小朋友有的，自己也想有。

明白了自己的行为是童年幼稚行为的翻版后，你便要时常告诫自己：

我必须努力工作，以取得成绩来吸引别人的关注与赞美。

我不再是儿童了，许多事都要自己动手去做。

每个人都有属于自己的好东西，我要争取我应得到的，但不嫉妒别人应得的。

还可以请一位和你亲近的人作为你的监督者，一旦你出现自我中心的行为，便给予警告和提示，督促你及时改正。通过这些努力，自我中心观是会慢慢消除的。

2. 学会爱别人。对于自恋型的人来说，光抛弃自我中心观念还不够，还必须学会去爱别人，唯有如此才能真正体会到放弃自我中心观是一种明智的选择，因为你要获得爱首先必须付出爱。弗洛姆在他的《爱的艺术》一书中阐述了这样的观点：幼儿的爱遵循“我爱因为我被爱”的原则；成熟的爱遵循“我被爱因为我爱”的原则；不成熟的爱认为“我爱你因为我需要你”；成熟的爱认为“我需要你因为我爱你”。维尔斯特认为，通过爱。我们可以超越人生。自恋型的爱就像是幼儿的爱，不成熟的爱，因此，要努力加以改正。

生活中最简单的爱的行为便是关心别人，尤其是当别人需要你帮助的时候。当别人生病后及时送上一份问候，病人会真诚地感激你；当别人在经济上有困难时，你力所能及地解囊相助，便自然会得到别人的尊敬。只要你在生活中多一份对他人的爱心，你的自恋症便会自然减轻。

表演型人格障碍

表演型人格障碍是一种过分情感化和用夸张的言行吸引注意为主要特点的人格障碍。这类人感情多变、容易受别人的暗示影响，常希望领导和同事表扬和敬佩自己，愿出风头，积极参加各种人多的活动，常以外貌和言行的戏剧化来引人注意。他们常感情用事，用自己的好恶来判断事物，喜欢幻想，言行与事实往往相差甚远。

诊断人格障碍为表演型需符合下述项目中的三项：
表情夸张，象演戏一样，装腔作势，情感体验肤浅；
暗示性高，很容易受他人的影响；自我中心，强求别人符合他的需要或意志，不如意就给别人难堪或强烈不满；经常渴望表扬和同情，感情易受伤害；寻求刺激，积极参加各种社交活动；需要别人经常注意，为了引起注意，不惜哗众取宠，危言耸听，或者在外貌和行为方面表现得过分吸引异性；情感反应强烈、易变，完全按个人的情感判断好坏；说话夸大其词，掺杂幻想情节，具体的真实细节，难于核对。

表演型人格障碍者在生活中或多或少地存在着，例如，某企业一青年女工，平时只讲究穿着打扮，炫耀自己，在单位上干尽出风头的事。只喜欢听到对她的赞扬声、甜言蜜语声，不爱听到反对她的声音，更不爱听到批评，轻一点的批评对她来说都不得了，大吵大闹后还不上班。她平常言语、行为和服饰总爱模仿影视明星和歌唱明星，好象她本人就是明星似的，等等。表演型人格障碍者除了闹得家不安宁外，在企业里也是令管理者头疼的。

因此，对表演型人格障碍者进行治疗是很必需的。对他们的治疗主要以心理治疗为主，如认知心理治疗，通过心理治疗的方法使他们偏离的人格得以纠正。

回避型人格障碍

一、表现特征

回避型人格又叫逃避型人格，其最大特点是行为退缩、心理自卑，面对挑战多采取回避态度或无能应付。美国《精神障碍的诊断与统计手册》中对回避型人格的特征定义为：

1. 很容易因他人的批评或不赞同而受到伤害。
2. 除了至亲之外，没有好朋友或知心人(或仅有一个)。
3. 除非确信受欢迎，一般总是不愿卷入他人事务之中。
4. 行为退缩，对需要人际交往的社会活动或工作总是尽量逃避。
5. 心理自卑，在社交场合总是缄默无语，怕惹人笑话，怕回答不出问题。
6. 敏感羞涩，害怕在别人面前露出窘态。
7. 在做那些普通的但不在自己常规之中的事时，总是夸大潜在的困难、危险或可能的冒险。

只要满足其中的四项，即可诊断为回避型人格。

有回避型人格障碍的人被批评指责后，常常感到自尊心受到了伤害而陷于痛苦，且很难从中解脱出来。他们害怕参加社交活动，担心自己的言行不当而被人讥笑讽刺，因而，即使参加集体活动，也多是躲在一旁沉默

寡言。在处理某个一般性问题时，他们往往也表现得瞻前顾后，左思右想，常常是等到下定决心，却又错过了解决问题的时机。在日常生活中，他们多安分守纪，从不做那些冒险的事情，除了每日按部就班地工作、生活和学习外，很少去参加社交活动，因为他们觉得自己的精力不足。这些人在单位一般都“被领导视为积极肯干、工作认真的好职员，因此，经常得到领导和同事的称赞，可是当领导委以重任时，他们却都想方设法推辞，从不接受过多的社会工作。

回避型人格障碍的行为退缩性与分裂样人格障碍的行为退缩性不同：前者并不安于或欣赏自己的孤独，不与人来往并非出于自己的心愿，他们行为的退缩源于心理的自卑。想与人来往，又怕被拒绝、嫌弃；想得到别人的关心与体贴，又因害羞而不敢亲近。

二、形成原因

回避型人格形成的主要原因是自卑心理。心理学家认为，自卑感起源于人的幼年时期，由于无能而产生的不胜任和痛苦的感觉，也包括一个人由于生理缺陷或某些心理缺陷(如智力、记忆力、性格等)而产生的轻视自己、认为自己在某些方面不如他人的心理。具体说来，自卑感的产生有以下几方面原因：

1. 自我认识不足，过低估计自己。每个人总是以他人为镜来认识自己，如果他人对自己作了较低的评价，特别是较有权威的人的评价，就会影响对自己的认识，从而低估自己。有人发现，性格较内向的人，多愿意接受别人的低评价而不愿接受别人的高评价；在与他人比较的过程中，也喜欢拿自己的短处与他人的长处比，这样越比越泄气，越比越自卑。

2. 消极的自我暗示抑制了自信心。当每个人面临一种新局面时，首先都会自我衡量是否有能力应付。有的人会因为自我认识不足，常觉得“我不行”，由于事先有这样一种消极的自我暗示，就会抑制自信心，增加紧张，产生心理负担，工作效果必然不佳。这种结果又会形成一种消极的反馈作用，影响到以后的行为，这样恶性循环，使自卑感进一步加重。

3. 挫折的影响。有的人由于神经过程的感受性高而耐受性低，轻微的挫折就会给他们以沉重的打击，变得消极悲观而自卑。

此外，生理缺陷、性别、出身、经济条件、政治地位、工作单位等等都有可能是自卑心理产生的原因。这种自卑感得不到妥善消除，久而久之就成了人格的一部分，造成行为的退缩和遇事回避的态度，形成回避型人格障碍。

三、治疗方法

对这类人格障碍的治疗，可以从以下几方面着手。

1. 消除自卑感。

(1) 要正确认识自己，提高自我评价。形成自卑感的最主要原因是不能正确认识和对待自己，因此要消除自卑心理，须从改变认识入手。要善于发现自己的长处，肯定自己的成绩，不要把别人看得十全十美，把自己看得一无是处，认识到他人也会有不足之处。只有提高自我评价，才能提高自信心，克服自卑感。

(2) 要正确认识自卑感的利与弊，提高克服自卑感的自信心。有的人把自卑心理看作是一种有弊无利的不治之症，因而感到悲观绝望，这是一种不正确的认识，它不仅不利于自卑心理的消除，反而会加重。心理学家认

为，自卑的人不仅要正确认识自己各方面的特长，而且要正确看待自己的自卑心理。自卑的人往往都很谦虚，善于体谅人，不会与人争名夺利，安份随和，善于思考，做事谨慎，一般人都较相信他们，并乐于与他们相处。指出自卑者的这些优点，不是要他们保持自卑，而是要使他们明白，自卑感也有其有利的一面，不要因自卑感而绝望，认识这些优点可以增强生活的信心，为消除自卑感奠定心理基础。

(3)要进行积极的自我暗示，自我鼓励，相信事在人为。当面临某种情况感到自信心不足时，不妨自己给自己壮胆：“我一定会成功：一定会的：”或者不妨自问：“人人都能干，我为什么不能干？我不也是人吗？”如果怀着“豁出去了”的心理去从事自己的活动，事先不过多地体验失败后的情绪，就会产生自信心。

2.克服人际交往障碍。回避型人格的人都存在着不同程度的人交往障碍，因此必须按梯级任务作业的要求给自己定一个交朋友的计划。起始的级别比较低，任务比较简单，以后逐步加深难度。例如：

第一星期，每天与同事(或邻居、亲戚、室友等)聊天十分钟。

第二星期，每天与他人聊天二十分钟，同时与其中某一位多聊十分钟。

第三星期，保持上周的交友时间量，找一位朋友作不计时的随意谈心。

第四星期，保持上周的交友时间量，找几位朋友在周末小聚一次，随意聊天，或家宴，或郊游。

第五星期，保持上周的交友时间量，积极参加各种思想交流、学术交流、技术交流等。

第六星期，保持上周的交友时间量，尝试去与陌生人或不太熟悉的人交往。

一般说来，上述梯级任务看似轻松，但认真做起来并不是一件轻松的事。最好找一个监督员，让他来评定执行情况，并督促坚持下去。其实，第六星期的任务已超出常人的生活习惯，但作为治疗手段，以在强度上超出常规生活是适宜的。在开始进行梯级任务时，你可能会觉得很困难，也可能觉得毫无趣味，这些都要尽量设法克服，以取得良好的治疗效果。

依赖型人格障碍

一、表现特征

依赖型人格障碍是日常生活中较常见的人格障碍。美国《精神障碍的诊断与统计手册》中将依赖型人格的特征定义为：

1. 在没有从他人处得到大量的建议和保证之前，对日常事物不能作出决策。
2. 无助感，让别人为自己作大多数的重要决定，如在何处生活，该选择什么职业等。
3. 被遗弃感。明知他人错了，也随声附和，因为害怕被别人遗弃。
4. 无独立性，很难单独展开计划或做事。
5. 过度容忍，为讨好他人甘愿做低下的或自己不愿做的事。
6. 独处时有不适和无助感，或竭尽全力以逃避孤独。
7. 当亲密的关系中止时感到无助或崩溃。
8. 经常被遭人遗弃的念头所折磨。

