

『十二五』国家重点图书

心理学经典理论

应用
书系

健康心理学

Health

Psychology

HEALTH
PSYCHOLOGY

郭成 赵小云等 / 编著

浙江出版联合集团
浙江教育出版社

版权信息

COPYRIGHT

书名：心理学理论怎么用：健康心理学

作者：郭成；赵小云 等 编著

出版社：浙江教育出版社·浙版数媒

出版时间：2016年6月

ISBN：9787553640297

本书由浙江出版集团数字传媒有限公司授权得到APP电子版制作与发行

版权所有·侵权必究

总序

过去的一个多世纪里，人类社会不仅在物质世界的探索之路上一路高歌猛进，在认识 and 了解人类自身的道路上也收获颇丰。曾经有研究者这样描述心理学发展的历史和前景：“二百年前的人类尚未拥有科学心理学这一探索内在世界的途径，但是人类探知精神世界的旅程却早已扬帆起航！二百年后的人类将以何种形式继续这一旅途尚未可知，但是我无比坚信，只要我们存在一天，这个脚步就绝不会停止。”心理学是探索人类行为及其心理规律的科学，尽管作为一门独立的学科，心理学的历史还十分短暂。1879年，德国著名心理学家冯特在莱比锡大学创建了世界上第一个心理实验室，标志着心理学从哲学中分化出来。科学心理学在短短的一百多年间迅猛发展，众多研究者对心理学的研究对象与理论体系进行长期的研究和争鸣，形成了各种不同的理论流派，呈现出百花齐放、万紫千红的局面。

人类社会的发展是希望构建一个美好和谐的家园，和谐家园离不开人自身的和谐、人与自然的和谐、人与社会的和谐。这就要求我们了解人类自身行为的规律和特点，发现人与自我、与他人、与社会和谐相处之道。作为人类社会的一分子，当对人类自身心理发展的规律越了解，就越有可能与这个世界和谐相处。心理学研究的目的就是深层次揭示和预测人的行为和心理的发生、发展规律，帮助人类提高自身的学习和工作效率，提高健康水平和生活质量，促进人类更幸福地生活，

也有助于社会稳定和谐。“心理学经典理论应用书系”的出版，是我们回应社会发展和人类自身发展需要而做的有益探索和尝试。

当今社会，大众对了解心理学的需求和热情是以往任何时候都不可比拟的。2009年底，由北京师范大学校长董奇教授和我主编的“心理学经典实验书系”出版，该书系所带来的影响让我们始料未及：广大读者对“实验书系”的出版给予了很高的评价，书系中的《教育心理学》等多次重印，书系还获得了第三届中华优秀出版物奖图书奖。我们由衷地感谢社会大众对我们的厚爱，也愿意为大家做更多有意义的事。这次我们把视线转向心理学理论，是因为我们认为，要掌握心理学的精髓，让心理学更好地指导我们的生活，最快捷和有效的方法是学习在心理学发展史上留下浓墨重彩的经典心理学理论。我们可以从一个个心理学理论中了解人的心理规律，理解人类自身，指导自己的日常生活、工作和学习。事实上，我们身边有许多人也正是从对心理学理论的学习中了解和掌握心理学、获得有益的启迪的。当讲起教师角色对学生期待的巨大作用，我们可以引用皮格马利翁效应；当谈到为什么人们往往可以为自己的行为找到理由时，我们会说起认知失调理论；当和大家讨论人们究竟需要什么的时候，我们会说到需要层次理论……本书系对心理学几个主要领域的众多经典理论进行了系统梳理和总结，深入挖掘这些理论背后的深刻含义，让广大读者走近心理学，领悟心理学对人类社会和现实生活的重要作用。

时至今日，随着心理学研究的深入和拓展，心理学自身不断分化，衍生出了众多的心理学分支学科。本书系涉及心理学中七个与现代社会和生活关系最密切的主要领域，共七册：《教育心理学》《儿童发展心理学》《管理心理学》《经济心理学》《健康心理学》《社会心理学》

《传播心理学》。

本书系努力追求以下几点：一是所选理论的经典性和权威性；二是分析研究的科学性和学术性；三是写作风格的趣味性和通俗性；四是丛书构成的完整性和实用性。每册书均从各自领域的体系出发，较完整地反映该领域经典的、权威的、影响深远的理论。每个理论一般包括引言、理论介绍、研究支持、理论应用、应用案例和点评。“引言”部分阐述该理论提出的背景和现实意义，帮助读者认识理论的价值；“理论介绍”部分介绍理论的主要思想和观点，让读者了解该理论的含义；“研究支持”部分呈现支持该理论的研究成果，让读者了解心理学的科学研究思路；“理论应用”部分根据理论的含义提出切实、有效、科学的实践指导意见，帮助读者理解该理论的实际意义；“应用案例”部分分享运用该理论的实践案例，并进行简单的点评，帮助读者将理论运用到实际生活中。为了拓展读者的视野，书中还加入了知识拓展阅读内容，通过有序衔接，不仅完整、科学地介绍心理学经典理论，而且提供了丰富的研究支持证据和拓展资料，以期让读者进一步明晰理论的含义，实现科学严谨、轻松有趣、实用具体的结合。因此，本书系不仅适合广大心理学工作者，也适合所有热爱心理学、希望了解人类自身心理奥秘的社会大众阅读。希望本书系的出版，能让大家在运用心理学经典理论促进个人发展、提高生活质量、促进社会和谐方面有所助益。

本书系从选题提出、写作到正式出版历时三年多，每册书的作者为此付出了辛勤的劳动，作为主编，我对每位作者表达真诚的感谢。当然，由于种种原因，本书系也一定存在许多不足之处，敬请广大读者批评指正。本书系的出版得到了浙江教育出版社的大力支持，相关人员为此付出了艰辛的努力，反复与我们沟通、讨论，倾注了大量心血，在此向

他们表示衷心感谢。最后，我们还要感谢本书系中所收录的理论的创造者们，感谢这些先贤的大智大慧！我们能从他们的思想和智慧中获得启迪，是何等的幸运！



2015年8月

【关注公众号】：**奥丁读书小站（njdy668）**

- 1.每日发布新书可下载。公众号首页回复书名自动弹出下载地址。
- 2.首次关注，免费领取**16**本心里学系列，**10**本思维系列的电子书，**15**本沟通演讲口才系列，**20**本股票金融，**16**本纯英文系列，创业，网络，文学，哲学系以及纯英文系列等都可以在公众号上寻找。
- 3.我收藏了**10**万本以上的电子书，需要任何书都可以这公众号后台留言！看到第一时间必回！
- 4.也可以加微信【**209993658**】免费领取需要的电子书。
- 5.奥丁读书小站，一个提供各种免费电子版书籍的公众号，提供的书都绝对当得起你书架上的一席之地！总有些书是你一生中不想错过的！上千本电子书免费下载。

绪论

健康，是我们每个人的心愿。现代意义上的健康的内涵已经远远超越了身体的结构和功能，包含了认知、情感态度价值观和人际关系与行为等，涵盖了生理、心理、社会适应和道德几个层面。随着现代科学技术的迅速发展和医疗条件的不断改善，由传染性疾病和营养不良所导致的疾病人数已经大幅度下降，但在心理健康方面，越来越多的问题正在出现。据《人民日报》（海外版）2015年10月16日的一篇报道，中国城市居民中心理健康状况“较差”和“差”的比例约占13%—18%，中国的精神疾病患者数超1亿。再据有关统计，自杀已成为中国人死亡原因的第5位，而在25岁至34岁的青年人群中，自杀更位列死因之首。其实，生理是心理的基础，生理健康与心理健康是密不可分的。例如，当人们遇到压力或者感到紧张时，身体会分泌激素、心跳加速、胃胀、便秘等，而遭遇较为严重的压力或紧张时，人们就会认知失调，比如注意力涣散、记忆力减退、判断失误等，更有甚者还会出现比较强烈的神经衰弱、精神分裂等。同样的，任何不良的心理状态的变化都可能造成生理疾病，即心因性疾病。而任何对病人来说较有冲击力的疾病都会对病人的心理产生影响。这就是一个典型的生理与心理交互作用。因此，我们不仅要重视生理健康，更要重视心理健康。

当前，对于心理健康的定义，不同学者有不同的观点。综合对心理健康的不同理解，我们把心理健康界定为一种良好而持续的心理状态，

具体指有正常的智力、完善的人格、和谐的人际关系，能积极适应学习、生活、交往和环境，能主动寻求、探索自我发展途径，能有效地发挥个人的身心潜力和积极的社会功能。把握心理健康的内涵，主要考虑以下几点：首先，判断一个人心理健康状况应兼顾个体内部协调与对外适应良好两个方面。从个体内部来说，心理健康的人各项心理机能健全，人格结构完整，能用正当手段满足自己的基本需要；从个体对外关系来说，心理健康的人的行为符合规范，人际关系和谐，社会适应良好。其次，心理健康是相对性的。心理健康与心理异常之间没有一个绝对的界限，不妨把心理健康与心理异常视为人类精神生活状态连续体的两端，我们大多数人实际都处于这个连续体的某一个位置。再次，心理健康是一种动态平衡的过程。心理健康不是永久的无烦恼、无冲突、无痛苦的状态，而是能在这些情况下做出有效的自我调整，与现实环境保持动态的协调，进而促进自身的成长与发展。最后，心理健康作为一种整体的心理状态，反映出一个人健康的人生态度。心理健康的人对生活持开放态度，乐于吸取新经验，以积极的眼光看待周围事物，富有利他精神，有积极进取而又现实可行的生活目标，能放弃做“完人”“超人”的念头。总之，心理健康的人在生活中多持有一种积极的、开放的、现实的、发展的、辩证的、通达的人生态度。

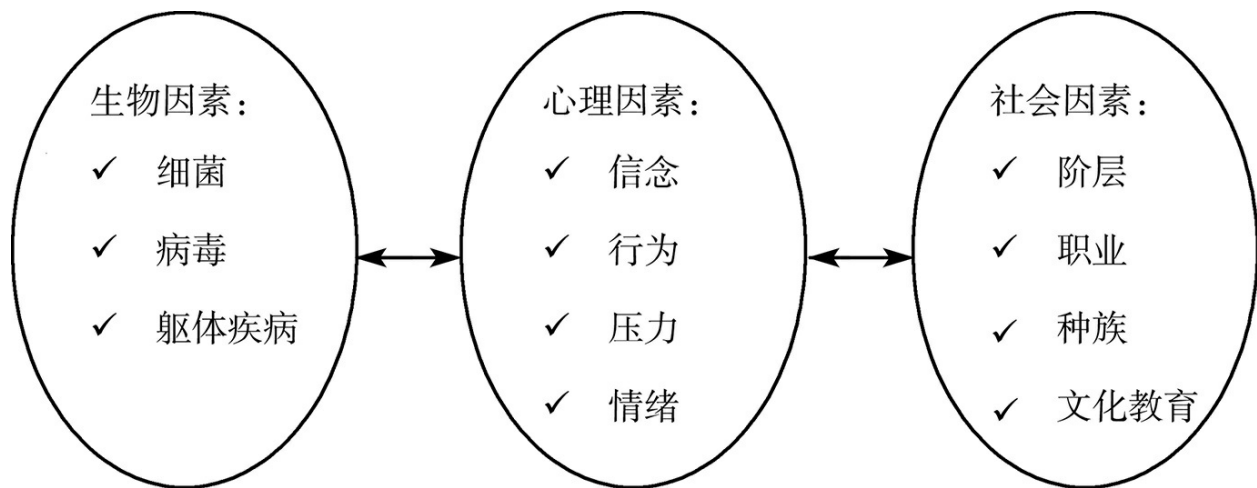
现代社会，就健康而言，人们更加需要心理健康的保障。这就使得一门新兴的学科——健康心理学应运而生，并得到迅速发展。健康心理学，实际上义同“心理卫生”（mental hygiene），其研究目的是综合运用心理学的理论与方法，以一般正常人为对象，对现代人生活中影响身心健康的各类因素进行分析、研究并提出建议，从而增进一般人对有关身心健康知识的了解（张春兴，1989）。

健康心理学是将心理学纳入健康领域中发展起来的一门全新学科，其将生物—心理—社会模式（biopsychosocial model）作为主导思想，坚持从多个方面研究个体或者群体的健康状况、病因病理以及干预过程。健康心理学认为，人体是复杂的系统，疾病是由多种因素而不是由单一的因素引起的，因此，健康心理学试图抛弃关于健康的简单的线性模型，主张疾病是由生物的（如病毒）、心理的（如行为、信念）和社会的（如职业）因素相互作用、共同引起的。在这样的视角下，个体不再被看成消极的受害者。比如说，对行为在疾病原因中所起的作用的再认知意味着个体本身可能要对其健康和疾病负有一定责任。

知识拓展

生物—心理—社会模式

1977年，美国精神病学家乔治·恩格尔（George L. Engel）在《科学》杂志上发表了《需要一种新的医学模式——对生物医学模式的挑战》一文，在这篇文章中他提出了一个基本的假设：健康和疾病是生物、心理及社会因素相互作用的结果，即生物—心理—社会模式（Engel, 1977）。这个新的模式提出后，在健康领域产生了广泛的影响，标志着医学领域开始将注意力从“疾病”转向“病人”，开始将人作为一个多元素、多层次、相互作用、相互影响的统一体。这一观点的提出，在医学领域引起了变革，更加突显了心理学在医学领域的重要地位，心理与身体关系的模型正在发生改变。