9. 很容易因未得到赞许或遭到批评而受到伤害。

只要满足上述特征中的五项，即可诊断为依赖型人格。

依赖型人格对亲近与归属有过分的渴求，这种渴求是强迫的、盲目的、非理性的，与真实的感情无关。依赖型人格的人宁愿放弃自己的个人趣味、人生观，只要他能找到一座靠山，时刻得到别人对他的温情就心满意足了。依赖型人格的这种处世方式使得他越来越懒惰、脆弱，缺乏自主性和创造性。由于处处委屈求全，依赖型人格障碍患者会产生越来越多的压抑感，这种压抑感阻止着他为自己干点什么或有什么个人爱好。

心理学家霍妮在分析依赖型人格时，指出这种类型的人有几个特点：

(1) 深感自己软弱无助，有一种“我知渺小可怜”的感觉。当要自己拿主意时，便感到一筹莫展，像一只迷失了港湾的小船，又像失去了教母的友姑娘。

(2) 理所当然地认为别人比自己优秀，比自己有吸引力，比自己能干。

(3) 无意识地倾向于以别人的看法来评价自己。

依赖型人格源于人类发展的早期。幼年时期儿童离开父母就不能生存，在儿童印象中保护他、养育他、满足他一切需要的父母是万能的，他必须依赖他们，总怕失去了这个保护神。这时如果父母过分溺爱，鼓励子女依赖父母，不让他们有长大和自立的机会，以致久而久之，在子女的心目中就会逐渐产生对父母或权威的依赖心理，成年以后依然不能自主。缺乏自信心，总是依靠他人来作决定，终身不能负担起选择采纳各项任务、工作的责任，形成依赖型人格。

生活中这样的例子屡见不鲜，有一个家喻户晓的民间故事极具代表性。有一对夫妇晚年得子，十分高兴，把儿子视为掌上明珠，捧在手上怕飞，含在口里怕化，什么事都不让他干，儿子长大以后连基本的生活也不能自理。一天，夫妇要出远门，怕儿子饿死，于是想了一个办法，烙了一张大饼，套在儿子的颈上，告诉他想吃时就咬一口。等他们回到家里时，儿子已经饿死了。原来他只知吃颈前面的饼，不知道把后面的饼转过来吃。这个故事讥讽得未免有些刻薄，但现实生活中类似的现象也不能说没有，特别是如今大多数家庭都是独生子女，父母、爷爷奶奶、外公外婆都视之为宝贝，孩子的日常生活严重依赖亲人，造成长大以后生活自理能力极差。某报曾载有个学生考取了出国留学，但该生一想到出国后没人给他洗衣，没人照顾他的生活就感到恐惧，最后只好放弃出国机会的事。据天津市少工委对 1500 名中小学生的调查，其中 51.9% 的学生长期由家长整理生活用品和学习用具；有 74.4% 的学生在生活和学习上离开父母就束手无策；只有 13.4% 的学生偶尔做些简单家务，情况实在令人堪忧。从以上分析可知，目前独生子女教育如果不抓紧抓好，有些孩子很可能会形成

依赖型人格，从小的方面讲影响了个人的前途，从大的方面讲则是影响一代人的发展乃至整个国家的命运。

二、治疗方法

对依赖型人格障碍的治疗，可以采用如下方法：

1. 习惯纠正法。依赖型人格的依赖行为已成为一种习惯，治疗首先必须破除这种不良习惯。清查一下自己的行为中哪些是习惯性地依赖别人去做，哪些是白作决

定的。你可以每天作记录，记满一个星期，然后将这些事件按自主意识强、中等、较差分为三等，每周一小结。

对自主意识强的事件，以后遇到同类情况应坚持自己做。例如某一天按自己的意愿穿鲜艳衣服上班，那么以后就坚持穿鲜艳衣服上班，而不要因为别人的闲话而放弃，直到自己不再喜欢穿这类衣服为止。这些事情虽然很小，但正是你改正不良习惯的突破口。

对自主意识中等的事件，你应提出改进的方法，并在以后的行动中逐步实施。例如，在订工作计划时，你听从了朋友的意见，但对这些意见你并不欣赏，便应把自己不欣赏的理由说出来，说给你的朋友听。这样，在工作计划中便掺入了你自己的意见，随着自己意见的增多，你便能从听从别人的意见逐步转为完全自作决定。

对自主意识较差的事件，你可以采取诡控制技术逐步强化、提高自主意识。诡控制法是指在别人要求的行为之下增加自我创造的色彩。例如，你从爱人的暗示中得知她喜欢玫瑰花，你为她买一枝花，似乎有完成任务之嫌。但这类事情的次数逐渐增多以后，你会觉得这样做也会给自己带来快乐。你如果主动提议带爱人去植物园度周末，或带爱人去参观插花表演，就证明你的自主意识已大为强化了。

依赖行为并不是轻易可以消除的，一旦形成习惯，你会发现要自己决定每件事毕竟很难，可能会不知不觉地回到老路上去。为防止这种现象的发生，简单的方法是找一个监督者，最好是找自己最依赖的个人。

2. 重建自信法。如果只简单地破除了依赖的习惯，而不从根本上找原因，那么依赖行为也可能复发。重建自信法便是从根本上加以矫正。治依赖型人格障碍。

第一步，消除童年不良印迹。依赖型的人缺乏自信，自我意识十分低下，这与童年期的不良教育在心中留下的自卑痕迹有关。你可以回忆童年时父母、长辈、朋友对自己说过的具有不良影响的话，例如：“你真笨，什么也不会做。”、“瞧你笨手笨脚的、让我来帮你做。”等，你把这些话语仔细整理出来，然后一条一条加以认知重构，并将这些话语转告给你的朋友、亲人，让他们在你试着干一些事情时，不要用这些话语来指责你，而要热情地鼓励、帮助你。

第二步，重建勇气。你可以选做一些略带冒险性的事，每周做一项，例如：独自一人到附近的风景点做短途旅行；独自一人去参加一项娱乐活动或一周规定一天“自主日”，这一日不论什么事情，决不依赖他人。通过做这些事情，可以增加你的勇气，改变你事事依赖他人的弱点。

反社会型人格障碍

反社会型人格也称精神病态或社会病态、悖德性人格等。在人格障碍的各种类型中，反社会型人格障碍是心理学家和精神病学家所最为重视的。

根据精神病学家和心理学家研究的成果来看，产生反社会型人格的主要原因有：早年丧父丧母或双亲离异、养子、先天体质异常、恶劣的社会环境、家庭环境和不合理的社会制度的影响，以及中枢神经系统发育不成熟等。一般认为，家庭破裂、儿童被父母抛弃和受到忽视、从小缺乏父母亲在生活上和情感上的照顾和爱护，是反社会型人格形成和发展的主要社会因素。儿童被父母抛

弃和受到忽视包括两种含义：其一，父母对孩子冷淡，情感上疏远，这就使儿童不可能发展人际之间的温顺、热情和亲密无间的关系。随后儿童虽然形式上学习到了社会生活的某些要求，但对他人的情感移入得不到应有的发展。

心理学中所谓情感移人，是指理解他人以及分担他人心情能力，或从思想情感上把自己纳入他人的心境。其二，是指父母的行为或父母对孩子的要求缺乏一致性。父母表现得朝三暮四，喜恶、赏罚无定规，使得孩子无所适从。由于经常缺乏可效法的榜样，儿童就不可能发展具有明确的自我同一性。反社会型人格障碍患者对坏人和对同伙的引诱缺乏抵抗力、对过错缺乏内在怨疚心等现象，都是由于他人赏罚的不一致性，本人善恶价值的判断自相矛盾所造成的；他们的冲动性和无法自制某些意愿及欲望，都是由于家庭成员对于自己的行为无原则、不道德、缺乏节制等恶劣榜样造成的。可见，反社会型人格的情绪不稳定、不负责任、撒谎欺骗，但又泰然而无动于衷的行为，都与家庭、社会环境有重要的关系。

一、表现特征

1. 外表迷人，具有中等或中等以上智力水平。初次相识给人很好的印象，能帮助别人消除忧烦、解决困难。

2. 没有通常被认为是精神病症状的非理性和其他表现，没有幻觉、妄想和其他思维障碍。

3. 没有神经症性焦虑；对一般人心神不宁的情绪感觉不敏感。

4. 他们是不可靠的人，对朋友无信义，对妻子(丈夫)不忠实。

5. 对事情不论大小，都无责任感。
6. 无后悔之心，也无羞耻之感。
7. 有反社会行为但缺乏契合的动机；叙述事实真相时态度随便，即使谎言将被识破也是泰然自若。
8. 判别能力差，常常不能吃一堑长一智。
9. 病态的自我中心，自私，心理发育不成熟，没有爱和依恋能力。
10. 麻木不仁，对重要事件的情感反应淡漠。
11. 缺乏真正的洞察力，不能自知问题的性质。
12. 对一般的人际关系无反应。
13. 做出幻想性的或使人讨厌的行为。对他人给予的关心和善意无动于衷。
14. 无真正企图自杀的历史。
15. 性生活轻浮、随便，方式与对象都与本人不相称。有性顺应障碍。
16. 生活无计划，除了老是和自己过不去外，没有任何生活规律，没有稳定的生活目的。他们的犯罪行为也是突然进发的，而不是在严密计划和准备下进行的。

上述这些反社会人格特征都是在青年早期就出现了，最晚不迟于 25 岁。

在做出反社会型人格的诊断时，所要考虑的最关键方面是个人对自己的反社会行为的反应。在上述特征中，无责任感和无羞耻心特别重要。反社会型人格障碍患者即便在做了大多数人通常会感到可耻和罪恶的事后，在情感上也无反应。

临床心理学家还发现，反社会人格障碍患者，在童年时期就有所表现，加偷窃、任性、逃学、离家出走、积习不改、流浪和对...切权威的反抗行为；少年时期过

早出现性行为或性犯罪；常有酗酒和破坏公物、不遵守规章制度等不良习惯；成年后工作表现差，常旷工，对家庭不负责任，在外欠款不还，常犯规违法；30岁以后，大约有30%—40%的患者有缓解或明显的改善。