生物—心理—社会模式关系图

健康心理学将整个人看作是治疗的对象，而不仅仅是躯体疾病，因而病人本身对其治疗应负有部分责任，这些责任包括服药、改变信念和行为，他们不再被看成是受害者。健康心理学主张心理与身体是相互影响的，它背离了传统的医疗观，即身体和心理是两个不同的类别。健康心理学认为，心理因素不仅是疾病的可能后果，也是导致疾病发生的原因，心理学与健康之间存在直接和间接的联系。直接联系反映在生理学文献中，如探讨压力对疾病（如冠心病和癌症）影响的研究（Bergh, V dumyan, Fall, Almroth, & Montgomery, 2015; Becker et al., 2015）。根据这种观点，一个人对生活的感受方式（如“我感到有压力”）对其身体具有直接的影响，因而可能改变其健康状态。心理学与健康之间的间接联系则更多地反映在研究行为的文献中，如探讨吸烟、饮食、锻炼和性行为的研究（Jackson et al., in press; Mishra et al., 2009）。根据这种观点，一个人的思维方式（如“我感到有压力”）会影响其行为（如“我需要一支烟”），这种行为反过来也可能影响其健康。这种生物—心理—社会的相互影响、相互作用的观点是健康心理学的主要思

想。

1978年，健康心理学会成为美国心理学会（APA）的第38个分支，同时健康心理学会创办了《健康心理学》和《行为医学杂志》两本期刊。随后世界各国纷纷成立相应的心理健康组织。在亚洲，日本和韩国分别于1988年、1994年成立健康心理学会，并创办了学会杂志。

根据APA健康心理学会第一任会长马塔拉佐（Joseph Matarazzo）的观点，健康心理学有四项主要目标：①保持并促进健康。健康心理学关注这样的问题：为什么人们会吸烟、饮酒、过度饮食？健康心理学家通过对这些问题的研究，既可以为学校拟定健康教育课程提供资料，还可以为媒体制作相关的节目提供一定的素材，从而向广大民众宣传健康的生活方式和行为习惯。②预防并治疗疾病。健康心理学家将心理学的原理有效地应用于预防治疗，如降低患心脏病、高血压等疾病的危险性；而对于慢性病病人，则可以帮助他们调整心理状态，制订康复计划，提高生活质量。③鉴别心理、社会病因及其与健康 and 疾病的关联。例如，了解人格因素在疾病发生中的重要作用，研究应激与疾病的关系等。④分析并改善医疗保障体系和健康政策。健康心理学家研究如何才能帮助医生和护士为病人提供更为有效的服务。

可以说，健康心理学的研究领域非常广泛，主要包括以下几个方面：①研究心理、行为因素在疾病病因学中的作用。例如，吸烟、饮食等在冠心病发病中的作用；情感抑制、负性生活事件等在肿瘤发生、发展中的作用。②研究心理与生理的相互影响。例如，应激对心血管系统、神经内分泌系统和免疫系统的生理活动的影响；积极情绪、情感抑制等对心血管系统、神经内分泌系统和免疫系统的生理活动的影响。③研究

心理因素以及心理行为干预在疾病治疗中的作用。例如，情绪表达是否有助于改善癌症病人的心理状况，对治疗是否有辅助作用；放松训练是否有助于紧张性头痛病人缓解头痛。④预测不健康的行为。例如，考察吸烟、酗酒、过度饮食等不健康行为的发生与人的信念、压力、示范作用等的关系。⑤研究如何促进人的健康行为。例如，健康教育是否有利于戒烟；厌恶疗法对戒烟的效果；示范治疗对于节制饮食的作用。⑥研究如何预防疾病。例如，如何降低冠心病、高血压、糖尿病等与心理社会因素密切相关的疾病发生的概率。⑦研究如何在临床上增加治疗的有效性。例如，病人如何才能更好地遵守医嘱；医务人员如何与患者更好地沟通。

在医学、生理学及药学蓬勃发展的今天，医疗条件与卫生条件有了进一步改善，人类的平均寿命普遍提高，威胁人类生命的因素已然发生变化，一些威胁人类生命的传染病已经不再是人类最害怕的疾病了，而抑郁、吸烟、酗酒、失眠、极端行为等已逐渐成为影响人类健康的主要因素。近年来，人们注意到不良生活习惯所带来的危害，许多人已经开始戒烟戒酒，平衡饮食，控制体重，加强体育锻炼。如何使人们的生理和心理更加健康，在患病期，如何调整心态提高生活质量，如何积极地面对死亡，这些都成为健康心理学家和每个平凡个体要共同面对的问题。

与西方国家相比，我国健康心理学可以说是刚刚起步，健康心理学的理论取向、工作目标和模式，以及健康心理学的应用，亟须健康心理学工作者的实践探索，以促进我国健康心理学的蓬勃发展。

参考文献

张春兴. (1989). 张氏心理学词典. 台北: 东华图书股份有限公司.

Balgopal, P. R., & Patchner, M. A. (1988). Evaluating employee assistance programs: Obstacles, issues and strategies. *Employee Assistance Quarterly*, 3 (3-4), 95-105.

Bergh, C., Udumyan, R., Fall, K., Almroth, H., & Montgomery, S. (2015). Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. *Heart*, 101 (8), 623-629.

Becker, M., Hundemer, A., Zwicker, C., Altiok, E., Krohn, T., Mottaghy, F. M., ...& Hoffmann, R. (2015). Detection of coronary artery disease in postmenopausal women: the significance of integrated stress imaging tests in a 4-year prognostic study. *Clinical Research in Cardiology*, 104 (3), 258-271.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.

Mishra, S. I., Aziz, N. M., Scherer, R. W., Baquet, C. R., Berlanstein, D. R., & Geigle, P. M. (2009). Exercise interventions on health related quality of life for cancer survivors. John Wiley & Sons, Ltd.

Jackson, P. A., Pialoux, V., Corbett, D., Drogos, L., Erickson, K. I., Eskes, G. A., & Poulin, M. J. (in press). Promoting brain health through exercise and diet in older adults: A physiological perspective. *Journal of Physiology*.

01 情绪与健康

情绪是人类为了生存和适应而进化出来的一种能力。作为生活中的一种重要“信号”，情绪既能帮助我们察觉和识别他人的需要、境遇，也能有效地唤起和调节我们自身的心理活动和行为。可见，情绪与人的健康关系密切。

抑郁之源

——无望感理论

抑郁症是一种以持续的情绪低落、内在活力缺乏或兴趣减退为主要特点的情感障碍。对我国现有疾病负担进行调查的结果显示，抑郁症位列精神障碍类疾病的首位，且城市高于农村（廖震华，丁丽君，温程，2012）。无望感（helplessness），又称无助感，是个体对未来失望甚至绝望的一种消极看法。具体表现为当期待的结果没有出现时，个体会消极地认为厌恶的结果就会出现。无望感被认为是抑郁症的核心症状之一，因无望感而产生的绝望、抑郁和意志消沉，也是许多心理和行为问题产生的根源。1989年，艾布拉姆森（Abramson）等人将“无望感”一词中的消极结果和无助期待引入抑郁情感研究中，提出了无望感理论。无望感理论的出现，为抑郁症的预防与康复提供了一种新思路。

理论介绍

无望感理论的发展经历了三个阶段。第一个阶段是塞利格曼（Seligman, 1975）为解释狗在实验过程中的非适应性消极行为，提出习得性无助假设（learned helplessness hypothesis），塞利格曼以“控制”（control）为核心观念，认为有机体不可控期望的泛化导致非适应性的消极行为和其他习得无助表现。第二个阶段是艾布拉姆森等人（1978）融入归因成分，在实质上重构了习得性无助假设，他们认为无助泛化到新的情

境，不是个体经历的必然结果，而是只有当个体把重要的灾难性事件归为稳定的和整体的原因时，才会发生无助泛化。第三个阶段是艾布拉姆森等人（1989）修正了习得性无助理论，提出抑郁的无望感理论。

无望感理论的主要内容有以下几点：

1. 无望感的含义

无望感被界定为一种预期，即个体面临负性事件时，渴望的结果不会出现，而令人厌恶的结果不可避免，并且个体没有能力为了幸福而改变负性事件的不幸意义，从而产生希望减弱或破灭的主观情绪与认知体验。

2. 无望抑郁症候群

无望感理论把由无望感所直接导致的一系列症状命名为无望抑郁，无望抑郁是抑郁的一种亚型。无望抑郁症候群有11种代表性症状：主动反应缺失、悲伤情感、自杀倾向、活力缺乏、快感缺乏、心理动力缺乏、睡眠障碍、注意力不集中、心境性的消极认知、低自尊、依赖。

3. 无望感理论各因素之间的关系

根据无望感理论，无望抑郁由两方面的因素决定：一是认知易感性，即个体本身所具有的易产生抑郁症状的认知倾向性因素；二是社会应激因素，即负性的生活事件。认知易感性具有三个方面的特点：①将负性事件归因为普遍的、稳定的原因，而不是片面的、暂时的原因；②认为负性事件的结果将对生活的各个方面而不是某一方面产生不良影响（泛化）；③将负性事件归因于内部的原因（自我原因），而不是环境的原因。具有这种消极归因方式的个体，在遭遇负性生活事件后倾向于进行消极的解释和归因，从而产生无望感，导致抑郁。认知易感性因素与社会应激因素以一种交互作用的方式对抑郁的产生、发展起作用，单一

的认知易感性因素或社会应激因素并不能导致无望感以及抑郁症状的产生。并且二者在抑郁产生过程中并不一定发挥同等作用，例如，消极归因方式程度较高的个体，在经历轻微的负性生活事件时，也可能产生无望感，诱发抑郁；反之，当个体的消极归因方式程度较低时，只有较严重的负性生活事件才能诱发个体产生抑郁症状。

研究支持

阿洛伊（Alloy）和克莱门茨（Clements）曾采用贝克抑郁量表、无望感问卷、归因类型问卷、生活事件问卷、状态焦虑问卷以及SCL90对110名大学生进行了测查，并进行了一个短期纵向实验设计，以检验无望抑郁症状群成分之间是否存在高相关以及无望感对无望抑郁症状形成的预测效度和调节作用。研究结果表明，无望感是在抑郁症状形成之前产生，并和抑郁症状而非焦虑症状同时存在，无望抑郁症状群成分之间具有高的内部相关性，且无望感是抑郁症状形成的中介（Alloy & Clements, 1998）。

我国研究者陈建梅与况利（2005）的研究则发现，无望感是自杀倾向的敏感指标，中高程度的无望感不但会增加个体对生活的不满意感，还会使个体产生抑郁情绪，甚至自杀意向。因此，无望感的评估和预防是治疗抑郁症和防止自杀倾向的一个重要环节。

此外，根据无望感理论，消极归因是无望感产生的重要原因。有诸多研究者发现，对正性事件和负性事件都持有消极归因方式的个体，比不持消极归因的个体或只对消极事件进行消极归因的个体显示出较高度度的抑郁（洪炜，姬雪松，马晓军，2004；魏立莹，赵介城，巫善勤，

1999)。有研究者在针对新加坡某大学242名大学本科生的调查研究中也发现，个体对某一重大负性生活事件进行负性推断后，会产生无望感（Hong, Gwee, & Karia, 2006）。另有研究显示，归因方式对于抑郁恢复有重要作用，抑郁患者若改进了对正性事件的归因方式（内部的、稳定的、全面的归因），则更可能恢复希望感，并且当正性事件发生时，更容易从抑郁中走出来（Needles & Abramson, 1990）。

理论应用

根据无望感理论的推断模式，其中的每一环节不但可以作为抑郁临床干预的切入点，还可作为预防抑郁症状产生和复发的依据。无望感理论强调情境因素对无望感的诱发作用，并主张通过改变情境（如负性生活事件）对认知易感个体的影响来预防和治疗抑郁。同时，无望感理论认为可通过改变抑郁患者的归因方式降低无望感，提高希望感，以改善患者的抑郁情绪状态、减轻抑郁产生和复发的风险。

艾布拉姆森（1978）将个体对成败的归因分为三个维度：内—外归因、特殊—一般归因、稳定—不稳定归因。如果个体将失败归因为不稳定的因素（如题目难度），无望感是暂时的；归因为稳定的因素（如自身的能力），无望感是长期存在的。而对不可控制事件的内部归因导致对该事件的无望感，对不可控事件的外部归因导致了对普遍事件的无望感。对不可控事件的普遍归因影响到个体对所有事件的看法，具体归因只影响到个体对具体事件的看法。因此，可以通过抑郁的归因训练来引导和改变患者，从而使他们通过对自身症状或问题的知觉来控制 and 消除其不良的情绪和行为。从图1-1中可以看出，抑郁的归因训练就是使患

者对成功和失败的消极归因方式转变为期望的归因方式，从而使消极情感消失，出现积极情感，达到治疗抑郁的目的。

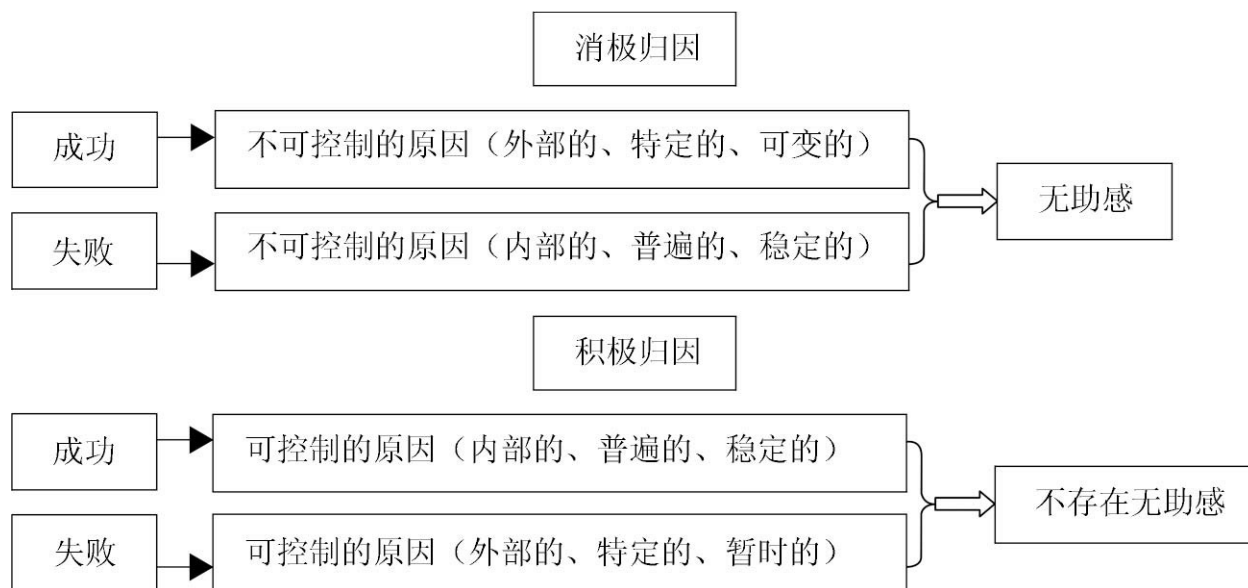


图1-1 归因训练模式

[资料来源：孙煜明. (1993). 动机心理学. 南京：南京大学出版社.]

应用案例

小龙是一名四年级的孩子，经常不交作业，也不说明理由，老师问了就答“没做”。任课老师为此伤透了脑筋，运用多种方法，软硬兼施，但仍然不起作用。终于有一天，备感失望的老师将小龙赶出了教室，被心理辅导老师“收留”到心理辅导室。

心理辅导老师先了解了小龙的家庭环境、学习态度、学习状况等。原来，小龙的父母都是普通工人，经常下班很晚，小龙放学后就是一个人在家，早期没有养成自觉的学习习惯，父母回家也不太过问他的作业完成情况。小龙还说，当老师找他家长时，他爸爸就狠狠打他，认为他

偷懒。按小龙自己的说法，多数的作业都不难，就是不想做。不交作业被老师批评、同学嘲笑他也无所谓，总之习惯了。

心理辅导老师认为小龙的情况是由于周围过度的消极评价引起的，这些评价使小龙认定自己是一个失败者，认为自己怎样努力也无济于事，并以消极的方式来对待学习。找到了他的症结，心理辅导老师制订了针对性的辅导方案。

1. 帮助小龙认清自己的问题

用民间马戏团大象的故事，向小龙解释“无助感”的概念。有一头被抓到马戏团的小象，想逃回自由的森林，可是难以挣脱粗粗的铁链。后来小象渐渐长大，马戏团也放松了对它的看管，有时铁链只是象征性地拴在一根细木桩上，但小象因为经历了小时候无望的挣扎，所以不再尝试逃走，一辈子不再向往自由。小龙听完后，触动很大，说自己就是一头没有信心、没有追求的小象。

2. 改变对做作业的认知

10岁的孩子不宜过多说教，心理辅导老师直接给了小龙三条必须做作业的理由，如果他能反驳，那么就维持现状，可以不做作业；如果反驳不了，那么必须做。心理辅导老师先问他：“你是天才吗？”“你是蠢材吗？”“你放弃自己了吗？”在得到否定的答案后，给出了三条理由：①不是天才，需要做作业；②不是蠢材，会做作业；③没有放弃自己，必须做作业。

3. 训练自我管理

接下来，心理辅导老师与小龙一起制订了回家后做作业的计划，帮助小龙养成做作业的习惯。同时说明，开始可能比较困难，坚持下来会有意想不到的收获。鼓励他把做作业养成一种习惯后，一切就变得自然

、顺畅。

4. 用积极暗示代替消极暗示

小龙的无助感是在周围环境和自己的长期暗示中形成的，因此需要用积极暗示来代替消极暗示。一方面，给小龙做智力测验，告诉他：“你的智力正常，还高于一般同龄人，所以学习完全没有问题，现在赶上去还不迟。”小龙听到这样的评价后，眼中透出一丝惊喜。另一方面，与小龙的任课老师和家长沟通，建议发现小龙有一点进步就要发自内心地及时肯定他，抛弃以前的负性言语。

5. 强化自信与学习兴趣

接受辅导没多久，小龙得到了老师的表扬，因为他开始做作业了，这对小龙来说是个不小的进步。心理辅导老师强化了小龙的自信，告诉他，这就是自己努力带来的乐趣，相信他会坚持下去，和同学们一样有快乐的校园生活。同时，任课老师也趁热打铁鼓励他，帮助他克服学习上的困难。

经过一系列辅导，小龙的变化是明显的，他的笑容多了，考试成绩逐步提高。

[资料来源：范玉侠.(2013). 懒得说谎的孩子. 中小学心理健康教育, 2, 31-33.]

点评：小龙在学习方面缺乏良好的学习习惯，因为少做、漏做作业经常受到老师批评和家长打骂。周围的消极评价，使他逐渐认定自己是一个失败者，进而让他对学习产生了无助感。改变小龙这种无助感的关键在于增加其成功的体验，帮助他建立信心。心理辅导老师帮助小龙制订可行的作业完成计划，让小龙通过自己的努力获得成就感，从行为上

帮助小龙打破对做作业的无助感。在认知上，心理辅导老师给予小龙积极暗示，提高小龙对自己的评价，在他表现出做作业的行为后，老师和家长都给予其积极评价，增加了小龙的自信心。这样一步一步，使小龙渐渐摆脱无助，找回对学习的兴趣。

热锅上的蚂蚁

——焦虑理论

焦虑是人类在与环境做斗争及生存适应的过程中发展起来的一种基本情绪，是个体对即将来临的、可能会造成危险或威胁的情境所产生的紧张、不安、忧虑、烦恼等不愉快的复杂情绪状态。在应激面前，适度的焦虑具有积极的意义，它可以充分地调动身体各脏器的机能，适度提高大脑的反应速度和警觉性。但是与焦虑的积极意义相比，焦虑的消极意义要更加广泛，而且形式更加繁杂。焦虑会使人经常处于紧张状态，缺乏自信，阻碍个性的充分发展。而且长期的焦虑和恐惧会引发各种身心疾病，例如高血压、胃溃疡、广泛焦虑障碍、惊恐发作等。

理论介绍

1. 关于焦虑的理解

焦虑是一种普遍存在的人类体验，在生活中我们处处都会感受到焦虑。一定范围内的焦虑对于个体保持正常的功能是必需的，但过分的焦虑将阻碍个体日常的生活和社会交往。

从一般意义上来说，焦虑是个体对预期中的对自己有重大影响的损失或失败的一种情绪反应。整合各种对焦虑的不同解释和界定，我们对其本质可以从四个方面来理解。

首先，焦虑是一种强烈的苦恼和受挫的个人感觉和体验，是对生活

和工作中不特定的、危险的、模糊的无形对象或事件的反应，它产生的原因是个体所不知道的，有别于指向特定、已知对象的恐惧或害怕等体验。

其次，焦虑是一种紧张的期待反应，具有动机的意义。它是一种体验、一种感觉，也是一种不愉快的消极情绪。如果引起焦虑的人或事物依然存在，那么这种焦虑的状态依然存在，个体就需要积极活动去改变（降低或避免）这种状态。因此，焦虑就成为个体行为的心理源泉之一。

再次，处于焦虑状态的人有外在的行为变化和内部的生理变化（如不断地抽烟、踱步、脾气暴躁等）。另外，焦虑体验是通过对自尊和能力的矛盾进行认知评价来获取的。

最后，焦虑的本质就是个体通过对各种内外刺激进行认知评价，预料到其将对自身产生威胁，却又感到没有能力应对时所产生的一种强烈而持久的消极情绪体验，并引起一些相应的生理和行为变化。其中包括了刺激、自尊、认知评价和能力四个因素。根据卡特（Cattle）和斯皮尔伯格（Spielberg）的焦虑理论，焦虑可被分为状态焦虑和特质焦虑。前者是一种短暂的、不愉快的情绪体验，常发生于某一特定时期，持续的时间较为短暂（如紧张、担忧、神经质和忧虑等）；后者则是一种具有个体差异的相对稳定的人格特质，是指人们对危险或威胁情景所反映出的焦虑状态。

焦虑区别于焦虑症（孟昭兰，2005）。在日常的生活中，人人都会面对问题，面临挑战，自然而然也都会或多或少地产生焦虑情绪，这是很正常的现象。而焦虑症则是一种心理障碍，患有焦虑症的人，表现出与处境不相称的、没有明确对象和具体内容的紧张不安和恐惧惊慌，并

伴有一定的躯体症状，如：头晕、胸闷、心悸、呼吸困难、口干、尿频尿急、出汗、震颤和运动性不安等，严重影响人们的工作、生活以及学习。焦虑的情绪体验没能很好调试、控制的时候，就有可能转化形成焦虑症，严重时会对人的整个生活造成负面影响。但我们要明白并不是所有的焦虑情绪都是焦虑症，并非所有的人一旦有焦虑感就会出现上述严重的躯体症状，大多数的人在面对焦虑时，还是能够好好地控制、处理它的。

2. 行为主义关于焦虑的解释

20世纪20年代，心理学界出现了以巴甫洛夫（Pavlov）和华生（Watson）为代表的行为主义学派。行为主义学派认为，个体行为是通过外在不同环境和情境刺激引起的，特定的环境刺激能够控制特定类型的行为表现，特定的环境刺激也能够产生特定的情绪体验。因此，情绪反应是人们对环境中某种特定刺激的条件反射（张文新，2002）。

行为主义学派对情绪反应的解释主要有以下几点：

①情绪可以通过简单的刺激—反应（SR）联结而形成。一种刺激如果自动地导致个体产生某种情绪反应（如焦虑），这种刺激每次出现时都伴随着其他事物，所伴随出现的事物将在大脑中与这种情绪建立起条件反射联系。

②条件化的情绪反应具有扩散或迁移的作用，即当某一情绪反应与某种刺激形成条件联系后，这一反应也会与其他类似的刺激形成某种程度的条件联系。

③已经建立的条件反射，若刺激出现时不再伴随特定事物，那么个体对特定事物的反应会越来越弱，直至消失。所以，已习得的情绪反应可以通过重新实施条件作用或者解除条件作用来消除。

④消退了的条件反应，即使不再给予强化训练，也可能重新被激发，再次出现。

在行为主义者看来，焦虑是通过条件作用形成的不适当的习惯反应。当一个条件刺激和非条件的伤害、惊吓等负性刺激同时出现，反复多次后，个体就会对条件刺激产生焦虑或者恐惧。

3. 精神分析关于焦虑的思想

精神分析理论重视童年早期的创伤体验、潜意识等对焦虑的影响。比如霍尼（Horney）认为人际焦虑是产生于童年期的不安全感或者不受重视感，个体因此采取对抗、迎合或远离的方式应对。在精神分析学派中，弗洛伊德（Freud）、霍尼以及沙利文（Sullivan）等人在大量研究的基础上，从不同的角度对焦虑提出了关于焦虑的理论解释。

弗洛伊德在其早期和后期都对焦虑进行了不同的解释，形成了两种不同的焦虑学说理论。早期焦虑理论形成于1890年至1910年，主张焦虑是由被压抑的力比多转化而来的，是神经病人力比多或性欲能量的过度紧张、变形的表现，提出本我是个体焦虑的根源，而神经症则是焦虑产生的原因。后期焦虑理论形成于1926年，它是在否定前一理论学说的基础上提出的，主张自我是焦虑的根源。当出现危机情况时，自我所发出的各种危险信号则是焦虑，并且焦虑的存在导致了神经症等其他症状的出现。在此基础上，弗洛伊德将个体的焦虑分为三种不同类型：现实性焦虑，又称客观焦虑，即因现实环境中存在的危险和威胁而产生的焦虑；神经性焦虑，即人们意识到自己的本能可能导致某些危险而产生的焦虑，包括理性焦虑、恐怖症和惊恐反应三种形式；道德性焦虑，即自我意识到来自于良心的危险与惧怕。

相反，罗洛·梅（Rollo May）反对将躯体方面的因素或是由于性欲

能量没有得到有效释放所产生的压抑等看作是焦虑产生的根源，他提出焦虑的实质是“个人的人格及存在的基本价值受到威胁所产生的焦虑”（车文博，2003）。他认为，焦虑可被划分为正常焦虑（一种与威胁相均衡的反应，不会产生压抑或内部的心理冲突等）和病态焦虑（对威胁产生的一种压抑和心理冲突的反应）两种类型。他的焦虑理论总共包含了4个要点：①焦虑是个人在受到威胁时所产生的的一种心理忧虑状态；②焦虑是个体对非存在的紧迫性威胁的一种心理体验；③焦虑是个人在存在性基本价值受到威胁时的反应；④焦虑与恐惧具有明显的区别，后者没有对个体的存在基础和基本价值产生直接性的威胁，对象也比较具体、确定，当对象消失之后，恐惧感也随之而消失。

4. 社会认知理论关于焦虑的解释

认知理论被认为是目前焦虑成因最具有解释性的理论。认知理论强调认知对焦虑的作用。特别是个体错误的认知，比如个体在社会情景中的否定性自我评估、负面的自我信息、不合理信念、某些独特的信念和认知偏差等，导致了焦虑情绪的产生，继而产生社交回避等行为。有研究认为，焦虑者具有大量的自动想法，而这些自动想法带着贬损性质，它来源于个体认知中的某些负性核心信念和潜在假设（Stopa & Clark, 2000）。他们往往容易夸大负面信息的作用，产生焦虑情绪，进而影响个体社交行为，这也使得社交焦虑者的焦虑持续恶化。另外，也有研究认为，焦虑的产生是个体认知失调的结果，社交焦虑者对自己的评价都是负面失调的，社交焦虑者往往缺乏自信心，对个人的自信心评价过低的人，社交焦虑往往较高。

拓展阅读

了解自己当前的焦虑水平

请根据您一周来的实际感觉在适当的数字上划上“√”表示，请不要漏评任何一个项目，也不要相同的一个项目上重复地评定。

“1”表示没有或很少时间有；“2”表示有时有；“3”表示大部分时间有；“4”表示绝大部分或全部时间都有。

1. 我觉得比平常容易紧张和着急（焦虑）。 1 2 3 4
2. 我无缘无故地感到害怕（害怕）。 1 2 3 4
3. 我容易心里烦乱或觉得惊恐（惊恐）。 1 2 3 4
4. 我觉得我可能将要发疯（发疯感）。 1 2 3 4
5. 我觉得一切都很好，也不会发生什么不幸（不幸预感）。 1 2 3 4
6. 我手脚发抖打战（手足颤抖）。 1 2 3 4
7. 我因为头痛、颈痛和背痛而苦恼（躯体疼痛）。 1 2 3 4
8. 我感觉容易衰弱和疲乏（乏力）。 1 2 3 4
9. 我觉得心平气和，并且容易安静坐着（静坐不能）。 1 2 3 4
10. 我觉得心跳很快（心慌）。 1 2 3 4
11. 我因为一阵阵头晕而苦恼（头昏）。 1 2 3 4
12. 我有晕倒发作或觉得要晕倒似的（晕厥感）。 1 2 3 4
13. 我呼气吸气都感到很容易（呼吸困难）。 1 2 3 4
14. 我手脚麻木和刺痛（手足刺痛）。 1 2 3 4
15. 我因为胃痛和消化不良而苦恼（胃痛或消化不良）。 1 2 3 4

16. 我常常要小便（尿意频数）。 1 2 3 4
17. 我的手常常是干燥温暖的（多汗）。 1 2 3 4
18. 我脸红发热（面部潮红）。 1 2 3 4
19. 我容易入睡并且一夜睡得很好（睡眠障碍）。 1 2 3 4
20. 我做噩梦。 1 2 3 4

计分方法：量表采用4级评分，主要评定症状出现的频度。20项条目中有15项是用负性词陈述的，按上述1—4顺序评分。其余5项（第5，9，13，17，19）是用正性词陈述的，按4—1顺序反向计分。量表标准分的分界值为50分，其中50—59分为轻度焦虑，60—69分为中度焦虑，70分以上为重度焦虑。

以上量表为焦虑自评量表。焦虑是一种很复杂的情绪体验，其内在含义和外在表现都很丰富，切忌以此量表结果作为衡量焦虑的唯一标准及最终结果。

[资料来源：汪向东. (1999). 心理卫生评定手册. 中国心理卫生杂志, (12), 220.]