二、治疗方法

由于反社会型人格障碍的病因相当复杂、目前对此症的治疗尚缺乏十分有效的方法。如使用镇静剂和抗精神类药物治疗，只能治标不治本，且疗效不显著；而心理治疗对那些由于中枢神经系统功能障碍而成为反社会型人格的患者又毫无作用。但在实践中发现，对那些由于环境影响形成的、程度较轻的患者，实施认知领悟疗法有一定疗效。施治者可帮助患者提高认识，了解自己的行为对社会的危害，培养患者的责任感，使他们担负起对家庭、对社会的责任；提高患者的道德意识和法律意识，使他们明白什么事可以做，什么事不能做，努力增强控制自己行为的能力。这些措施对减少患者的反社会行为不失为有效的方法。

少数家庭关系极为恶劣而与社会相处尚可的患者，可以在学校或机关住集体宿舍或到亲友家寄养，以减少家庭环境的负面影响，同时培养其独立生活的能力。个别威胁家庭与社会安全的反社会型人格障碍患者，可送人少年工读学校或成人劳动教养机构，参加劳动并限制其自由。对情节特别恶劣、屡教不改的患者，如上述病例中的李某，可采用行为治疗中的厌恶疗法。当患者出现反社会行为时，给予强制性的惩罚(如电击、禁闭等)，使其产生痛苦的体验，实施多次以后，患者一产生反社会行为的冲动，就感到厌恶，全身不舒服，通过这样减少其反社会的行为。然后根据其行为矫正的实际表现，

放宽限制，逐步恢复其正常家庭生活与社会生活。

偏执型人格障碍

偏执型人格又叫妄想型人格。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，就是在背后说风凉话，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咎于他人，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，但从来不信任别人的动机和愿望，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。

一、表现特征

为了便于诊断，《中国精神疾病分类方案与诊断标准》中将偏执型人格的特征描述为：

1. 广泛猜疑，常将他人无意的、非恶意的甚至友好的行为误解为敌意或歧视，或无足够根据，怀疑会被人利用或伤害，因此过分警惕与防卫。

2. 将周围事物解释为不符合实际情况的“阴谋”，并可成为超价观念。

3. 易产生病态嫉妒。

4. 过分自负，若有挫折或失败则归咎于人，总认为自己正确。

5. 好嫉恨别人，对他人道错不能宽容。

6. 脱离实际地好争辩与敌对，固执地追求个人不够合理的“权利”或利益。

7. 忽视或不相信与患者想法不相符合的客观证据。因而很难以说理或事实来改变患者的想法。

患者的症状至少要符合上述项目中的三项，方可诊断为偏执型人格障碍。

偏执型人格的人很少有自知之明，对自己的偏执行为持否认态度，因此在社会上人数和比例确实不详。据1988年上海市青少年心理卫生调查资料表明，这种人格障碍的人数占心理障碍总人数的5.8%，实际情况可能要超过这个比例。在调查研究中还发现，偏执型人格障碍患者中以男性较多见，且以胆汁质或外向型性格的人居多。

二、治疗方法

对偏执型人格障碍的治疗应采用心理治疗为主，以克服多疑敏感、固执、不安全感和自我中心的人格缺陷。主要有以下几种方法。

1. 认知提高法。由于患者对别人不信任、敏感多疑，不会接受任何善意忠告，所以首先要与他们建立信任关系，在相互信任的基础上交流情感，向他们全面介绍其自身人格障碍的性质、特点、危害性及纠正方法，使其对自己有一正确、客观的认识，并自觉自愿产生要求改变自身人格缺陷的愿望。这是进一步进行心理治疗的先决条件。

2. 交友训练法。鼓励他们积极主动地进行交友活动，在交友中学会信任别人，消除不安感。交友训练的原则和要领是：

(1)真诚相见，以诚交心。本人必须采取诚心诚意、肝胆相照的态度积极地交友。要相信大多数人是友好的和比较好的，可以信赖的，不应该对朋友，尤其是知心朋友存在偏见和不信任态度。必须明确，交友的目的在于克服偏执心理，寻求友谊和帮助，交流思想感情，消除心理障碍。

(2)交往中尽量主动给予知心朋友各种帮助。这有助于以心换心，取得对方的信任和巩固友谊。尤其当别人有困难时，更应鼎力相助，患难中知真情，这样才能取得朋友的信赖和增强友谊。

(3)注意交友的“心理相容原则”，。性格、脾气的相似和一致，有助于心理相容，搞好朋友关系。另外，性别、年龄、职业、文化修养、经济水平、社会地位和兴趣爱好等亦存在“心理相容”的问题。但是最基本的心理相容的条件是思想意识和人生观价值观的相似和一致，所谓“志同道合”。这是发展合作、巩固友谊的心理基础。

3. 自我疗法。具有偏执型人格的人喜欢走极端，这与其头脑里的非理性观念相关联。因此，要改变偏执行为，偏执型人格患者首先必须分析自己的非理性观念。如：

我不能容忍别人一丝一毫的不忠。

世上没有好人，我只相信自己。

对别人的进攻，我必须立即予以强烈反击，要让他知道我比他更强。

我不能表现出温柔，这会给人一种不强健的感觉。

现在对这些观念加以改造，以除去其中极端偏激的成份。

我不是说一不二的君王，别人偶尔的不忠应该原谅。

世上好人和坏人都存在，我应该相信那些好人。

对别人的进攻，马上反击未必是上策，而且我必须首先辨清是否真的受到了攻击。

我不敢表示真实的情感，这本身就是虚弱的表现。

每当故态复萌时，就应该把改造过的合理化观念默念一遍，以此来阻止自己的偏激行为。有时自己不知不觉表现出了偏激行为、事后应重新分析当时的想法，我出当时的非理性观念，然后加以改造，以防下次再犯。

4. 敌意纠正训练法。偏执型人格障碍患者易对他人和周围环境充满敌意和不信任感，采取以下训练方法，有助于克服敌意对抗心理。

(1)经常提醒自己不要陷于“敌对心理”的旋涡中。事先自我提醒和警告，处世待人时注意纠正，这样会明显减轻敌意心理和强烈的情绪反应。

(2)要懂得只有尊重别人，才能得到别人尊重的基本道理。要学会对那些帮助过你的人说感谢的话，而不要不疼不痒地说一声“谢谢”，更不能不理不睬。

(3)要学会向你认识的所有人微笑。可能开始时你很不习惯，做得不自然，但必须这样做，而且努力去做好。

(4)要在生活中学会忍让和有耐心。生活在复杂的大千世界中，冲突纠纷和摩擦是难免的，这时必须忍让和克制，不能让敌对的怒火烧得自己晕头转向，肝火旺旺。

分裂样人格障碍

分裂样人格障碍是日常生活和医学心理咨询门诊

中比较常见的人格障碍。据上海市青少年小理健康调查资料显示,其中分裂样人格障碍占人格障碍总数的 29% 左右,接近 1/3。1975 年著名的精神病学家罗逊特指出这种类型的人约占正常人群的 7.5%,且男性多于女性。

一、表现特征

《中国精神疾病分类方案与诊断标准》(CCMD — 2 — R)中对分裂样人格障碍的特征表述为:

1. 有奇异的信念,或与文化背景不相称的行为,如相信透视力、心灵感应、特异功能和第六感官等。

2. 奇怪的、反常的或特殊的行为或外貌,如服饰奇特、不修边幅、行为不合时宜、习惯或目的不明确。

3. 言语怪异,如离题、用词不要、繁简失当、表达意见不清,并非文化程度或智能障碍等因素所引起。

4. 不寻常的知觉体验,如一过性的错觉、幻觉、看见不存在的人。

5. 对人冷淡,对亲属也不例外,缺少温暖体贴。

6. 表情淡漠,缺乏深刻或生动的情感体验。

7. 多单独活动,主动与人交往仅限于生活或工作中必需的接触,除一级亲属外无亲密友人。

患者症状至少符合上述项目中的三项,方可诊断为分裂样人格障碍。从以上的诊断标准可以看出,分裂样人格障碍患者主要表现出缺乏温情,难以与别人建立深切的情感联系,因此,他们的人际关系一般很差。他们似乎超脱凡尘,不能享受人间的种种乐趣,如夫妻间的交融、家人团聚的天伦之乐等,同时也缺乏表达人类细腻情感的能力。故大多数分裂样人格障碍患者独身。即使结了婚,也多以离婚告终。一般说来,这类人对别人的意见也漠不关心,无论是赞扬还是批评,均无动于

衷，过着一种孤独寂寞的生活。其中有些人，可以有些业余爱好，但多是阅读、欣赏音乐、思考之类安静、被动的活动，部分人还可能一生沉醉于某种专业，做出较高的成就。但从总体来说，这类人生活平淡、刻板，缺乏创造性和独立性，难以适应多变的现代社会生活。

这类人的性欲淡漠也颇为突出，他们可称“不近女色”的模范。内心世界极其广阔，常常想入非非，但常常缺乏相应的情感内容，缺乏进取心。他们总是以冷漠无情来应付环境，以“眼不见为净”的方式逃避现实，但他们这种与世无争的外表不能压抑内心的焦虑和敌意的痛苦。

分裂样人格的人可以适应人少的工作，如图书馆书库、山地农场林场等，他们更容易从事宗教和过隐居生活，但很难适应人员众多的场合和需要交际的工作。

分裂样人格很容易让人联想起另一个词：精神分裂症。一般认为，分裂样人格容易诱发精神分裂症，但一直没有令人信服的证明。有些学者研究表明多数精神分裂症患者病前有分裂样人格，而另一些学者的研究发现，对分裂样人格患者持续观察 15—20 年后，极少有变为精神分裂症的，分裂样人格的血清中也并无较一般正常族群更多的精神分裂症病患特征。因此分裂样人格与精神分裂症和遗传的关系尚待证实。

分裂样人格障碍的形成一般与人的早期心理发展有很大关系。

人类个体出生以后，有很长一段时间不能独立，需要父母亲的照顾，在这个过程中，儿童与父母的关系占重要地位，儿童就是在与父母的关系中建立自己的早期人格的。在成长过程中，尽管每个儿童不免要受到一些

指责，但只要他感觉到周围有人爱他，就不会产生心理上的偏差。但如果终日不断被骂、被批评，得不到父母的爱，儿童就会觉得自己毫无价值。更进一步，如果父母对子女不公正，就会使儿童是非观念不稳定，产生心理上的焦虑和敌对情绪，有些儿童因此而分离、独立、逃避与父母身体和情感的接触，进而逃避与其他人和事物的接触，这样就极易形成分裂样人格。