研究支持

焦虑与个体的身心健康密切相关。焦虑情绪常常表现为某些心理疾病的症状，同时，过度的焦虑情绪也会增加疾病风险。

1. 焦虑与心理疾病

焦虑情绪常伴随某些心理疾病出现，如焦虑障碍、恐怖症、疑病症、强迫症等。以惊恐障碍（panic disorder, PD）和广泛性焦虑障碍（generalized anxiety disorder, GAD）为例，惊恐障碍患者发作时会出现心

悸、出汗、震颤等自主神经症状，伴以强烈的濒死感或失控感，害怕产生可怕的后果。研究发现，人们对自己惊恐发作担忧得越多，焦虑水平就会越高，进而增加发生惊恐障碍的可能性及严重性（McNally, 2002）。而广泛性焦虑障碍是一种持久性、弥漫性的焦虑，这种焦虑一般是由过度的担忧引起。患者典型的表现是对现实生活中的某些问题过分担心或烦恼，这种担心使患者感到困扰，但又无法摆脱，使患者社会功能和工作效率明显受损，生活质量下降（郭念锋，2012）。

2. 焦虑与身体疾病

首先，诸多研究表明，焦虑会增加个体的患病风险。肖太平（2010）采用焦虑和抑郁量表对715例心血管疾病患者进行的调查发现，有焦虑、抑郁等心理障碍的心血管病患者，出现心血管事件的风险较没有心理障碍的患者增加了6倍，死亡率增加了2倍以上。拉特利奇（Rutledge）与霍根（Hogan）的研究也表明，焦虑不仅是引发高血压的危险因素，还会降低患者的生活质量，影响降压药物的疗效和高血压的转归、预后（Rutledge & Hogan, 2002）。

其次，亦有不少研究者对焦虑增加疾病风险的机制进行了深入探究。其中有研究者认为，焦虑情绪与高血压密切相关的主要原因是：焦虑可引起自主神经系统功能和下丘脑—垂体—肾上腺素轴功能调节紊乱，由于长期持续紧张和焦虑，使血管紧张性增加，阻力加大，血压升高，同时交感神经长期兴奋使肾小球动脉持续收缩，久而久之形成高血压（Jonas, Franks, & Ingram, 1997）。也有研究者认为，焦虑会降低个体的免疫力。例如，在焦虑状态下的个体，人体内的免疫球蛋白分泌水平比非焦虑状态下低，说明焦虑影响免疫系统发挥正常的疾病防范功能，使人体抵抗力下降，进而增加患病风险（Borysendo, 1991）。

最后，有研究证实，焦虑、紧张情绪还会增加个体对疼痛的敏感性。马尔（Meagher）等人曾设计了一项实验，探究焦虑情绪对疼痛感的影响。在实验中，研究者先让被试观看国际情绪图片库（IAPS）中的不愉快图片以引起其焦虑情绪，然后让被试完成冷压痛任务（用冰水刺激使被试产生疼痛感的任务），观察被试对于疼痛的反应。结果发现，焦虑情绪降低了被试的疼痛忍耐力、疼痛强度和疼痛不愉快感的阈限，即焦虑情绪增加了疼痛体验（Meagher, Arana, & Rudy, 2001）。

理论应用

行为主义学派对焦虑的解释可以解决许多有关健康和心理学的问题。例如，有些学生可能不喜欢考试，因为他们将考试时与考试成绩不佳带来的不愉快后果联系在一起，如老师或父母的责备、同学的嘲笑等。不愉快的后果引起了焦虑情绪，学生将考试与焦虑情绪联系起来，形成了对考试焦虑的条件作用。一开始可能是对某一科目考试的焦虑，后面可能泛化到对所有考试科目产生焦虑。而许多焦虑障碍和恐怖症正是通过这种条件作用形成的。因此，在行为主义者看来，消除焦虑或恐惧情绪的关键在于消退已建立的不良条件作用，或者建立新的条件作用以替代原有的不良条件作用。

由沃尔普（Wolpe）提出的系统脱敏法（systematic desensitization）就是一种切断刺激物与焦虑之间条件作用的行为疗法。系统脱敏法被广泛应用于治疗以焦虑、恐惧情绪为主导的行为障碍，其原理是让一个原本可以引起微弱焦虑的刺激，在求助者面前重复暴露，同时施加与焦虑和恐惧相对立的刺激——全身放松，予以对抗，从而使这一刺激逐渐失

去引起焦虑与恐惧的作用。系统脱敏疗法的具体操作方法如下：

1. 放松训练。

让求助者坐在沙发上，全身各部位充分放松，双臂自然下垂或搁在沙发扶手上。让求助者想象自己处于令其放松的情景中。之后采用循序渐进紧张放松法，让求助者把身体某一部位的肌肉先紧张，后放松，两者结合进行，然后逐一对身体其他部位施以同样方法，最后达到全身放松。

2. 建立焦虑或恐惧的等级层次。

这一步包含两项内容：①尽可能完整地找出使求助者感到焦虑或恐惧的一系列事件。②将求助者报告出的焦虑或恐惧事件按等级程度由小到大的顺序排列。一般让求助者给每个事件指定一个焦虑分数，最少焦虑是0，最大焦虑是100。这样就构成一份焦虑等级表。此外，每一等级刺激因素所引起的焦虑或恐怖应小到足以被全身松弛所抵消的程度。

3. 系统脱敏。

求助者基本掌握放松技巧后，就可以开始脱敏训练。按照设计的焦虑等级表，由小到大逐级脱敏。首先让求助者想象最低等级的刺激事件或情境，如果求助者确实感到有些焦虑紧张时，令其停止想象，并全身放松。待求助者平静后重复上述过程，直到求助者不再感到紧张焦虑为止。接着让求助者想象高一等级的刺激事物或情境，然后又全身放松，反复多次，直到想象这一刺激不再焦虑为止。如此逐级而上，直到求助者对最高等级的刺激脱敏，并在现实生活中不断练习，巩固疗效。

应用案例

小宇（化名），男，17岁，身高1.73米，身体健康，无家族遗传病史；非独生子，父母做生意，家庭经济条件较好，与父母关系一般；上高中一年级，美术特长生，学习成绩中下。

2011年2月1日晚上，小宇乘坐朋友驾驶的摩托车，因为超速，车辆急转弯时侧翻摔倒，虽未对人造成重大伤残，却给小宇留下了严重的心理阴影。对必须坐车上学，小宇深感焦虑，会不由自主地回忆起车祸当晚的恐怖情景，导致失眠、做噩梦。小宇虽然知道内心恐惧程度远远超过实际的危险水平，但却无法控制和缓解自己紧张的情绪，深受困扰，于是前往心理咨询室咨询。以下是部分咨询记录。

1. 第一次咨询

小宇：“我很害怕坐车，真的，很害怕……上个星期，上个星期，我坐公交车回家，坐在前排座位，看着对面飞速行驶的车辆，心怦怦直跳，额头不停地冒汗，嘴唇发抖，手脚发麻，感到非常紧张和害怕。我怕对面的车会不受控制地撞过来！于是，我在半路上，就强烈要求司机停下来，让我下车。然后，步行回家……”

小宇在叙述时，双手不停地来回搓，偶尔抹一下额头上的汗珠，说话也结结巴巴，身体不安地扭来扭去，表现出紧张和恐惧。咨询师静静地看着他，让他的情绪慢慢地稳定下来。待他状态好转后，让他完成SC L90（症状自评量表），并当场进行统计和分析。结果表明，他的焦虑因子3.1分，人际关系2.1分，躯体症状2.6分，均大于因子分界线2分。咨询师就这些数据向他做了解释说明。随后，还教他做深呼吸，放松情绪，嘱咐他如果出现无法控制的恐惧感，就运用深呼吸让自己慢慢放松下来，并约定下一次咨询的时间。

2. 第二次咨询

咨询师决定选用系统脱敏疗法来帮助小宇。首先，咨询师帮他找出对坐车产生恐惧的原因，指出这种恐惧反应是完全没有必要的。鉴于他仍不能自我防止和控制恐惧发作，可通过系统脱敏法的治疗程序，帮他化紧张为轻松，让他坐车上学不再紧张和恐惧。其次，咨询师按系统脱敏治疗要点，教他学会放松，并在放松以后尝试想象一些场景——从不太有压力的场景开始，逐渐接触更大的压力，逐步缓解焦虑。最后，咨询师给他布置了一项家庭作业，让他列出所有会感到焦虑、恐惧的事情或场景，并约定下一次咨询时间。

3. 第三次咨询

咨询师再次和小宇强调了系统脱敏疗法的原理和程序之后，便开始按步骤进行治疗。

①放松训练。咨询师让小宇选择一个最舒服的姿势坐在椅子上，然后指导他进行渐进性肌肉放松练习，直到他完全掌握要领，能较好地进入全身放松状态为止。

②建立事件的焦虑等级层次表。小宇和咨询师一起探讨自己带来的作业，并做了一些修改，然后按焦虑事件的刺激程度，建立了事件的焦虑等级层次表。

表1-1 焦虑等级层次表

序号	事件	程度
1	遇到红灯	5
2	坐父母的摩托车外出	10
3	听到别人说要骑车出去	15
4	看到父母、朋友启动车辆	20

5	看到别人闯红灯	30
6	看到车辆快速地从自己身边经过	45
7	晚上看到车灯	50
8	电视上报道车祸	55
9	搭乘公交车、摩托车	70
10	回忆当晚的车祸情境	80
11	听到朋友发动摩托车的声音	90
12	到出车祸的现场	100

③进行想象脱敏训练。建立好焦虑等级层次表后，咨询师让小宇先闭上眼睛做肌肉放松训练，待他全身的肌肉进入松弛状态后，进行想象脱敏训练。咨询师要求小宇想象上述焦虑等级层次表上的第一个刺激情境。如果他感到紧张的时候，就用几十秒的时间做肌肉放松。重复几次，直到他想象该情境时不再感到焦虑后，才可以转入想象第二个刺激情境。如此训练，直到通过焦虑等级层次表上的全部刺激情境。如果经过“放松—想象—再放松—再想象”的训练，尚不能通过，则中止本次练习。这样的练习每次需要30分钟左右，每周做2—3次。进行情境想象应尽量真实，想象越逼真，效果越好。

经过8次咨询后，小宇的精神状态有了明显的改善。小宇已经不再害怕乘坐公交车；乘坐朋友的摩托车时，虽然心里还是有点害怕，但已能控制自己的情绪，且经过发生车祸的地点时也能坦然面对，基本过上了正常的生活。

[资料来源：吴丽君.(2014). 我不再害怕坐车了. 中小学心理健康教育, 24, 28-31.]

点评：案例中的求助者因遭受车祸而对交通工具产生了泛化的恐惧，即原本是中性刺激的交通工具在车祸发生后与恐惧情绪之间建立起条件反射。咨询的关键在于打破这种条件反射，消退由交通工具引起的恐惧情绪。咨询师运用系统脱敏法，让求助者学会放松技能，然后再帮助求助者建立焦虑等级层次。通过想象脱敏，让可以引起求助者微弱焦虑的刺激，在求助者脑海中重复暴露，同时施加与焦虑相对立的刺激——全身放松，予以对抗，从而使这一刺激逐渐失去引起焦虑、恐惧的作用。

没有希望是人生最大的悲哀吗

——希望理论

但丁说过：“生活于愿望之中而没有希望，是人生最大的悲哀。”长久以来，希望（hope）一直是哲学、宗教等人文学科领域讨论和关注的重点。20世纪末，随着积极心理学的兴起，希望开始进入心理学研究的视野。对于希望是什么，许多研究者提出了自己的观点。其中，斯奈德（Snyder）等人（1991）所提出的希望定义受到相当多的关注。他们认为，希望是基于内在成功感的一种动力状态，一种个体对目标达成的认知思考过程，在这一思考过程中，个体将设定有意义且明确的目标，并根据先前所设定的目标产生动机与相关的策略，最终促使目标得以成功。在此基础上斯奈德发展出希望理论模型，扩展了传统的希望研究的单维模型，并且第一次开启了有效准确评估个体希望水平的大门。

理论介绍

希望理论（Snyder, 2002）的内容主要包括以下五个部分：

①目标。希望是目标导向的认知—动机过程，目标是希望的核心部分。它是人们的精神活动的支点。关于目标与希望的关系，斯奈德强调，实现目标的概率与希望水平关系不大，即使实现的可能性微乎其微，一个人对此也可能抱有很高的希望，并且还有可能完成任务。他用猜字谜实验证明了这一点。这就是说，与认为至少中等水平的成功概率才有

希望这种常见的看法不同，实际上即使是目标达成的概率很低也可以有希望，也需要有希望。

②路径思维（pathways thinking）。即开发大脑中的预测能力系统，在头脑中产生出指向目标进而实现目标的计划和方法。

③动力思维（agency thinking）。即激发个体产生目标，并推动个体沿着他们所设计的目标实现路径前进的动力系统。这个系统不仅会决定个体的目标产生、路径设计和计划过程，同时也是个体在这一过程中能坚持下去的精神意志力。

④障碍。通常情况下，个体在目标实现途中总是会遇到困难。当个体知觉到“此路不通”时，个体会在目标的吸引以及意愿动力的推动下改变原有路线，尝试其他路径来实现目标。

⑤想法决定感觉。个人的感受、情绪后果与个人如何解释整个目标的实现过程紧密相关。

根据斯奈德的观点，个体过去的学习经验会影响到个人的自我价值观，不同的自我价值观又促使个人采用不同的策略和方法去达成想要的目标，并影响到个体对于达成目标的决心与动机，进而产生不同的外显行为。个体达成目标的过程与结果又会成为个体过去的学习经验，影响到个体的自我价值观，产生循环的体验模式。因此，当个体具有多种达成目标的方法，同时又对该目标具有高度的决心和动机时，我们可以说个体具有较高希望感，反之，则希望感相对较低。在前往目标的路途中，个体可能会遇到压力源，它们可能会阻碍实际的目标寻求。一方面，当个体达成合意目标，特别是当克服了障碍时，会带来积极情绪和持续的目标追求努力。如果个体的目标追求失败，会产生消极情绪，目标追求过程会被破坏。另一方面，个体总体希望水平不同，对压力源的解释

也有所不同。即高希望个体有积极情绪驱使其前行，通常绕过障碍而体验到成功，而低希望者的消极情绪会阻碍他们追求目标。

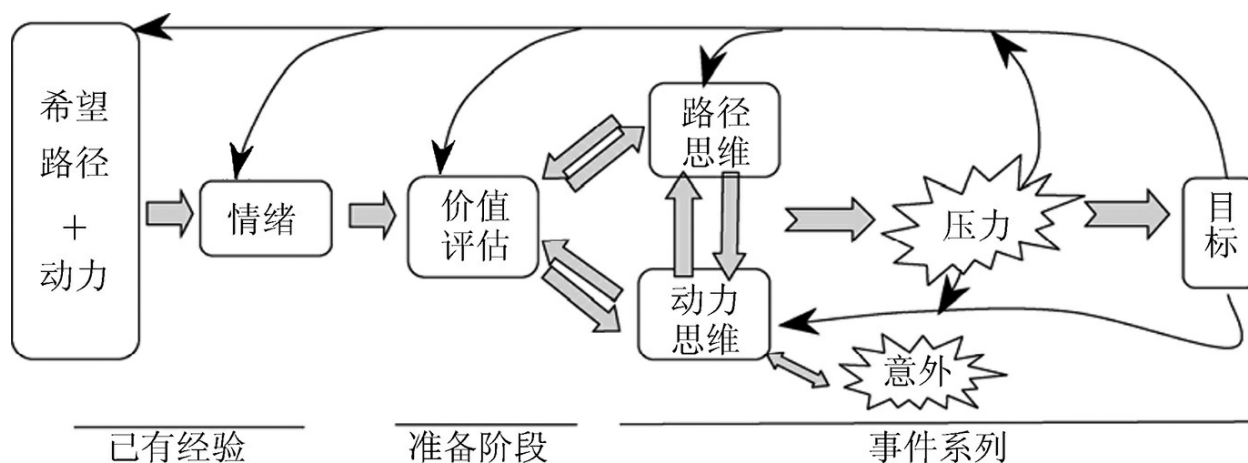


图1-2 希望理论流程图

[资料来源：Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13 (4), 249-275.]

研究支持

希望对个体身心健康有着重要影响。诸多研究表明，高希望水平有益于心理健康。如斯奈德等人（1991）研究发现，希望水平较高的个体较少遭遇抑郁和焦虑的威胁，他们面对和解决问题的能力更强，并且他们也倾向于通过积极的行动和坚持不懈的努力来解决自己在实现目标过程中遇到的各种障碍。斯奈德等人（1997）之后的一项研究表明，高希望水平的学生会更加乐观、有更高的自尊、有更和谐的人际关系、有更大的生活目标，并且对于解决问题更加充满信心。此外，研究者还发现，高希望水平能够预测个体高成就水平、高生活满意度和较高的主观幸福感（Curry, Snyder, Cook, Ruby, & Rehm, 1997; Marques, Pais-Ribeiro, & Lopez, 2011）。

希望对于促进个体的身体健康同样有着重要意义，它能够帮助个体适应疾病带来的威胁。高玲玲、尤黎明和周英（2004）的一项研究表明，怀抱希望的个体，较能承受治疗所带来的压力与冲击，并维持自己的生命质量。对于那些身患绝症的患者（如癌症病人），虽然他们的生命质量是下降的，但是高希望水平可以使患者克服困难，减轻痛苦，缓解应激状态。朱玉敏、习明香和武县丽（2002）的研究也表明，只有当癌症患者抱有极大希望时，才能积极配合治疗。

理论应用

尽管诸多研究证实了希望对于个体是有益的，但总有相当部分人缺乏这样的希望思维。这类人往往具有如下特征：难以界定他们在未来到底想要什么（目标界定不良），或难以设想实现目标的方式（低路径），以及难以相信他们能够接近自己的目标（低动因）。根据希望的理论以及相应的实证支持，研究者们发展出了一套提高个体希望水平的干预模式——希望疗法，来帮助个体增加希望感以及帮助他们获得某些高希望个体所具有的回报（例如，更多的自信，更少的焦虑和抑郁，更好的人际关系）。希望疗法的干预过程可以分为以下四个方面：

1. 灌输希望

灌输希望就是让求助者对希望疗法的效果和未来生活的改善产生积极预期。

①整合原有经验。咨询师引导求助者讲述自己的故事，并与求助者一起探讨他过去曾经拥有过的希望，以及这些希望是如何产生和消退的，是什么阻碍了希望的实现等，促使求助者将过去零散的经验予以整合

。

②产生积极预期。咨询师用希望理论对求助者的故事进行重新解释，促使求助者对过去事件赋予新意义，进而使求助者对未来的生活产生积极预期。

2. 确立目标

目标的性质、特点会影响个体的希望水平。希望疗法需要帮助求助者发现和制定符合自己价值的、积极的、清晰的目标。

①探索和了解求助者的兴趣和价值观。只有当目标设立真正符合求助者的兴趣和价值观时，求助者的希望感才能被激发出来。

②选择积极的趋向目标而不是消极的回避目标。例如，“增加与他人的交流”的目标要好于“减少和他人冲突”的目标。

③设置具体清晰的目标。诸如生活幸福、事业有成的目标虽然积极正面，但是过于模糊和抽象。人们很难对这类目标的实现过程进行监控，也很难从这类目标中得到积极的正面的反馈。因此，应帮助求助者把抽象目标转换为具体清晰的目标。

3. 加强路径思维

加强路径思维，就是提高求助者产生实现目标的具体方法，预判到可能的困难，并在原先方法受阻时想到替代方法的能力。

①目标分解。可以运用小步子原则，把一个大的、时间跨度很长的目标分解成一系列小的、相互之间有逻辑联系的目标。这些小目标的设立同样遵循积极正面的、具体可操作的和难度适当的原则。

②寻找替代方法。当目标受阻时，求助者通过学习新技能、寻求他人帮助或者适当调整目标等方式来寻求新的问题解决方案。

4. 加强动力思维

动力思维提供了目标追求所需要的动力。帮助求助者回顾成功经验、发展积极思维和选择难度适当的子目标都是加强动力思维的有效手段。

①回顾成功经验。咨询师让求助者讲述过去生活中成功的故事，尤其是逆境中的成功故事。回顾成功经验或积极因素有利于求助者把注意力转向积极方面，从而加强动力思维。

②发展积极思维。艾利斯（Ellis）提出的情绪ABCDE模型是一种发展积极思维的方法。在情绪ABCDE模型中，咨询师让求助者客观地描述引起他们消极情绪的事件（adversity），写下对这件事情的信念（belief）和这个信念带来的结果（consequences）。然后，通过与这个错误信念进行自我辩论（disputation）来发现这个信念的不合理，代之以合理信念。最后通过疏导产生积极的情绪和行为，获得治疗效果（effect）。

③选择难度适合的子目标。把目标分解成对求助者难度适中的子目标是增强动力思维的有效途径。

应用案例

小吕，男，17岁，高中二年级学生。3岁时生父因车祸去世，母亲改嫁到城里。7岁之前小吕由乡下的爷爷奶奶抚养，7岁时母亲偷偷将他从爷爷奶奶身边带到了城里。继父很讨厌爷爷奶奶来看望小吕，为此，家庭闹过好几次矛盾。为了不让爷爷奶奶见到小吕，继父将他送到一所民办寄宿学校（九年一贯制）读书。小吕从小学习刻苦，成绩良好，但是中考失利，与市内的重点高中擦肩而过，进入普通高中就读。高一时

他学习很努力，学习成绩在班级前20名左右，高二时成绩下滑，在最近一次考试中，成绩竟然掉到班级最后一名。小吕为此非常痛苦，整个人变得很拖沓。在炎热的夏天，身上衣服竟然四五天没有换洗。“学习无动力，不想学习了”这句话成了小吕的口头禅。在班主任的建议下，小吕来到心理咨询室。

咨询师向小吕讲述了心理咨询的基本理念，并告诉他准备使用希望疗法，小吕听了希望疗法的介绍后，表示愿意接受这种方法。

1. 阶段一（希望的灌输）

本阶段的主要任务是让小吕对希望疗法的效果和对未来生活的改善产生积极的预期。

在这个阶段，咨询师主要采用叙事疗法，引导小吕讲述曾经发生在他身上且对他有意义的事情。在咨询师的鼓励下，小吕回忆了不少自己曾经的“辉煌”。咨询师对小吕整理出来的曾经有意义的事情及产生的希望进行了细致的分析，使小吕对自身有了一个全新的认识。接下来主要分析了他中考失利与市重点高中失之交臂的事情，让其明白上重点中学的希望虽然破灭了，但是可以让新的希望重新占据他的心灵。小吕听后心中充满了希望，脸上渐渐露出了微笑。

2. 阶段二（目标的确立）

本阶段的主要任务是引导小吕建立合理、清晰、可执行的努力目标。

在这一阶段，咨询师与小吕一起分析了他过去失败的经历，帮助他寻找失败的原因。原来，小吕之前所订目标太过笼统，例如，“成为体育上有所建树的人”，而“考试成绩位居班级前10名”这样的目标又离他的实际实在太远，以小吕初中生的基础和功底目前根本不可能达到。

结合过去的经验和自身的实际情况，小吕重新确立了自己的目标：通过努力将来做一名中学体育老师（与小吕对体育的兴趣爱好符合）。之后，引导小吕把总目标细分为几个具体目标：①通过努力保证自己的优势学科稳步前进；②通过努力使自己的弱势学科小步子前进；③交一至两个朋友，和朋友相互学习、相互勉励，共同进步；④期末考试争取班级40名的成绩（以小吕的基础，这个目标不难达到）。

3. 阶段三（路径思维的培养）

这个阶段的主要目标是培养小吕为完成目标而形成多种路径方法的能力，以及预测在各种方法实施时可能遇到的挫折，培养他在遇到不可消除的障碍后能想到替代方法的能力。

咨询师首先引导小吕对已制定的目标再次进行更加细化的分解。分解后的子目标对小吕来说只要通过一定的努力就很有可能达到，小吕的信心自然会增加。然后咨询师引导小吕学会寻找替代方法。主要从两个方面来进行：一是咨询室内的引导，二是实际生活的训练。咨询室内的引导，主要是引导小吕想象目标完成的过程中如果遇到挫折，可以有哪些解决方法。多次训练后，小吕能熟练辨别哪些障碍可消除，哪些障碍不可消除而必须绕道而行，而且还要很快想到替代的方法。在实际生活的训练中，主要从小吕的人际交往目标入手，从交第一个朋友开始，从选择第一个交友对象起步，小吕为此做了多个交友方案，最终成功地与班上学习委员成为好朋友。

4. 阶段四（动力思维的培养）

这一阶段的主要任务是培养小吕为完成目标产生所必需的驱动力的能力。

在这个阶段，咨询师和小吕再次对过去的经验和事件进行了回顾。

这次主要是回顾过去对他来说成功的经验。小吕在回顾过去成功经验的时候显得比较焦虑，因为他担心自己没有什么成功的经验。改变策略后，咨询师让他再回忆过去出现过的积极的情绪，调整方向后，小吕回忆出很多积极的情绪。多次训练后，小吕开始将关注点转移到自己的积极面了。在咨询过程中咨询师发现小吕有将失败内归因的倾向，这也是导致他对自己不够自信的原因之一，因此咨询师对其进行了积极归因训练，教会小吕从内因和外因两个方面去分析失败的原因。

在15次咨询后，小吕身上发生了明显的变化：学习动力显著提高，学习成绩取得很大进步，也更加自信了。小吕说，虽然他的总目标还没有完成，但许多小目标已经完成，并且一定会朝着做一名体育教师这个方向努力。

[资料来源：苏明亮.(2012). 寻找丢失的希望——“希望疗法”在中学心理咨询中的应用. 中小学心理健康教育, (22), 21-23.]