二、治疗方法

对分裂样人格障碍的治疗目标是要纠正孤独离群性、情感淡漠和与周围环境的分离性。具体方法有以下几种：

1. 社交训练法。旨在纠正孤独不合群性，一般按照以下步骤进行：

(1)提高认知能力，懂得孤独不合群、严重内向的危害，自觉投入心理训练。同时讲清训练的方法、步骤、目的和注意事项，要求积极配合实施。

(2)制定社交训练评分表。自我评分，每天小结，每周总结。8—12周为一疗程。施治者(医生、专业人员、家长等)每周核对记录，并作出评价。

自我评分标准：

0分训练无变化

1分稍有进步，愿意参加社交，与人接触交谈，但接触交谈仍比较勉强和刻板。

2分明显进步，能够主动与人接触交谈，孤独不合群的倾向改变程度在50%以上。

3分孤独不合群现象基本消失。

(3)评分计算和奖励措施。每日最低分为0分，最高分为3分，每周最高分为18分。如果以8周为一疗程，

总分 144 分。一般以奖励表扬为主，对每一点一滴进步都要加以肯定，并给予强化，以鼓励其自信心，这一点很重要。奖励方式通常可采用现金、代币、赠送喜爱的生活学习用品、允许定期外出旅游等等。切忌因为无进步或进步微小而批评责备，以免造成患者心理反感和对自己丧失信心。

(4)训练内容和目标：训练内容从简到繁，从易到难。开始时由施治者和受训者共同商定，以一位朋友(同学或同事)为交谈对象，每次要求主动与他交谈 5 分钟，交谈内容和方式不限，逐渐做到主动、自如比较融洽地随便交谈。进而逐步增加交谈的时间(从 5 分钟增加到 20 分钟，再增加到半小时)；对象由 1 人增加到 5 人。训练成功后，改变训练内容，鼓励其转向积极参加集体活动，投入现实生活。

2. 兴趣培养法。兴趣是指积极探究某种事物而给予优先注意的认识倾向，并具有向往的良好情感。因此兴趣培养有助于克服兴趣索然、情感淡漠的人格。具体做法如下：

(1)提高认知。要求本人有意识地分析自己，确定积极人生的理想追求目标。应使其懂得这样一个道理：人生是一种情趣无穷的愉快旅程，每一个人都应该像一位情趣盎然的旅行家，像欣赏宇宙万物那样，每时每刻都在奇趣欢乐的道路上旅行，这样才能充满生活乐趣和前进的活力。

(2)社会实践。要创造条件，有意识地接触社会实际生活，扩大接受社会信息量，促使兴趣多样化。

(3)参加兴趣小组活动。这是培养兴趣的较好形式，内容有绘画、歌咏、舞蹈、艺术、体育锻炼、科技活动

等。

攻击型人格障碍

一、特点

攻击型人格障碍是一种以行为和情绪具有明显冲动性为主要特征的人格障碍，又称为暴发型或冲动型人格障碍，通常还有以下特点。

1. 情绪急躁易怒，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是有意识的，亦可以是无意识的。
4. 行动反复无常，可以是有计划的，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、自夷或罪恶感。
5. 心理发育不健全和不成熟，经常导致心理不平衡。
6. 容易产生不良行为和犯罪的倾向。

上述表现是主动攻击型的表现。还有一种被动攻击型形式，其主要特征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、百依百顺，内心却充满敌意和攻击性。例如，故意晚到，故意不回电话或回信，故意拆台使工作无法进行；顽固执拗，不听调动。拖延时间，暗地破坏或阻扰。他们的仇视情感与攻击倾向十分强烈，但又不肯直接表露于外，他们虽然牢骚满腹，但心里又很依赖权威。

主动攻击型人格障碍与前面提到的反社会型人格障碍相类似，但又有区别。一般说来，主动攻击型人格呈现较为持久的攻击言行，缺乏自控能力，以对他人的攻击

冲动为主要表现；反社会型人格主要表现对他人和社会的反抗言行，具有屡教难改，明知故犯，常以损人不利己的失败结局告终，不能吸取经验教训。简言之，主动攻击型人格的行为以自控能力低下为特点，而反社会型人格则以行为不符合社会规范为特征。

二、形成原因

攻击型人格障碍产生的原因主要有以下几个方面：

1. 生理原因。大量动物实验与临床资料表明，攻击行为有其生理基础。一些生理学家提出，小脑成熟延迟，传递快感的神经道路发育受阻，因而难于感受和体验愉快与安全，可能是攻击行为发生的因素。有人报告，暴力犯罪者中脑电波异常多见，特别是颞叶的慢波活动与正相尖波，在普通人群中为 2%，在攻击型人格患者中则为 14%。另外，攻击行为还与人体内分泌腺和雄性激素分泌过多有关。

2. 心理原因，

(1)角色的认同与攻击性。进入青春期的男孩，自以为已经长大成人了，而且特别热衷于对男子汉角色的认同和片面理解，强调男子汉的刚毅、果敢、义气、力量、善攻击等特征，因此，他们会在同龄人面前，特别是有异性在场时表现出较强的攻击性，以证明白己是一个男子汉。

(2)自卑与补偿。每个人都可因自己身体状况、家庭出身、生活条件、工作性质等产生自卑心理，有自卑心的人常寻求自卑的补偿方式。当以冲动、好斗来作为补偿的方式时，其行为就表现出较强的攻击性。

(3)自尊心受挫。青年男子的自尊心特别强，如果经受挫折，往往反应特别敏感、强烈。挫折是导致攻击行

为的一个重要原因，“挫折攻击”理论提醒我们：生活中每个人或多或少都会有挫折，因而每个人都有攻击性；挫折越大，越可能出现攻击行为，甚至使用暴力。

3. 家庭原因。一般说来，攻击性与家庭教育有较大关系。被父母溺爱的孩子往往个人意识太强，受到限制就容易采取“还击”；专制型的家庭，儿童常遭打骂，心理受到压抑，长期郁结于内心的不满情绪一旦爆发出来，往往会选择较为激烈的行为来发泄积怨。而且，“种瓜得瓜，种豆得豆”，孩子还会模仿家长的攻击行为。

4. 社会原因。武打、凶杀的小说和电影使缺乏分析的青年人容易产生模仿和认同。另外，社会上流行的“老实人吃亏”的观念也易使青年人产生攻击性行为。

三、治疗方法

对攻击型人格障碍的治疗，可以从以下几个方面着手：

1. 开展青春期有关生理、心理方面的教育，使其能正确认识自己，认识自己外部的变化和心里的变化。进入青春期的男孩不能仅仅停留在对自己身体的某些外部特征和外部行为表现的认识上，还要鼓励他们经常反躬自问和独立反省，完善自我，把精力用到学习、成才上去。

2. 开展多种形式的业余文艺、体育活动，让青春期男孩体内的内在能量寻找一个正常的释放渠道。另外，培养各种爱好和兴趣，使其情操得到陶冶，从而健康成长。

3. 进行深入细致的心理访谈，使其正确对待挫折。人生在世会有这样或那样的挫折，要正视挫折，总结经验，找到受挫折的原因并加以分析，而不是一遇挫折就

采取攻击行为。通过各种手段培养他们的承受能力，并能对挫折采取积极的富有建设性的措施。

(1)培养必要的涵养。大事化小，小事化了；将心比己互相等重；适度容忍宽

以待人，避免产生攻击行为。

(2)升华作用。即使受挫，也要尽量转移到较高的需要与目的上去，把攻击的能量转移到学习、工作上来。

(3)补偿作用。受挫后，尽量用另一种可能成功的目标来补偿代替，以获得集体、他人对自己的承认，充分表现自己的能力，获得心理上的快慰感。

(4)积极的表同作用。“榜样的力量是无穷的”，尽量让他们学习好的行为榜样，从积极的方面引导他们。

4.运用行为治疗的系统脱敏技术，帮助患者克服行为的冲动性。首先，施治者需找出一系列让求治者感到冲动的事件，通常这是靠求件，让求治者给出他对这些情境

事件感到的主观干扰程度，即 SUD。

治疗者按各事件的 SUD 将它们排列为一个等级，这个级被称为冲动事件层次。治疗开始，首先让求治者放松三、五分钟。施治者可以用语言暗示帮助求治者放松。例如，施治者可以说：“你感到你的身体变得愈来愈沉重，你身上的肌肉变得愈来愈轻松。你的手臂变得愈来愈轻松，你的双肩变得愈来愈轻松……你感到全身愈来愈放松。你感到非常舒适，非常愉快，非常轻松。”然后，施治者指示求治者：“当你感觉非常舒适和轻松时，就请抬起右手的食指示意一下。”当求治者开始做这一动作时，施治者口头指示求治者想象冲动事件层次中 SUD 程度最轻的事件，让求治者口头报告在该情境清晰地出现在

头脑中时。他所体验的 SUD 程度。然后施治者指示求治者又进入放松状态，重复前面的过程，让求治者再想象刚才的事件，报告 SUD 程度。这样多次反复，如果求治者对这一冲动事件报告的 SUD 逐渐下降至某一较低水平且不再下降时，则可以认为求治者对这一事件的冲动已经消失。施治者便可换用冲动事件层次中的下一个事件，直至求治者对所有事件的冲动均基本消失。

性变态篇

施虐癖与受虐癖

虐待狂者可以通过责骂、侮辱、恐吓等方式造成对方精神上的痛苦、恐惧、害怕、屈辱和求饶来获得满足与快感，不一定造成肉体痛苦。他们所使用的暴力可以是造成轻微疼痛或无损伤的调戏动作，也可是极为残暴的甚至是导致死亡的伤害行为，例如鞭抽、牙咬、手拧、脚踢、针扎、火烙、刀割等等。习惯于以残暴手段来满足性快感的虐待狂者往往不易控制自己的冲动，因而极易造成对方严重受伤。在某些情况下，严重的虐待狂冲动会导致强奸、凶杀等暴力犯罪。

而受虐狂所受痛苦也可以是从不造成伤害的、非暴力的凌辱、恐吓到残酷的殴打、拳击，刀伤等等。大多数受虐狂者尚能控制受虐待时的情境，在自己严重受伤之前结束被凌辱和伤害的行为。