点评：小吕的成长环境是缺少关爱与希望的。小学和初中，小吕靠着自己的努力在学习上取得一定的成绩，给了他一丝希望。进入高中以后，虽然他花了和以前一样的力气，可是仍不见成效，考试排到班级最后一名对他来说是致命的打击，使其丢掉了全部的希望，开始自暴自弃。因此咨询师需要帮助小吕建立他所缺乏的东西——目标、动机和路径，以提高他的希望水平。咨询师从小吕对体育的兴趣入手，增强其改变的意愿，帮助他建立有意义的目标，并将目标细化，之后使用小步子原则和寻找替代法增加小吕的路径思维，最后通过回顾成功经验和归因训练加强其获取目标的动因。从此案例中可以看到，咨询成功的关键之处在于咨询师在求助者身上灌注一种信念，使求助者能够在自己的生活中

发现方向、意义和目的，重新拾起对生活的信心。

用微笑驱走阴霾

——拓展—建构理论

人类对积极情绪的认识在古希腊时期就已经出现。古希腊哲学家亚里士多德将快乐（joy）和愿望（desire）视为最基本的情绪种类，认为快乐与高兴一样，均为一种愉悦体验。但是在过去的20世纪，人们对情绪和健康的了解大都局限在“负面情绪如何导致疾病”这一类的问题上，而对于“积极情绪如何增进健康”这一类问题的认知却很少。直到20世纪80至90年代，积极情绪对健康的影响才受到研究者的重视。

积极的情绪状态对保持或促进身心健康具有重要意义。面对压力事件时，处于积极情绪状态的人更不易生病；而对于病人，处于积极情绪的人更愿意接受医生的建议、配合治疗。积极情绪对人的作用并不仅限于此，弗雷德里克森（Fredrickson）提出积极情绪拓展—建构理论模型（broaden-and-build model），认为积极情绪体验不仅反映个体的幸福，而且有利于个体的成长和发展，具有长期的适应价值（Fredrickson, 1998;2001）。该理论得到了大量的实证及应用研究的证明，取得了丰硕成果。拓展—建构理论的提出，构筑了心理治疗与积极心理之间的桥梁，为心理学造福于人类提供了一个重要的理论指导。

理论介绍

拓展—建构理论是弗雷德里克森在综合前人研究的基础上提出的。

弗雷德里克森（1998）认为，各种具体的积极情绪，如高兴、兴趣、自豪感和爱等，表面上看来不同，但都有拓展人们瞬间知行能力、建构和增强人们个人资源（如增强人的体力、智力、心理调节能力等）、提升人们主观幸福感等功能。拓展—建构理论明晰了积极情绪的进化适应价值，解释了积极情绪促进个体向上发展的作用机制。该理论认为积极情绪具有以下功能：

1. 拓展功能

消极情绪、积极情绪均具有进化适应的价值。当个体体验到威胁情境时，消极情绪具有窄化个体知行能力的作用，使个体更加专注于即时的威胁情境并迅速做出反应，求得生存。相较于消极情绪而言，积极情绪具有完全相反的适应价值。当个体处于无威胁的情境时，积极情绪能拓展个体的注意、认知、行为的范围，驱使个体更有效地获取、分析信息，不断获取有利于目标实现的知识和经验，激发新的解决问题策略，采取创造性的行动。

2. 建构功能

在拓展功能的基础上，积极情绪能建构和增强个体持久性资源，如身体、智力、心理和社会资源等，提升人们的主观幸福感。积极情绪对思维—行动（thought-action）范畴的拓展，提供了建构个体可持续资源的机会。已建构的个体资源可以长期储存，需要时加以提取，有利于个体目标的实现，增强个体的适应能力。

3. 缓释功能

消极情绪能窄化个体即时的思维—行动范畴，而积极情绪能拓展个体即时的思维—行动范畴，因而积极情绪可消解消极情绪的负面影响。积极情绪的缓释功能主要体现在两个方面：一是在消极情绪唤醒作用后

，能通过修复，使自主神经平静。诸如愤怒、恐惧、焦虑等消极情绪能唤醒个体的自主神经系统，导致心跳加快、心血管扩张、血压升高，积极情绪可以起缓释作用，使躯体平静。二是积极情绪可以在消极情绪体验后“修复”灵敏的思维。积极情绪可以放松消极情绪对个体思维的控制，促进个体探求新的思维和行动方式。

4. 螺旋式上升

积极情绪同思维拓展、资源建构的关系并不是单向的，它们是相互影响、相互引发的，早期的积极情绪体验拓宽了个体的注意和认知，这有利于个体对逆境的应对和资源的建构，而良好的应对又预示着未来积极情绪的产生。这是一个循环的过程，对个体发展而言，是朝着螺旋式上升的方向，通过不断的螺旋式上升过程，个体的心理幸福感不断提升，并实现个人的成长。

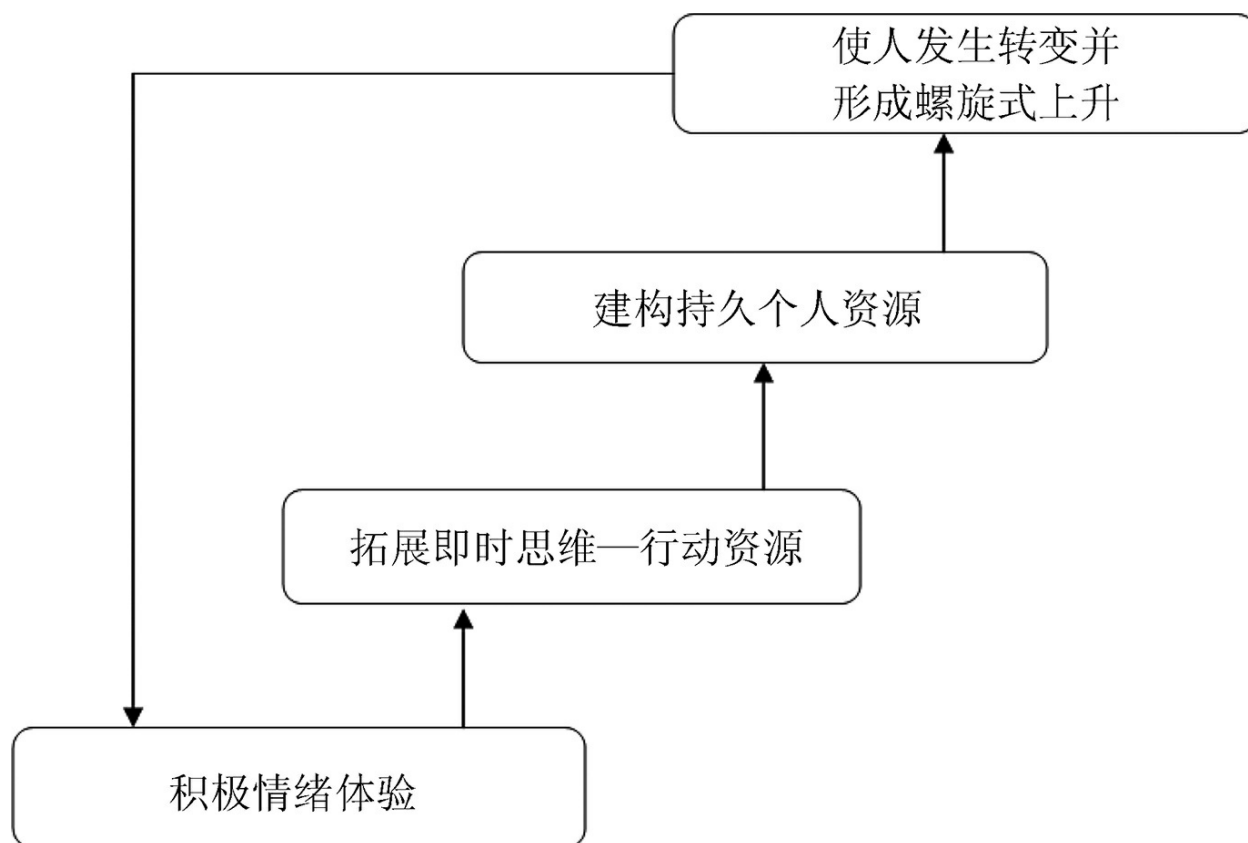


图1-3 积极情绪螺旋式上升

[资料来源：Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological science*, 13 (2), 172-175.]

研究支持

弗雷德里克森进行的一系列研究显示，积极情绪不仅能拓展个体认知，还能消解消极情绪的负面影响。弗雷德里克森和布兰尼根（Branigan）曾选录了一些含有快乐、满足、害怕和愤怒等情感镜头的影片和一组不含任何情感镜头的影片作为刺激，运用整体—局部性加工任务来评估被试在不同情绪状态下的注意范围，结果发现，与中性状态下的被试相比，在两种积极情绪状态下的被试拓宽了注意的范围（Fredrickson &

Branigan, 2005)。之后，弗雷德里克森选了另一批被试，要求他们列出此刻想做的事情，结果发现，体验到快乐或满足的被试，比中性和消极情绪条件下的被试列出了更多想做的事情。证明了积极情绪拓宽了个体的思维。在另一个实验中，弗雷德里克森（2005）首先采用压力任务（告诉被试用1分钟的时间准备一次演讲，1分钟后演讲并由同伴进行评价）引发被试的焦虑情绪，引起被试的心率改变和血压升高等生理反应。接着随机让被试观看4部影片，其中，两部影片引发积极情绪（快乐和满足）；一部影片是中性刺激，作为控制条件；另外一部影片引发悲伤情绪。然后，测量从观看影片开始被试的心血管活动恢复到基线水平的时间。结果发现，观看两部引发积极情绪（快乐和满足）影片的被试心血管活动恢复到基线水平的速度明显快于观看中性影片控制条件下的被试，观看引发悲伤情绪影片的被试心血管活动水平恢复得最慢。另外，在观看悲伤的影片时保持微笑的被试比在观看时不微笑的被试在影片结束后心血管活动水平恢复得更快。这些结果说明，积极情绪和消极情绪的不兼容性，消极情绪体验产生的副作用能被积极情绪所抵消。

此外，诸多研究也表明积极情绪对健康有广泛的影响作用。董妍、王琦和邢采（2012）的研究发现，积极情绪不仅能够降低传染性疾病的感染风险，影响非传染性疾病病情、病程及死亡率，还能降低个体的心理易感性，使个体更好地应对负性或压力事件。王振宏、王永、王克静和吕薇（2010）对105名大学生进行积极情绪体验干预后发现，被试体验到积极情绪后，其幸福感、应对方式和SCL90得分均有显著的改善，表明积极情绪不仅改善了体现病态心理的SCL90因子症状，而且促进了幸福感的提高和积极的应对方式。

理论应用

积极情绪是人们幸福感提升的表现，也是人们是否幸福的信号。积极情绪体验的获得将有助于缓解人们在生活中的痛苦，提高人们的生活质量。对于健康人群来说，积极情绪可以促进个体采用更多的健康行为方式，降低患病风险。对于患病者而言，积极情绪可以通过作用于个体的生理系统以促进其健康状况的改善。这种方式尤其有利于使患病者从疾病中恢复，降低个体的患病率和死亡率，改善其身心健康。那么，在生活中，我们如何才能增加积极的情绪体验呢？

1. 发现个体积极特质，让积极情绪体验成为一种成长需要

积极心理学提出，每一个个体都有发展的潜力，每一个个体身上都有善良、真诚等优良的品质，现在需要做的就是去发现个体的这些内在潜质。毫无疑问，如果个体能在每天的生活中运用与生俱来的优点，将会最大限度地促进个体的参与感与意义感。

知识拓展

核心美德与性格优势

皮特森（Peterson）和塞利格曼（Seligman）从东西方文化中总结出6种核心的美德（智慧、勇气、仁爱、正义、节制、超越），并将这6种美德细分为24种性格优势（见表1-2）。

表1-2 6种核心美德与24种性格优势

核心美德	性格优势
	创造力：能运用新颖的、富有成效

智慧——涉及知识的获得和运用上的认知优势	的方式做事
	开放性思维：从多角度思考和考证事物
	好奇心：基于自己的兴趣爱好开展活动，确定目标，开始探索
	洞察力：能够为他人提供明智的建议
	热爱学习：主动掌握新的技能，确定新目标，获取知识
勇气——情绪优势，涉及在面临内外意见不一致时达成目标的意志	勇敢：不因威胁、挑战、困难或痛楚而退缩
	坚持：做事有始有终，即使工作过程中面对困难，也会坚持下去
	正直：说实话和真实展现自己
	热情：兴奋、充满干劲地面对生命；不会半途而废，对生活具有一定冒险精神
仁爱——人际优势，涉及关心和帮助他人	爱：重视与他人的亲密关系，特别是那些互相分享与关怀的关系
	善良：愿意向他人施以恩惠和为他人做好事，帮助他人，照顾他人
	社会智慧：明白他人和自己的社会动机及感受

正义——与集体、社区生活有关的优势	合作：作为团队一分子，表现良好；对团队忠心
	公平：依据公平和公正的观念对所有人一视同仁
	领导力：合理安排团队活动，与团队成员关系良好
节制——避免过度、超额	宽恕：宽恕做错事的人，接受他人的不足并给予第二次机会
	谦逊：不张扬自己的成就
	审慎：对自己的选择小心谨慎；不会过分冒险
	自我控制：规范自己的言行；自律
超越——个体与他人、自然、世界建立联系，获得意义	对美丽和卓越的欣赏：留意和欣赏生命中所有的美、优秀和富于技巧之处
	感恩：留意身边发生的好事，并为此感谢
	希望：对未来抱有最好的期望并努力去实现它
	幽默感：时常给别人带来欢乐
	精神感悟：对崇高的人生目的持有一致的信念，并能将这种信念付诸实践

2. 寻找积极的意义

积极情绪的产生，在于我们的思维。思维反映了个体是如何解释目前情况的，如何从中找到意义，以及找到怎样的意义。因此提升积极情绪的一个关键途径就是，在日常生活情境中更加频繁地找到积极意义。我们可以通过认知重评来改变对引发情绪事件的意义的评价。使用这种策略可以避免或降低负性情绪的发生，增加正性情绪体验的机会。一方面，我们要从认知上肯定每一个人都有积极情绪体验的能力，要承认生活中有很多事情都是正面的，能让人体验到积极情绪，善于发现生活的正面意义，更多去关注生活中的积极事件。另一方面，我们也要善于从消极事件中寻找积极的感受。