那些交替扮演两种角色的人则既凌辱、伤害他人，

又接受他人的凌辱和伤害。

有人认为，施虐狂与受虐狂倾向是原始时代求爱过程的一部分，到了后世此种倾向变做一些回光返照的表现(即返祖现象)，一个衰弱与萎缩的人，想用疼痛振奋精神，以达到刺激性欲的目的。但只是一种设想，没有充分的事实根据。对虐待狂和受虐狂的形成原因目前有多种不同解释。关于虐待狂的形成，专家们认为与这样几种因素有关：

一是可能与童年生活经验有关。由于家庭教育环境中的某些因素，使儿童从小形成对性关系的错误认知定势。有个男性虐待狂在6岁时无意窥见父母在卧室里的性生活，父母的翻滚、挣扎、撕扯和气喘吁吁使他大惑不解。年纪大些的伙伴告诉他：你别看他们很痛苦，那可是人生最快乐的事。进入青春期后，他从小说、影视节目中看到一些男女边厮打边作爱的描写，更唤起了童年的记忆，这种认知与态度定势终于发展为虐待狂。恋爱期间对女友就有过几次伤害，当时女友认为是失手而不在意。婚后他更是屡屡虐待伤害妻子。有的受虐癖在受虐过程中表现自责感，认为自己对不起异性，产生内疚和罪恶感，从而甘愿接受异性的凌辱以表示在痛苦中对异性的服从和自罚，并与性冲动结合起来，形成受虐狂倾向。有的女性由于子宫病变，不得不动手术摘除子宫，于是产生自责自罪感，以至形成受虐狂人格。还有的是由于担心被异性拒绝或抛弃，因而产生孤独感、恐惧感，进而形成性变态心理，希望通过接受异性的凌辱与伤害来表示自己接受对方的爱。

二是出于对权威的反抗和对挫折的自我防卫。有的人在个人生活经历中受到过他人的欺凌打击，尤其是遭

受过异性的拒绝、侮辱，因而形成强烈的报复与反抗心理，借在异性身上施虐而显示自己的力量与征服，从中获得快感。

三是出于对过度自卑感的补偿。奥地利心理学家阿德勒(A. Adler)曾指出，人们通过追求优越感来补偿自己的自卑感。有些人对自己个人能力、生理素质、社会地位等方面的缺陷不安，深感自卑，因而对异性实施伤害，以发泄被压抑的性本能和心理紧张，在控制和伤害异性的过程中自己的优越感似乎得到显现与证明。

由于虐待狂和受虐狂的变态行为常造成伤害，所以常常触犯社会道德和法律。某些施虐狂，可发展成为施虐杀人狂。所以加强法制教育，使这些人明确了解自己行为的法律后果是必要的，同时也有助于暂时抑制与虐待相联系的性冲动。但更重要的是重视童年教育和家庭环境影响，家里成人在幼儿面前言行举止要检点，防止孩子自幼形成错误的性观念和性欲倒错及早消除不良人格的萌芽。在孩子进入青春期后，家长应以适当方式告诉孩子，怎样与异性健康地交往，怎样建立正常的异性友谊和感情；并向他们推荐合适的性知识读物，帮助他们了解正常的性生理功能、心理需要及为社会认可的需要满足途径。再者，对于虐待狂者，必要时可将其与经常虐待的异性对象隔离开来；不允许别人满足受虐狂者的虐待要求，为治疗其

变态性行为提供基础。

此外，针对诱发虐待狂和受虐狂的各种原因，要求本人家属与心理医生密切配合，进行治疗。一般采取支持性谈话疗法，对患者采取解释和教育，使其明确认识自己的心理异常或变态。下定决心去克服和矫正自己的

异常观念和行为。同时还可运用厌恶疗法，让虐待狂者和受虐狂者观看有关性虐待的电影或录像节目，当他们产生性兴奋和快感时，即给予厌恶刺激，逐步减弱与性虐待相联系的变态性兴奋，以至最后消除之。

恋物癖

恋物癖的发病机制尚不清楚。有的学者认为这与下丘脑中枢神经介质分泌失调有关；也有人认为这是由于对异性肉体的原始欲望和渴求所致；比较肯定的一点是由于童年环境与性意识混乱对人格发展所起的阻碍作用导致恋物癖。据临床了解，一些患者童年就习惯于抱着母亲的衣物、头巾睡觉，否则就不易入眠。这类情况如不及时纠正，长大后就容易形成恋物癖这种性倒错。

对恋物癖目前尚无特效药物治疗，但可施行心理治疗，配合环境教育与约束，能够矫正大多数恋物癖者的行为。对于恋物癖的防治要从幼儿教育开始，重视环境对幼儿人格的影响。在不同年龄阶段要根据儿童与少年的心理特征进行必要的性教育，引导他们正确认识两性生理和心理的差异，消除对异性的过分神秘感，鼓励他们努力学习，积极参加集体活动，培养良好的个性品质，尤其是自制力、果断性和品德修养。这些措施都有助于预防恋物癖。

恋物癖者一定要有矫正自己异常行为的坚定决心和信心，不要因为自己的行为难于纠正和易复发而自卑，要加强道德修养，主动参加有益身心健康的社会交往活动，少接触易引起性冲动和性挑逗的情境和物品，少看带有色情内容的文艺作品和影视节目。恋物癖者一般没

有反社会、攻击、不合作或偏执等严重人格异常行为，大多是愿意接受治疗的。因此，家庭成员、教师和其他人应该耐心疏导和教育有这种行为的人，让他们学习性科学知识，了解正常的性生理和性心理反应，认识恋物癖行为对社会、对自己心理健康所造成的危害，告诉他如何建立正常的两性友谊与爱情关系。如果能与一个理解、同情、体贴他的女性建立恋爱关系，这个女性对矫治他的异常性行为会起到重要作用。

对恋物癖者可采用厌恶疗法和疏导谈话疗法进行矫治。疏导谈话疗法是由心理医生或在患者心目中有权威的教师、家长或其他人跟患者进行谈话，在心理医生或其他谈话者耐心引导下，逐步克服错误的性观念，形成对性问题的正确认识。厌恶疗法则是由心理医生运用各种令人不快或厌恶的刺激作为强化物对患者实施行为矫正。当患者注视女性衣物用品，产生性快感时，即予以电击(或给予其他厌恶刺激)，令其感到痛苦，产生回避反应。如此反复多次治疗(约 1-2 周)，患者注视女性衣物时产生性兴奋和快感的次数就越来越少，直至消除。厌恶疗法与思想品德教育、行政处罚、个人修养和谈话疗法等措施相配合，可以对恋物癖收到较好的矫治效果。

露阴癖

露阴癖只指在不适当的环境下在异性面前公开暴露自己的生殖器，引起异性紧张性情绪反应，从而获得性快感的一种性偏离现象。这是一种比较常见的性变态行为，以男性患者居多，男女之间比例为 14：1。

露阴癖的发病原因，目前尚无定论。一般认为导致

露阴癖的原因有以下几种：

1.从种族和个性发育的角度来看，露阴癖是原始性行为的释放。

2.与环境密切相关。

3.性格上的缺陷。如过于内向、适应性差和婚姻的失败也是露阴癖产生的原因之一。此外，也不排除精神发育不全及精神病患者的所为。

露阴癖的发病年龄在 17 至 54 岁之间，易发年龄在 25 至 35 岁之间。其表现为，患者常常在黄昏或不太暗的晚上，在街头巷尾、公园或电影院附近人不多的地方，或十分拥挤但又有机可乘的地方；也有白天作案时，常常选择行驶的公共汽车，或站在住房的窗口、门洞等隐蔽角落，当异性走近突然暴露自己勃起的性器官，使对方惊恐不定、羞辱难耐、或耻笑辱骂，患者则从中感到性的满足，然后迅速离去。有的还伴有其他行为，如在露阴的同时与对方说话，证明其生殖器是正常的；或大喊大叫，同时伴有手淫行为；还有的试图与对方的手接触。有时两三种行为同时出现，但一般没有性暴力行为，不直接侵犯女性身体，只是在对方的惊叫、厌恶和辱骂中获得性满足。越是在大庭广众之下，受害者的反应越强烈，情景越紧张，冒险性越大，患者兴奋程度越高，有时甚至会哈哈大笑，手舞足蹈。露阴癖患者裸露的程度不一，男性多数仅显示生殖器，女性显露乳房，少数暴露全身。因此，有人把它分为上型（乳部）、后型（臀部）、前型（阴茎）。

露阴癖患者的意识大都是清楚的，因此他们在事后往往很懊恼，特别是被人当作“流氓”抓起来后更是羞愧难当。但面对露阴冲动时，又难以控制自己，常常是

冲动战胜理智，出现反复作案的现象。一般来说，露阴癖的治疗效果与患者发作的次数和病史有关，首次作案即被发现并进行治疗和处罚的，其效果明显；作案次数越多；越难治疗。从目前对露阴癖患者的治疗情况来看，以心理治疗效果最佳。

窥阴癖与窥淫癖

一般人对异性的生殖器都会好奇，都感兴趣，这是正常的，也是应该的。如果对异性生殖器不感兴趣甚至厌恶，那么很可能又走上另一个极端，即性冷淡，或同性恋。

但是阴部的确是人的私处，几千年来形成的性道德，都强调阴部的遮饰。一般人也不愿意让性伴侣之外的异性看到其阴部，特别是女性，通常都把阴部被看视为耻辱。一个心理健康的人总是能够克制对异性生殖器的好奇，保持社会关系的和谐，尊重社会道德和他人的隐私。

窥阴癖以偷窥异性的生殖器或相关器官（如女性乳房、臀部）甚至全裸身体为性满足的手段，同时还可能伴随着手淫。窥阴手段隐秘。如在墙上挖一个小洞，从门缝里偷看，或于夜间站在高处(阳台、树枝等)偷看。有的借助于反光镜、望远镜，也有的装扮成女子深入女浴室或女厕所。这和一般的流氓行为不同，具有习惯性，屡教不改。患者一般能意识到此类行为的错误及风险，但无法自控，处于一种欲罢不能、屡改屡犯的痛苦处境。对异性没有进一步的性接触或性侵犯。