3. 表达感激，感受善意

当你用语言或行动表达你的感激时，你不仅提高了自己的积极情绪，而且也提高了对方的积极情绪。这一过程中，你加强了对他们的善意认知，也巩固了你们彼此之间的关系。当你感受对方的善意时，你常常会赞赏别人对你是如此的友善，这引起了你的感激之情。善意和积极情绪是相辅相成的，只要认识到自己的善意举动，就能够启动这种良性循环。发展一种眼光来欣赏你自己的善意只是一种心理转变，你会注意到它更多的方面。你能够通过增加你的善意举动，使你的积极情绪大幅提升。

4. 与他人在一起

调查发现，每个幸福的人都与其他人有温暖和可信赖的关系，无论是与爱人、亲密的朋友、家人或同事。与不幸福的人相比，幸福的人每天愿花更多的时间与他们亲近的人待在一起，而很少独处。这可能在一定程度上反映了与他人在一起是增加积极情绪的一个非常可靠的方法。

有些心理学研究者把被试随机分成两组，一组是独自一人，另一组是与他人在一起，结果显示，通过与他人在一起，人们可以获得更多的积极情绪。

5. 积极参加活动

休闲活动是积极情绪产生的源泉之一。休闲活动让人获得精神慰藉，使个体的自我认知复杂化，塑造健康的人格，并通过满足个体社交、尊重等心理需求，促进积极情绪的产生。因此，人们应该经常参加能引发正性情绪的休闲活动，如阅读、看电影、跳交谊等。

应用案例

赏识清单练习是指咨询师让当事人在上床睡觉前花几分钟列出这一天当中自己欣赏的6—10个时刻，并且写出欣赏的理由。当事人可以感动于另一个人的善意，某些有趣或美丽的东西，甚至是自己选择做出的某种行动。它可以是记得孩子脸上的一个微笑、同事的快乐、伴侣的一次眨眼。做这个赏识清单的重要之处是让当事人有意识地去记录下这一天里在自己的记忆中值得欣赏的东西。一旦当事人能够更娴熟地记录这个赏识清单，每天会增加到写12—30个项目。最后，当事人需要他们在早晨醒来时回忆在前一天晚上写下的清单。

一开始，当事人只能回忆出他们在清单上写下的一半内容。但是，一两周后，当事人便会记得在前一天晚上写下的几乎所有条目。赏识清单练习让当事人在新一天开始的时候就会考虑他们能欣赏的东西。这就给每天开了一个不错的头，让当事人能够开始更多地把每日生活的体验加工为积极体验。

[资料来源：Burns, G. W. (2012). 积极心理治疗案例：幸福、治愈与提升. 高隽（译）. 北京：中国轻工业出版社.]

点评：“生活中从不缺少美，缺少的是发现美的眼睛。”这句话放到心理学领域也同样适用。生活中的琐事所带来的压力常常让人们过多关注负面情绪而忽视了积极的情绪体验。转换思维方式，留意生活中的美以及欣赏自己可以增加我们的积极体验，使我们可以更加勇敢自信地面对生活。

何不痛快哭一场

——压抑理论

有时我们控制情绪，有时情绪控制我们。精神分析学派创始人弗洛伊德认为，人们大部分的心理问题都是由于抑制消极情绪和动机所引发的。早期精神分析学家把情绪、意志以及将不被接受的愿望、冲动压抑到潜意识中看作是心理问题的根源。

理论介绍

在弗洛伊德看来，人的心理由三部分构成，它们分别是意识（conscious）、前意识（preconscious）和潜意识（unconscious）。意识是可以直接感知到的心理部分，包括人们当下能够意识到的所有思想、情感和知觉。这一部分在弗洛伊德的理论中只是一个人心理活动的有限的外显部分。前意识介于意识与潜意识之间，其中所包含的内容是可召回到意识中去的部分，即其中的经验经过回忆是可以记起来的。这些经验与观念虽然暂不属于意识，但随时能够被意识到。潜意识是人类心理中最大的一部分，被认为是一切意识行为的基础。潜意识一方面指人们意识不到的自己某些行为的真正原因和动机；另一方面是指人们在清醒的意识下还存在着潜在的心理活动，它包含了各种为人类社会的伦理、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。它也是过去经验的大贮藏库。这些无法得到满足的情感

经验、本能欲望与冲动被压抑到潜意识之中，但它们并不肯安分守己地待在那里，而是在潜意识中积极地活动着，不断地寻找出路，追求满足。

弗洛伊德认为，潜意识的动机都是向上运动的，向外推的，而意识却施以相反的力量，向下、向内挤压，这就是所谓压抑。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，而是以梦、口误、笔误、记忆错误等方式出现，病态的压抑则可能导致心理疾病，以神经症的形式表现出来。因此，精神分析的目标是将潜意识的情绪带到意识之中，通过宣泄释放被约束或压抑的情绪、动机而对身心健康起到有益的作用。

研究支持

格罗斯（Gross）和利文森（Levenson）的研究证实了抑制情绪的个体对情绪的刺激会有更强的生理反应，而长期的情绪抑制会使个体对疾病的易感性大大增加（Gross & Levenson, 1997）。

研究者给被试播放两部电影短片，一部是喜剧节目，能唤起被试快乐的情绪；另一部是悲伤影片，呈现的是在一个小孩葬礼上，有一个发狂的、情绪失控的母亲。一半被试被随机安排到抑制条件下，要求他们“在看影片时有任何感受都尽最大努力不要表露出来。换句话说，你要表现得让观察你的人压根不知道你的感受是什么”。另一半被试被安排到非抑制条件下，他们只是观看影片，没有任何要求抑制情绪的指导语。研究者录下来被试观看影片的整个过程，以考察被试观看影片时情绪表达的程度。研究者还会同时收集一些生理测量指标。此外，被试看完

每个短片后都被要求讲述当前的感受。结果发现，与那些没有被要求抑制情绪的被试相比，被要求抑制情绪的被试的生理唤起水平有所增加，甚至在影片开始之前就如此。在观看影片的过程中，与无情绪抑制的被试相比，抑制情绪的被试也表现出了更强的生理活动。

由此可见，情绪抑制会导致交感神经的兴奋性增高，它实际上激发了更大的生理唤起。而长期的交感神经的兴奋性增高，不仅会对人的心血管系统造成损害，使人容易患上冠心病、高血压，而且会使人的免疫功能产生抑制，因而容易患上癌症。

另一些研究则表明，情绪表达对他人敞开心扉能够减轻个体的抑郁与焦虑情绪，表露创伤事件和对其做出反应比将它们放在心里更有益于健康（Levy & Heiden, 1990; Niederhoffer & Pennebaker, 2002）。彭尼贝克（Pennebaker）和比尔（Beall）提出运用“写作暴露”程序来降低焦虑、抑郁以及对心理应激反应进行干预（Pennebaker & Beall, 1986）。他们将大学生被试随机分到两个组。实验组被试被要求回忆并写下他们生命中最具创伤性的经历，以及这些经历所带来的感受和想法，持续4天；控制组的被试被要求每天花15分钟记录一个非情绪性的话题（例如，描述他们所在的房间），持续4天。实验中要求所有被试都要不间断地写，不考虑拼写、语法和句子结构。两种干预的即时效应是实验组的被试更痛苦，在写的过程中感到更多压力 and 不适。6个月后，再次联系被试，获取他们的相关健康记录。与记录琐事的被试相比，那些在4天中写下创伤事件的被试在接下来的6个月中更少生病。此外，从健康中心获得的记录显示，写下创伤事件的被试确实要比记录琐碎事件的被试去校园健康中心的次数少。

情绪抑制与心理健康的关系也得到了我国研究者的广泛关注。周婷

和王登峰（2012）对女性乳腺癌患者进行的调查发现，患者的情绪抑制程度与其抑郁症状显著相关，情绪抑制可以显著预测女性乳腺癌患者诊断前的抑郁程度，并且相比情绪表达，情绪抑制会诱发更强的负性情绪体验。李玲艳等人（2015）的研究也证实了这一点，他们的研究发现，抑制情绪表达的乳腺癌患者在诊断前后均感受到更强烈的抑郁情绪体验，抑制负性情绪的乳腺癌患者比表达负性情绪的患者感受到更多的焦虑、绝望感和疲劳。

理论应用

长期抑制情绪会对个体健康产生非常不利的影响。有研究表明，那些把消极情绪都隐藏于心的人比善于表达的人死亡率更高，癌症治疗后更有可能复发，免疫系统也更差（Levy, Herberman, Maluish, Schlien, & Lippman, 1985）。在与疾病做斗争的癌症患者中，那些表达了消极情绪的患者常常会比那些接受事实、抑制情绪并安静地接受治疗的患者活得更久（Levy & Heiden, 1990）。有关情绪表露的研究也表明，保留创伤事件和对这些事情的感受对个体来说是一种压力，而将这些感受表达出来会产生缓解压力的效果（Niederhoffer & Pennebaker, 2002）。因此，学会表达和宣泄自己的情绪，对每个人来说都是一件重要的事情。为此我们能做些什么呢？

1. 不要否认自己的情绪

情绪是人性的一部分，感受或表达情绪是无可非议的。它不但不是虚伪的表现，相反，能够让自己的感受表达出来，会使自己的生活变得更加丰富多彩，并给人以激励。

2. 发展积极的自我感觉

许多情绪反应能给人以舒服的感觉，如爱、温柔、热情、乐观等。这些积极的自我感觉反过来又使人愉快，催人奋进。

3. 表达自己的情绪

情绪需要表达出来。你可以一有情绪就把它表达出来，也可以拿出很多精力来抑制它们，但这样不久后你就需要处理更强烈的情绪。所以你要做出决定，当你有情绪时就要表达出来。如果你一有情绪就表达出来，那它们就不会持久积压。某一刻你可能感到异常愤怒，但当你表达出来时，你的怒气就会消逝。情绪越是压抑，就越会对个体产生消极作用。正因为如此，人们常常说，人的情绪都是压抑的结果。由此可见，及时表达情绪，有效表达情绪是多么重要！当然，表达自己情绪的方法多种多样，可以借助于自己的身体动作来表达，也可以借助于语言来表达，还可以借助于其他一些自己喜欢的活动来表达，等等。

4. 转移场景

当你感觉自己情绪失控时，请尽量避开让你感到不愉快的环境，或者可以试着换位思考，又或者可以设想一下未来，这样也许会使你看到问题得以解决的前景。

5. 适当宣泄情绪

遇到不愉快的事情及委屈，不要埋在心里，要向亲人或知心朋友倾诉，哪怕是大哭一场也行。这种发泄可以释放内心郁积的不良情绪，有益于保持身心健康。当然，我们需要注意的是发泄的对象、地点、场合和方法要适当，不能伤害别人，也就是我们常说的不能够把自己的快乐建立在别人的痛苦之上。宣泄不良情绪的方法也是多种多样的：找朋友倾诉、以日记形式写下来、一个人独自痛哭一场、找一个没有人的地方

去大吼几声、到自然环境中去散散步、去做一场酣畅淋漓的健身活动、做几次深呼吸和积极自我暗示等，都是可以宣泄我们的负面情绪的。

拓展知识

你是一个善于表达情绪的人吗

下面这些描述与你的符合程度如何？可以用以下的6点量表测得。

（“1”表示非常不同意，“6”表示非常同意）

1. 我认为自己是一个爱表达情绪的人。 1 2 3 4 5 6
2. 人们认为我不是一个情绪化的人。* 1 2 3 4 5 6
3. 我隐藏自己的情感。* 1 2 3 4 5 6
4. 我常被别人认为是冷漠的。* 1 2 3 4 5 6
5. 人们可以看出我的情绪状况。 1 2 3 4 5 6
6. 我喜欢在别人面前表现情绪。 1 2 3 4 5 6
7. 我不喜欢让别人知道我的情感如何。* 1 2 3 4 5 6
8. 我在别人面前哭。 1 2 3 4 5 6
9. 即使我的情绪非常激动，我也不让别人看出我的情感。* 1 2
3 4 5 6
10. 别人不容易看出我的情感怎样。* 1 2 3 4 5 6
11. 我不是一个爱表达情绪的人。* 1 2 3 4 5 6
12. 即使我正在体验着强烈的情感，我也不会把它们表现出来。*
1 2 3 4 5 6
13. 我掩藏不住自己的情感。 1 2 3 4 5 6
14. 别人认为我是一个很情绪化的人。 1 2 3 4 5 6

15. 我不对别人表达自己的情绪。* 1 2 3 4 5 6

16. 我的真实情感与别人有所不同。* 1 2 3 4 5 6

17. 我抑制自己的感情。* 1 2 3 4 5 6

这是情绪表达性量表，要计算你的分数，首先要把带“*”的条目反向计分。然后把17个条目的得分全部加起来。得分越高，说明你越乐于表达情绪。

[资料来源：Kring, A. M., Smith, D. A., & Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the Emotional Expressivity Scale. Journal of personality and social psychology, 66 (5), 934-949.]

应用案例

今天，我乘车去姐姐家玩。到了姐姐家，我看见一个人也没有，就自己玩起来，玩着玩着，我听见“滴答、滴答——”的声音，这是水声，姐姐家里哪里漏水了？我朝着发出声响的地方走去。

走进浴室，只见浴缸上的水龙头在滴水。我想，水白白地流走，多浪费啊。于是，我立刻去把水龙头拧紧，可是，水龙头已经锈死了，无论怎么拧，就是拧不动，一只手不行，我用两只手，使出吃奶的劲一拧，“砰”的一声，水龙头被我拧下来了。

我吓呆了，赶紧把水龙头拧上去，可是，水龙头坏了，怎么拧也拧不上去，水哗啦啦往外流，我陷在了水中。

这时，姐姐回来了，看见我这样，马上严肃起来，街坊邻居也来了，一个个都责怪我不懂事。

我好伤心啊，本来想做一件好事，现在却变成了做坏事。

写完心理日记之后的心情：非常伤心。

感受和体会：以后做事情要考虑周到一点，不要给别人惹麻烦。

[资料来源：钱瑞芬.(2006). 心理日记——学生宣泄烦恼、调节内心的平台. 中小学心理健康教育, (4), 32-33.]