窥阴癖多发生于性发育成熟的男性，需要利用特殊场所(厕所)、特殊手段(用镜子反射)。在青少年中发生的

窥阴癖以性好奇为主，但比较懦弱的性格或某次意外无意看见女阴引起性兴奋往往是窥阴的重要原因。对于成年男子，动机主要是出于追求刺激。他们对性配偶的裸体或公开的、公众性的异性暴露没有兴趣；窥淫时的压力愈大，愈能得到性快感及性满足；患者的人格大多不健全，多是内向、孤僻、缺乏与异性交往能力，或是婚姻的失败者。

一般认为导致窥阴癖的原因与以下几个方面有关：
(1)幼年时受到不良视觉性诱惑影响或不良的性经历，使性心理发育过程受阻。典型情况是患者幼年时看到母亲的裸体。或在青春期见到异性裸体或黄色照片。(2)偶然的窥阴行为与手淫相结合的不良影响，以后通过手淫的反复加强而固定下来。(3)色情文化的影响。(4)智力缺陷或者性方面的压抑亦可导致窥阴癖。

很多心理医生把窥阴癖归结为窥淫癖，但我是将它们区分的。窥阴癖属于窥私癖。窥淫癖则是以偷窥或偷听别人生活（性交或性爱抚）为满足手段，可能是性无知性好奇的畸形发展（青少年），也可能是性无能或对性能力缺乏自信的一种替代补偿（成人）。以窥阴满足性需要，是比较幼稚的，儿童化的行为。成人的性满足应该是以和谐的性交实现的。

性洁癖

性洁癖是一种异常性心理导致的异常性行为，其具体表现是多种多样的。

有的性洁癖者对唇舌吻异常反感，一旦有之，便会干呕头晕，甚至气喘汗出而昏厥；有的在性事之前，要

求性伴侣必须洗个“冰清玉洁”；至于事后立即去洗澡间，里里外外来个大清洗者，更是性洁癖的不可少的程序。

引起性洁癖的原因，主要在于存有某种固执概念的心理失常。有的人自幼受“爱清洁，讲卫生”的教条式教育，认为什么都不干净，以致在生活中自定诸多清规戒律，于是洁癖生成。这种人在婚后，很自然地把日常生活中的洁癖带到性生活中来，也就形成了各式各样的性洁癖。有的人则原本无洁癖心理和行为，甚至可能在日常生活中显得有些邈邈，但因对性生活缺乏正确认识，认为男女亲昵与交媾仅是传宗接代之必须，把正常性生活看成是最肮脏的、犯罪的行为，从而心生厌恶，故在性生活时会有洁癖表现。

性洁癖者在性生活中的种种洁癖表现，会严重影响性生活的质量，也可能因此而导致夫妻感情失谐或破裂。有的人即使对其性伴侣的性洁癖能容忍与迁就，久而久之也往往会出现压抑等心理。更为严重的是，女性性洁癖者在交媾后立即起床去里外大清洗，会使精子因失去了与卵子结合的机会而不孕。

要矫治性洁癖，既要有心理医生的指导，也要有性伴侣的支持，更要有自我心理调适与行为克制才行。其中，自我消除“一切都不干净”和“性事肮脏”的固有概念，极为重要。

易性癖

易性癖是指从心理上否定自己的性别，认为自己的性别与外生殖器的性别相反，而要求变换生理的性别特征。故又称变换性别癖或性别转换症，是一种心理上的

变态，属于性别身份识别障碍。此种变态行为男女都可见，以男性较多，男女比例约为 3：1。

易性癖产生的原因，目前还不十分清楚，一般认为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，希望改换成另外一种性别，作为另一种性别生活在他(她)们之中。这种人往往作异性装束，言谈举止如同异性一样，还常到医院请医生做转变性别的手术。男性于青春期前后在心理上认定自己是女性，并经常穿着女式服装，蓄女式发型，抹口红，画眉毛，逼尖嗓音说话，模仿女性的姿态，使用化学剂脱须，垫起胸部乳房，参加女性社会活动，喜爱烹调缝纫，性欲较低，仅有 1/3 的患者结婚，婚后又有半数离婚。他们纠缠医生，固执地要求用手术改变乳腺与外生殖器的形状，在医生不能满足要求时，常有自行切除外生殖器，或服用女性激素的。抑郁自杀者也常见。女性患者同样从外表打扮到内部感情、习惯爱好，均模仿男性，要求医生作乳房和子宫切除，少数的甚至要求作安装塑料阴茎的矫形手术。

在诊断易性癖时，需要与同性恋和异装癖区别开来。同性恋患者在性伙伴的关系中，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；易性癖虽然也像异装癖一样有穿异性服装、异性打扮的偏好，但这完全是出于心理上的需要，觉得自己就是个女

性，因此在穿着异性服装时并不引起性兴奋。而异装癖患者则在穿着异性服装时，伴有性兴奋，得到性满足的特点。

易性癖的治疗以心理治疗为主，根据具体情况，也可做变形手术。

1. 支持性心理治疗。心理医生与患者建立良好的医患关系，引导患者将内心的痛苦倾吐出来，并给予患者理解、关心和支持。因为易性癖是一种性别身份识别障碍，医生要用自己的知识来帮助患者认知自己的真正“身份”，帮助患者渡过心理上的危机。5

2. 认知领悟疗法。

(1) 让患者确认自身问题，接受现实。

(2) 宣泄、调整情绪。

(3) 改变认知，接纳自我，消除自卑感。

3. 疏导疗法。帮助患者分析易性癖产生的原因及其危害，提高患者对性别的认识，接受现实，使患者从痛苦中解放出来。交给患者一些治疗方法，树立起矫正易性癖行为的勇气和信心。

4. 变性手术。如今国内外虽然做了一些变性手术，但各国似乎都不提倡。专家认为社会过分渲染，无异于向患者暗示从变性手术找出路，这会对患者的症状起固化作用，无助于问题的解决。再说，受术者的社会性别能否真正适应，还有待进一步追踪观察。良策是及早预防。要告诫为人父母者，千万别把对孩子作异性打扮当儿戏。当发现孩子有易性癖倾向时，须及时找心理医生做心理治疗。实践证明，引导、促进这种人与异性结婚，有利于变态心理的纠正。

同性恋

所谓的同性恋就是“性取向障碍”，这些性心理障碍患者所追求的性爱对象是同性，而不像正常人那样追求异性。如何认识和对待同性恋问题一直是全世界范围内存在广泛争论的问题。如《红楼梦》等古代小说中对同性恋既没有回避也没有严加斥责，说明这一现象并非罕见。

各种文化都曾斥责和反对这种违反伦理和道德准则的行为。但法国早在 1810 年就认定只要是发生在达到法定年龄的成年人之间的，经双方同意，私下隐蔽的同性恋活动就是合法的。欧洲一些国家和美国一些州在 60 - 70 年代也纷纷效法通过类似的法律。美国精神病学会于 1974 年经投票表决把同性恋从性障碍中删除。国际疾病分类第 10 版中也取消了同性恋，总的来讲，它是一种社会现象和客观存在，人们观念的总的趋势是采取开放、宽容和睁一只眼闭一只眼的态度。

但 80 年代以来流行的艾滋病现多见于同性恋者的事实使西方社会一度出现恐慌，同性恋者几乎成了过街老鼠人人喊打，人们避之唯恐不及。由于目前艾滋病已越来越多地在异性之间传播，所以那种片面地把同性恋和艾滋病等同起来、甚至认为艾滋病是上帝对同性恋的惩罚的观点是绝对占不住脚的。

同性恋的一大特点是在上层社会和最下层社会中多见，发生率的高峰处于两个极端，许多历史名人如柏拉图、米开朗基罗等智力水平高的同性恋者。又如日本筑波科学城里有些科学家为了献身事业夜以继日地工作，

导致家庭离异并走上与同性伴侣消遣有限的业余时间的道路。

在西方，同性恋的发生率可达 10%，有些城市甚至还要高得多，它随着社会背景和生活一半而有所不同。国外有人把人的性取向意识看作一个连续体，在连续体的两端分别是完全同性恋和完全异性恋，处在其中间的是两性恋，其余的人则分布在这个连续体的其他区段。

当然，靠近完全异性恋一端的人占极大多数。在同性恋中有 20% 属精神性同性恋，从不发生性关系，有 35% 偶有性关系，经常保持性关系的只有 15%，性关系混乱的只占极少数。

金赛调查报告表明，一些男性从青春期就是完全同性恋，这些人难以得到纠正，属于终生同性恋。在同性恋中的男性“妻子”和女性“丈夫”的性心理扭曲更为严重，他们多处于同性恋中的主宰地位。有些人既保持同性间性交往，也保持异性间性交往，则称为两性恋。有些人只是在一生中的某一时期或处于某一特定环境下时才出现同性恋倾向，像远航的海员、服役的士兵或集体宿舍的学生，称为境遇性同性恋；有些人则因失恋、婚姻破裂或其他原因而有过偶尔的同性恋倾向或性行为，为的是要寻求感情的宣泄，说明这些同性恋是后天发生的，它受人际和心理因素的影响。

此外，幼年期教育的影响也十分重要。但同性恋的起因至今不明，科学家们一直致力于从遗传物质、激素水平、心理因素、社会历史影响等方面寻找原因。据 1991 年世界性学大会上的论文报告，有人发现同性恋患者大脑中视上核的体积和细胞数目都有增加，但这一发现尚待进一步证实。

大多数同性恋者具有良好的自我协调能力，他们不承认自己有病，也不会向医生求助，他们的性观念和自我感受是一致的，并不需求治疗。有些同性恋者则属于自我紧张性同性恋，他们缺乏良好的自我协调能力，痛恨自己的行为，处于严重的自责和心理冲突之中，十分痛苦，加之社会和亲朋的压力，于是能够寻求医治。这些人多为男性，女性少见。女性同性恋的总数大约仅为男性同性恋的半数左右。

同性恋的治疗很困难，不能单纯局限在疾病本身，也要看到社会或家庭背景的影响，要减轻工作压力，鼓励他们发展与异性的正常交往。厌恶疗法是常用的治疗措施。强调早期预防，尤其是在儿童期就应接受科学的性教育，促进健全的性心理发展，这对于他们的一生幸福十分重要。

变态心理

变态心理亦称异常心理或病理心理，它是指人们的心理活动，包括思想、情感、行为、态度、个性心理特征等方面产生变态或接近变态，从而出现各种各样的心理活动异常(精神活动异常)。

研究这些异常的心理活动，包括探索异常心理活动的表现及其规律；寻找引起这些变态心理活动的原因；了解及掌握这些变态心理活动的发生、发展及其变化；并研究各种心理异常活动的纠正、治疗及预防的方法的学问，就称为变态心理学，亦称病理心理学。

变态心理学研究的范围非常广泛，涉及到人们心理活动的各个方面。人类的心理活动本来就是极其复杂的，

人们的心理活动既不能离开人们固有的心理活动的物质基础——人脑，亦不能脱离人类活动的场所——环境，这里当然包括自然环境与社会环境。人脑有病变，致使因人脑活动而产生的心理活动变得异常，这是极易了解的事实。环境有变化，也必然会引起人们心理活动的相应变化，因为环境中随时发生的变动，都是一种刺激，这种刺激通过人们种种固有的感觉器官，如眼、耳、鼻、舌、身(指皮肤、肌肉、骨骼等)而反射入脑，就构成了人们心理活动的内容。

人们的心理活动随着外界环境的变化而变化，这种变化是正常的心理活动，但是如果外界环境的变化过于强烈，或人们在这变化中心理活动的某些环节发生了适应不良或其他病变，就可能使人们的心理活动变成异乎寻常，也就发生变态心理现象。

曾有人这样认为：有了变态心理活动的人实际上是有了精神病，因此变态心理学所要研究的实际就是精神病人。这种意见并不完全正确，因为它把变态心理学的内容限得过于狭窄了。诚然，精神病人所表现的，确是变态心理学所要研究的，但是在许多情况下，有变态心理表现的，并不一定是精神病人。例如一个人患了某些躯体疾病，就说患了心脏病罢，他整天对自己的疾病担心害怕，怕心脏病一旦恶化就会危及生命，因而整天忧郁、焦虑、意志消沉，对前途悲观，这种心理表现就是不正常的，就属于变态心理的范围。因此，变态心理学也要对它进行研究及指导。

变态心理的表现可以有轻重之分，有的非常严重，达到了精神病的程度，而有的则比较轻微，与一般心理状态相较仍为健康的状态。据世界卫生组织的估计，同

一时期里，在一般外表正常的人中间，几乎可以有 20 ~ 30% 的人有不同程度的行为异常(心理异常)表现。

人格解体神经症

有位十六七岁的女中学生向医生描述了她的"奇异"病情:大约几个月前，忽然有一天，她觉得自己的双手和双腿不再属于自己的身体了，外面似乎包着一层东西，与此同时，她发现家里的桌椅板凳也忽然失去了立体感，她为此感到惶恐。据她回忆，这种感觉是一阵一阵出现的，每次持续时间约 10 ~ 20 分钟，然后又如同从梦中醒来一般，真真切切地感觉到身体和外界物体的存在。她还说，在这种感觉出现之前，她常常心情郁闷。

还有一位大学一年级学生，有一天上午，她神情紧张地到精神科就诊，说是自己变"疯"了。她说，近一年来，她老是一阵阵地觉得自己像在梦中，总有恍恍惚惚之感，自己的情绪也总是处于快要失控的状态。在这一段时间内，她对周围事物的感知能力降低，似乎感官都麻木了，因此走路时常常深一脚浅一脚。她说："大夫，这种感觉真让人难受，一旦来了，无论采用什么方法都无效，但每次不到 1 小时，它又神不知鬼不觉地消失了。"

我们在文艺作品中也常看到这样的情节：某人突然接到噩耗，当时便吓傻了，甚至不敢相信自己的耳朵，以为是自己听错了，或者，他抬眼看到的人和物也都像蒙着雾一般，或是像在梦里一样……

上述的几种情况都有一个共同的特点，即当事人对自身的一部分或对外界事物觉得不真实、不确切，有一

种说不清的隔膜感，精神病理学称为人格解体症状或非真实感。

人格解体作为一个症状，在许多精神疾病中都能见到，尤其常见于抑郁症、癔病、疑病症等。有一位抑郁症病人准确地描述了自己患病后出现的人格解体症状：“自从发病以来，我不但情绪不高，有自卑、自责的念头及对前途感到无望，还有一个症状也让我难以忍受，就是自己与别人及外界事物间总有一种难以打破的隔膜感，比如我看日出、看花，都如在梦里，与人交往时也有一种似真若梦的感觉，我真怀疑自己是不是还活着。”

在正常人群中也有许多人有过这种经历，尤其是那些爱幻想的诗人、小说家，更是常常“如堕五里雾中”，而且，有许多人还将这种经历记录下来，成为传世佳作。存在主义哲学家、文学家保罗·萨特曾写过一篇小说，名叫《恶心》，其中详细而逼真地描写了“我”的人格丢失的感觉。书中的“我”已丧失了独立存在的人格，而被其“替身”所替代了，连呼吸、写字等一举一动都不再属于自己，而是为那位“替身”存在的，“我”为此而陷入深深的苦恼之中。显然，在萨特的笔下，这种人格解体（萨特称为“非存在”）是一种痛苦的心理经历。

前面已经说过，正常人群中，也有许多人有这种人格解体的体验，但一般不会到医院去就诊，只有当事人觉得这种“似真若梦”的感觉妨碍了自己的生活时，才会求助于医生。

老年痴呆症

所谓的老年痴呆症，指的是一种持续性高级神经功

能活动障碍，即在没有意识障碍的状态下，记忆、思维、分析判断、视空间辨认、情绪等方面的障碍。

一般上老年痴呆症常常发生在 50 岁以后，起病隐潜，发展缓慢，最早期往往是以逐渐加重的健忘开始，如果不注意，通常不容易发现，按照病情的发展，可大致分为三个阶段：

第一阶段也称健忘期

这期的表现是记忆力明显减退，例如开始时忘记讲过的话、做过的事或重要的约会等，慢慢地连远事也遗忘了。与此同时，思维分析、判断能力、视空间辨别功能、计算能力等也有所降低，但有时还可以保持过去熟悉的工作或技能。

第二阶段也称混乱期

这时除第一阶段的症状加重外，很突出的表现是视空间辨认障碍明显加重，很容易迷路。

还有穿衣也很困难，或把裤子当衣服穿；不认识朋友或亲人的面貌，也记不起他们的名字，不能和别人交谈，尽管有时会自言自语。

第三阶段也称极度痴呆期

病人进入全面衰退状态，生活不能自理，如吃饭、穿衣、洗澡均需人照顾，便尿失禁。

尽管老年痴呆症的发病率是随年龄的增大而增加，而且年纪越大，发病的机会越多，但却非绝对，因为，还是有不少老人的智力仍很好。

孤独症

孤独症的主要特征为社会交往功能和交流游戏技巧

的障碍、异常动作和兴趣以及复杂多样化的重复刻板行为。这种并非有意装出来的不合群，常常让患儿父母痛苦不堪，欲哭无泪。

孤独者越来越多

孤独症的发现最早可追溯到 1938 年。美国精神科医生凯纳观察到一个 5 岁的男孩唐纳德，表现出一些奇特的症状：这个孩子似乎生活在自己独有的世界里，他旁若无人，记忆力惊人却不能与人正常对话，两岁半时他就能流利背诵《圣经》23 节以及历届美国正副总统的名字，说话时你我不分，迷恋旋转木棍、平锅和其他圆形物体，对周围物体的安放位置记忆清楚，同时对位置的变动和生活规律的轻微变化均感到烦躁不安。后来凯纳又陆续观察到 10 例与唐纳德类似的孩子，1943 年他报道了这 11 名儿童。这 11 名孩子被凯纳诊断为早发性婴儿孤独症，因为是凯纳医生首先发现，又被称为凯纳综合征，这就是我们今天所说的儿童孤独症，又叫自闭症。

曾经有一段时间认为孤独症是一种仅发生于中上层人士的疾病，现在该病已经在世界各国的各个阶层、各个种族均有发现。孤独症患病率各国报道不一，有人认为该病属于罕见病，但是近年有较多文献报道，该病发病率不低，男女发病率差异显著，比率约为 4 : 1。1982 年，南京儿童精神卫生研究所的陶国泰教授在我国首先报道了 4 例儿童孤独症，但目前我国并没有患病率的调查。

并非父母冷漠的产物

很多家长在孩子被诊断为孤独症之后都会问：“孤独症是怎么引起的呢？”很遗憾，到目前为止，科学家们仍然没有发现导致孤独症的真正病因。大量的研究推测，

孤独症可能与遗传基因、胎儿期病毒感染有关。近年来有些研究者认为也可能与慢性汞中毒有关，但是这些研究都没有取得肯定的结论。凯纳医生于 1943 年首先提出孤独症诊断后，曾经认为孤独症的病因是由于父母亲在情感方面的冷漠和教养过分形式化所造成的，后来的研究彻底否定了他的这一观点，这使很多父母亲摆脱了痛苦和自责。

发现孤独症患者

父母亲往往最早注意到的问题是孩子不说话，随着孩子的长大，问题逐步显露，尤其是语言方面的问题非常突出，要么孩子不会说话，要么对父母的指令“听而不闻”，而父母亲非常清楚地知道孩子的听力正常。即使孩子说话了，也往往是一些重复语言、鹦鹉学舌语言、自言自语，或者根本就无人能懂的“外星人语言”，极少具有交流性质的主动语言。在非语言交流方面也存在明显异常，喜欢一人独自玩耍，即使和小朋友玩也仅仅是跟在别的孩子后面来回跑动而不能进行任何合作性的游戏；缺乏与他人甚至父母亲之间的目光对视，通常不怕陌生人。

孤独症儿童给人印象最深的可能是刻板行为、独特的兴趣和惊人的机械记忆能力。患儿一般都会表现出这样或那样的刻板行为或刻板动作，例如转圈、嗅味、玩弄开关、双手舞动、来回奔走、排列玩具和积木、特别迷恋某些东西尤其是圆形物体如电风扇和汽车轮子、爱看电视广告或天气预报、爱听某一首或几首固定的歌等等。往往在某一段时间有某几种刻板行为，随着时间发生变化。在生活方面也表现为顽强的拒绝改变，例如坚决拒绝某些食物，固定坐在某一位置进食，坚持只在家

里上厕所等。多数患儿记忆力较好甚至记忆力惊人，尤其是在机械记忆方面，例如年代、汽车牌照、地图形状、英文单词、很久以前去过的地方等等。美国电影《雨人》中的哥哥就是一个典型。

此外多数患孤独症的孩子还存在感觉异常，包括对某些声音的特别恐惧或喜好，有些表现为对某些视觉图像的恐惧，不喜欢被人拥抱，痛觉迟钝。多动和注意力分散行为在大多数孤独症患儿较为明显，常常被误诊为儿童多动症。发脾气、攻击、自伤等行为在孤独症患儿中均可以看到，这类行为可能与父母教育中较多使用打骂或惩罚有一定关系。

精神分裂症

精神分裂症在精神疾病中是一组最多见的疾病，在精神科的门诊及住院部本病患者约占就诊人数的 2 / 3。大多数患者在年富力强的青年时期起病，以 25 岁左右为最多，也有不少在 15 ~ 40 岁之间的少年和壮年时间起病，大多起病缓慢，少数呈急性或亚急性。

病程多为冗长，从数月至数十年。如不及时治疗常会反复发作或迁延不愈。当疾病在高峰期，患者的工作、学习、生活、社会交往等均适应不良，客观检查发现情感、思维、意志行为的互相不协调，即精神活动有分裂现象。

但患者对本身的疾病却毫无认识，往往拒绝就医，即使家人勉强将其带至医院，大多也不愿意接近医生，不愿意诉述自身的感受，都认为自己没有病不需要治病更不需要服药或接受其他治疗。

此时如果家人给以迁就，往往会使疾病拖延治疗，拖延过久不治，会反复发作或逐步发展为慢性，到了疾病的晚期则逐渐变为精神衰退，此时病者变成整日无所事事的徘徊或独坐一隅，对任何人任何事物均不感兴趣，漠不关心，不与亲人来往，学习工作上毫无要求也没有什么打算，甚至连生活上必需的吃饭、喝水、个人卫生等均需别人照料。

所以精神分裂症把本来精力最充沛、对社会贡献最大的黄金时代夺去了，除了患者本人健康受到了很大损失以外，还给家属及单位的同志带来了精力上及经济上的负担，精神上带来了痛苦。所以该疾病一当发现即应及时治疗，以减少疾病的迁延与复发。在变态心理及精神疾病中精神分裂症是最值得我们重视与研究的问题。

精神分裂症的病象都是变态心理，它的表现形式多种多样，十分繁杂，可以说是“千变万化”，不仅不同的病人症状不一样，就是同一病人，每次患病及同次患病的不同时期也表现不一样，但如能掌握其“万变不离其宗”的要领，就可以把这个病区别出来。该病的主要表现是精神活动(也称心理活动)脱离现实，在知觉、情感、思维及意志行为之间互相不协调及互相影响，而导致学习、工作、生活、社交等适应能力降低，因此常不能维持原来的学习工作能力，原来的生活习惯方式也变为异常。下面谈谈该疾病各时期的表现：

一、早期

大部分患者无明显诱因下缓慢起病，许多病状是在不知不觉中逐渐形成。最早被发现很多时候独自呆坐似在思考问题，生活较前懒散，纪律松弛，做事注意力不集中，常漫不经心，学习成绩下降，与其谈话话题不多，

语句简单、内容单调，逐渐对人冷淡，疏远亲人，本来很有兴趣的事物也不感兴趣。

偶然可发现有一两句话不可理解或“牛头不对马嘴”，或有时有点奇怪的行为。如突然发怒摔烂东西，或为一点小事执拗与人纠缠不休，无理取闹，莫名其妙地伤心落泪或欣喜。此时常易被误会为“思想问题”或性格改变。有部分患者会诉说：时有头晕、头痛、失眠、记忆力差、注意力不集中、全身疲倦无力等不适，也有表现为怕脏，反复洗手，无故心慌恐惧，心烦意乱等，也常常被误诊为神经衰弱。

部分患者可因躯体有病或精神受刺激等因素诱发，突然出现失眠、兴奋、言语与行为明显异常，少数会出现短暂意识不清并有片断性幻觉妄想或呆着不动成为木僵状态等。

二、充分期

此期为精神分裂症明显显露特征性病状时期，其表现如下：

1. 思维障碍也称联想过程障碍，较轻病状时为思维散漫，病者讲话或写文章时，每句话文法结构尚通顺，但上下句之间或上下文之间缺乏连贯性，因而整段讲话或文章使人无法理解其中心内容。病状严重时加重思维破裂，不仅句与句之间无联系，每个语句也不完整，好象语词的杂拌或语句的堆积，紊乱得支离破碎，好象一个文盲的人乱按打字机所打出来的文章。

有的可表现为思维中断，与人谈话时突然停顿片刻，再接下讲时已转变了话题。

此外还有思维涌现，即脑子内不由自主地冒出一连串毫无联系语句，有如泉水一般涌出，病者想压也压不

住。有时又觉似被别人施加外力把一些思想插入或挤入脑袋中，是别人强加于自己的，这种感觉叫强制性思维。还有的表现为思维贫乏，与他坐在一起，如果你不提出问题就只有相对无言，对问话的回答也非常简单，多重重复单调地答“是”或“不是”。另有些病者向你叙述事情时仅讲了三言两语就认为表达了许多含意，认为别人已详细了解其要说的内容了，这称为病理性简述。

病人对事物的思考和推理常缺乏逻辑性，对事物的判断分析不符合现实规律，不符合一般情理，却自认为很有道理。缺乏逻辑性的表现形式有语词新作和病理象征性思维。病人创作一些图案、符号、文字或动作，以表示他自己才能理解的概念。如写“女男”表示结婚，举起弯曲的末指表示欢迎。

病理性象征性思维是因为病者把抽象的概念与具体事物混淆不清。如一男青年经常保持双膝关节不屈以表示坚强，坚强是抽象概念，双膝关节的位置是具体事物，两者混为一谈。还有一中年工人不准许女儿买黑毛线回家打毛衣，妥买只能买红的，以表示他这家人走“红线”（革命路线）不走“黑线”。

思维障碍还包括思维内容的障碍的部分病者会存在各种各样的妄想，以被害及关系妄想最多见，其次夸大、嫉妒、等妄想也常见。这些妄想可以单一或多种同时存在且互相影响。例如有一青年搭公共汽车时旁边坐着两位解放军，下车后在马路上行走前后都有摩托车，则推想自己是个大人物，不然为什么上街有解放军保护和有摩托车开路。在家听到邻居在打扑克，传来断续的声音说：“枪毙……糟了……出错啦……”，又推想“他们嫉妒我是个大人物，给我加上犯错误的罪名，要拉我去枪

毙了”。这个病者同时存在夸大、关系、被害三种妄想且互相关联及渗透。

2. 情感障碍是精神分裂症的主要症状之一。病者在安静时表现冷淡，对周围事物无兴趣，不关心，与亲人疏远，告知重大事件时无动于衷，喜欢一人独坐房中，甚至连吃饭也不与亲人一起吃。有时会出现兴奋激动或焦虑抑郁等反应，但大多与周围环境无联系而是受幻觉妄想所支配，有时其情感与周围环境极不协调，为亲人开追悼会的时候他却站在一旁自笑。其情感也常与思维内容不协调，如笑嘻嘻的叙述她的悲惨遭遇。

3. 意志行为障碍我们每个人的行为都是受自己的意志所支配，如要完成某项任务必须决心克服一切困难才行。病者无论对学习或工作都无责任心，抱无所谓的态度，对近期或远期的打算也不考虑，整天无所事事地呆坐、卧床或无目的地徘徊，甚至日常生活的吃饭、洗脸、换衣服、梳头理发等也是被动的。有时可因幻觉妄想的影响而自语、自笑或作出打人毁物、自伤等行为。

以上提过的病者在思维、情感与行为三方面不协调也是主要的特征，这些特征常从病者日常的事例可以找到。

三、后期

病者经过积极治疗以后，可能有几种不同的转归：一部分经治疗后病况逐渐好转而达到痊愈，愈后可以恢复其原来工作。部分病人虽经努力治疗但不易完全控制症状，常呈反复发作。部分患者虽病况好转但遗留淡漠、孤僻、少语、学习工作不主动等症状。也有些遗留性格改变，对什么事都采取无所谓的态度，对社会及家庭均无责任心。少部分逐渐发展为精神衰退，即除了本能地

感到饥饿时主动吃东西外无所要求，终日呆坐一隅或蒙头大睡，不与任何人接触，生活全部需别人照顾。

在精神分裂症的充分期，临床医生为了治疗与护理的方便，常把典型表现的病人分为四种类型。

一、单纯型

于青少年期缓慢起病，一般无明显诱因，以孤僻懒散、冷淡、思维贫乏、意志缺乏为主要特征，可有片断的幻觉妄想，早期常有头痛、头晕、失眠、全身无力等神经衰弱症状群，常易被误诊为神经衰弱。病程发展缓慢，往往短者1—2年，长者3—5年；因此早期易被误认为性格或思想问题。如不及时诊断及治疗，易逐渐迁延为慢性精神衰退。

二、青春型

在16~23岁的青春期起病，大多为急性骤起失眠兴奋。行为紊乱、幼稚，常冲动打人毁物。情感不稳，无外界诱因而独自喜怒哀乐变化无常，瞬间即转变。思维明显破裂，言语增多，无论唱歌或讲话都是杂乱无章，可有片断离奇的幻觉妄想。这种类型着重早期控制兴奋症状，如发展为疾病充分期则难以控制。此型大多呈反复发作，发作多次后易趋向精神衰退。

三、紧张型

发生于青壮年，呈急性或亚急性起病，以表情淡漠行为抑制为其主要特征。初期言语动作明显减少，发展至严重时呈木僵状态，躺着不言、不动、不食，毫无表情，活象一个木头人。但要警惕有时会突然解除抑制呈兴奋状态，突然起来打人、毁物、逃跑，常历时短暂，又可转回木僵状态。此类型一触预后良好，经治疗后可完全恢复。

四、妄想型(偏执型)

青壮年起病，起病形式缓慢，早期为敏感多疑或间伴有听幻觉，以后逐渐发展为妄想观念，大多以被害、关系、夸大、嫉妒、疑病或影响等妄想。由于妄想及幻觉而影响其言行异常，但其情感反应常与思维内容及环境不协调，妄想内容荒谬脱离现实。病程发展较慢，早期尚能正常工作故不易被发现。常发展至影响工作生活，产生异常行为时才被发现有病。此型预后较好，经治疗大多可痊愈，只有少部分会遗留性格改变，极少数逐激发展为慢性精神衰退。