点评：在大多数的生活场合中，我们都需要控制住自己的情绪，尤其是消极情绪，但是控制情绪并不意味着抑制情绪。那些压抑在心底的想法和感受需要以合理的方式表达出来，否则容易对身心健康产生影响。抒发情绪的方式有很多，案例中的主人公通过写心理日记的方式，把难以向父母、朋友表达的苦闷、想法说出来，从而达到宣泄自己情绪的目的。同时，也在记日记的过程中学会调节自己的心境，摆脱烦恼和焦虑，进而做到保持积极情绪，并有效地减轻了心理压力。

参考文献

车文博.(2003). 人本主义心理学. 杭州：浙江教育出版社.

陈建梅，况利.(2005). 青少年、儿童自杀行为的流行病学特点. 重庆医学, (1), 125-127.

董妍，王琦，邢采.(2012). 积极情绪与身心健康关系研究的进展. 心理科学, 35(2), 487-493.

高玲玲，尤黎明，周英.(2004). 癌症患者希望与生命质量的相关性研究. 中华行为医学与脑科学杂志, (4), 461.

郭念锋.(2012). 心理咨询师. 北京：民族出版社.

洪炜，姬雪松，马晓军.(2004). 抑郁障碍患者人格特征与发病关

系的研究. 中华行为医学与脑科学杂志, 13 (5), 502-503.

李玲艳, 朱熊兆, 王瑜萍, 杨玉玲, 张劲强. (2015) 女性乳腺癌患者情绪抑制对其抑郁症状的影响. 中国临床心理学杂志, 23 (5), 915-918.

廖震华, 丁丽君, 温程. (2012). 我国60年精神障碍流行病学调查研究现状. 中国全科医学, 15 (10), 1160-1163.

孟昭兰 (编). (2005). 情绪心理学. 北京: 北京大学出版社.

王振宏, 王永, 王克静, 吕薇. (2010). 积极情绪对大学生心理健康的促进作用. 中国心理卫生杂志, 24 (9), 716-717.

魏立莹, 赵介城, 巫善勤. (1999). 抑郁与归因方式关系的研究. 中国临床心理学杂志, 7 (4), 213-215.

肖太平. (2010). 焦虑抑郁情感障碍在心血管科的调查分析. 中国现代药物应用, 4 (22), 253-254.

张文新. (2002). 青少年发展心理学. 济南: 山东人民出版社.

周婷, 王登峰. (2012). 情绪表达抑制与心理健康的关系. 中国临床心理学杂志, 20 (1), 65-68.

朱玉敏, 习明香, 武县丽. (2002). 20例年轻乳腺癌患者根治术后的应对方式及心理护理. 青海医药杂志, (5), 42-43.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. Journal of abnormal psychology, 87 (1), 49-74.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychological review, 96 (2), 358.

Alloy, L. B., & Clements, C. M. (1998) . Hopelessness theory of depression: Tests of the symptom component. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (4) , 303–335.

Curry, L. A., Snyder, C. R., Cook, D. L., Ruby, B. C., & Rehm , M. (1997) . Role of hope in academic and sport achievement. *Journal of personality and social psychology*, 73 (6) , 1257.

Fredrickson, B. L. (1998) . What good are positive emotions? *Review of general psychology*, 2 (3) , 300.

Fredrickson, B. L. (2001) . The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56 (3) , 218.

Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005) . Positive emotions broaden the scope of attention and thought–action repertoires. *Cognition & emotion*, 19 (3) , 313–332.

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997) . Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of abnormal psychology*, 106 (1) , 95.

Hiroto, D. S., & Seligman, M. E. (1975) . Generality of learned helplessness in man. *Journal of personality and social psychology* , 31 (2) , 311.

Hong, R. Y., Gwee, K., & Karia, M. (2006) . The role of event-specific pessimistic inferences in the etiological chain of hopelessness depression. *Personality and individual differences*, 41 (6) , 1119–1129.

Jonas, B. S., Franks, P., & Ingram, D. D. (1997) . Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Archives of family medicine*, 6 (1) , 43.

Levy, S. M., Herberman, R. B., Maluish, A. M., Schlien, B., & Lippman, M. (1985) . Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychology*, 4 (2) , 99–113.

Levy, S., & Heiden, L. A. (1990) . Personality and social factors in cancer outcome. *Personality and disease*, 254–279.

McNally, R. J. (2002) . Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*, 52 (10) , 938946.

Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopez, S. J. (2011) . The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement in children and adolescents: A two-year longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 12 (6) , 1049–1062.

Meagher, M. W., Arnau, R. C., & Rhudy, J. L. (2001) . Pain and emotion: Effects of affective picture modulation. *Psychosomatic medicine*, 63 (1) , 79–90.

Needles, D. J., & Abramson, L. Y. (1990) . Positive life events, attributional style, and hopefulness: Testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (2) , 156.

Niederhoffer, K. G., & Pennebaker, J. W. (2002) . Linguistic style matching in social interaction. *Journal of Language and Social Psychology*, 21 (4) , 337–360.

Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986) . Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of abnormal psychology*, 95 (3) , 274.

Rutledge, T., & Hogan, B. E. (2002) . A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosomatic Medicine*, 64 (5) , 758–766.

Seligman, M. E. (1975) . Helplessness: On depression, development, and death. WHFreeman/Times Books/Henry Holt & Co.

Snyder, C. R. (2002) . Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13 (4) , 249–275.

Snyder, C. R., Cheavens, J., & Simpson, S. C. (1997) . Hope: An individual motive for social commerce. *Group dynamics: Theory, research, and practice*, 1 (2) , 107–118.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., & Harney, P. (1991) . The will and the ways: Development and validation of an individual–differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60 (4) , 570.

Stopa, L., & Clark, D. M. (2000) . Social phobia and interpretation of social events. *Behavior Research and Therapy*, 38, 273–283.

02

社会化与健康

生物个体通过与他所处的社会环境相互作用，学会基本生产生活技能，遵从社会规范，形成社会人。社会化是人和社会双向运动的过程，贯穿于人的一生。人从出生到能独立生活之前有一个较长的依赖期，在这期间，抚养者对其进行照顾，这时，人的社会化就开始了。抚养者的养育方式总是根据当时的文化模式来确定，婴幼儿在接受照顾的同时也会对照顾方式做出反应，双向互动的社会化便开始了。大量研究发现，个体在社会化的过程中，其很多遭遇和经历都会直接或者间接地影响着心理健康。社会文化、家庭环境、学校、同伴、大众媒体都对社会化有着重要的影响。所以，顺利的社会化对个体的身心健康发展非常重要。

容易忽视的健康风险 ——儿童欺凌

负责暴力侵害儿童问题特别代表在有关保护儿童免遭欺凌的研讨会上指出，欺凌是一个全球性问题，每三个儿童中就有一人遭受欺凌，而欺凌对儿童现在以及将来的发展均会产生负面影响，会带来孤独感以及情绪低下和焦虑等，有时会使他们萌发自杀的念头，对他们今后的生活造成许多严重影响。各国应该对此问题予以高度重视，让儿童能够在健康的环境中成长，免遭暴力和欺凌。

儿童欺凌现象主要发生在校园，校园欺凌现象的研究始于20世纪70年代，后来有挪威学者提出关于校园欺凌的定义（Olweus, 1993）。如果一个学生被其他学生长久地、有意地反复施以负面行为，那么这个人就遭遇了欺凌，其身心可能会受到伤害或产生不适应。儿童欺凌指以直接或间接的方式故意伤害他人的行为，它主要包括3种较为普遍的欺凌方式：语言欺凌、身体欺凌和间接欺凌（孙临美，2009）。校园欺凌行为对儿童和青少年的影响非常大，甚至会对其成年后的行为产生重要影响，因此这一行为需要社会的广泛关注。

理论介绍

王美恩（2011）认为，欺凌是一种人与人之间的冲突行为，它可能是身体、言语、性的攻击，或是间接的关系排挤，甚至是新兴的网络欺

凌。按照欺凌方式可分为：肢体欺凌、言语欺凌、关系欺凌、强索欺凌和新兴的网络欺凌；按照欺凌行为与对象的直接性可分为：直接欺凌和间接欺凌，前者包括肢体欺凌、言语欺凌、强索欺凌，如殴打、咒骂、勒索等行为，后者包括关系欺凌和网络欺凌，如冷漠、隔离等。

不同层次、不同类型的受欺凌经历对儿童和青少年的心理健康均会产生重要影响，欺凌行为对欺凌者和受欺凌者的身心健康具有很大的伤害性。经常受欺凌会导致儿童情绪郁闷、注意力分散、逃学、孤独、学习成绩下降和失眠，严重的甚至导致自杀。而对欺凌者来讲，欺凌他人则可能会造成暴力犯罪或行为失调，因为欺凌行为是一种相当稳定的现象，欺凌者往往会有比较长期的欺凌他人的历史。

那么，欺凌行为是如何产生的呢？一些研究欺凌行为的研究者们提出了以下几种欺凌行为成因的理论假设。

1. 生物本能论

弗洛伊德提出的攻击本能认为，人身体的能量若不适当加以宣泄，可能会以暴力行为的方式发泄出来。所以，该理论假设认为人类暴力行为的产生是因为天性或出于生理因素，即源于遗传或某种个性表现（曹韧，2014）。

2. 竞争假设和外部特异性假设

竞争假设和外部特异性假设是关于儿童欺凌产生原因的两个比较流行的观点（张文新，1999）。前者认为儿童的欺凌行为是在学校里参与竞争和追求成绩的结果，即儿童对他人的这类攻击行为是对在校受到挫折和失败的一种反应。后者认为儿童之所以受欺凌是由于其本身具有一些“外部异常特征”，如肥胖、头发颜色不同、戴眼镜或讲异地方言等。

3. 心理理论假设

该理论假设认为，高攻击性儿童之所以攻击他人或者采用攻击的方式来处理人际问题，是因为他们对环境信息的认知加工存在偏差，或者由于社会认知能力和社会技能的低下。道奇（Dodge）和弗雷姆（Frame）曾提出一个儿童攻击发生的社会信息加工模型，该模型认为儿童对社会信息的认知加工包括“评价—解释—寻找反应—决定反应—做出反应”这五个子过程，从环境中输入信息依次通过上述五个加工阶段，而后做出行为反应（Dodge & Frame, 1982）。如果儿童不能按顺序对输入的信息进行加工，或者在某个加工环节发生偏差，就有可能导致攻击行为的发生。但是在欺凌者是否存在认知或社会信息加工缺陷的问题上，目前学界仍存在争议。

近年来有研究者从儿童的“心理理论”角度来研究儿童欺凌的成因。所谓儿童的“心理理论”，就是在儿童头脑中形成的一种理解自己和别人思想、感情和动机的方式。有关研究者发现，欺凌他人的儿童在欺凌情境中知道如何去伤害对方，如何选择逃跑的机会，也就是说这些儿童对对方的心理有较好的把握（Smith, 1991）。一些带头欺凌他人的儿童在“心理能力”上得分较高，他们能较好地认识到自己行为的后果，但却喜欢给别人造成痛苦，缺乏移情能力。研究者把经常欺凌他人的儿童的这种具有较高的认知能力但却缺乏移情能力的现象称为冷认知（cold cognition）。该理论在一定程度上解释了儿童欺凌产生的原因，但是并不能解释为什么有些儿童虽然能够理解他人但往往缺乏移情这个问题。

4. 依恋理论假设

依恋理论认为，儿童的依恋类型（回避型、安全型和矛盾型）影响着儿童将来处理人际关系的内部工作模式（IWM）。在婴儿期形成不安全的内部工作模式，可能会造成儿童以后在学校里产生不安全和焦虑的

行为，从而导致欺凌的发生（Myron-Wilson & Smith, 1997）。这一假设最早是由美国的托利（Tory）和苏劳菲（Sroufe）提出的，他们将具有不同依恋类型的儿童做了匹配，观察他们在自由游戏中的表现。结果发现，具有不安全依恋历史的儿童与其他儿童相比表现出更多的欺凌行为，而具有安全依恋历史的儿童则能回避欺凌行为（Tory & Sroufe, 1987）。

5. 社会学习理论假设

社会学习理论是由美国心理学家班杜拉（Bandura）于1971年提出的。班杜拉的社会学习理论强调的是观察学习和模仿学习。班杜拉认为儿童通过观察他们生活中重要人物的行为而学得社会行为，这些观察以心理表象或其他符号表征的形式储存在大脑中，来帮助他们模仿行为。模仿在儿童社会性发展中起着重要的作用，它包括对周围家长、教师、同伴等人的现实性的模仿，还包括对影视作品、杂志等大众传媒中具体行为的模仿。班杜拉“目睹攻击行为”的娃娃实验证明了攻击行为是可以习得的。社会学习理论通过一系列实验说明了攻击行为是习得的，此理论说服力较强，影响较大，被大多数人所接受。

研究支持

美国杜克大学医学院等机构的科学家研究了儿童期欺凌是否影响儿童的身体健康（Copeland et al., 2014）。研究人员采访了来自北卡罗来纳州的1420名9—16岁有欺凌或被欺凌经历的儿童，其中90%是白人，4%是美洲原住民，6%是非洲裔美国人。对这些儿童进行C反应蛋白（CRP）的血液测试表明，被欺凌的儿童的C反应蛋白水平随着他们被欺凌

的次数的增加而增加（C反应蛋白是身体的低级系统炎症的一种标记物，常常与心血管疾病和代谢症状有联系）。其后对19—21岁的被试血液测试表明，在童年被欺凌的被试的C反应蛋白水平是欺凌者的两倍，而欺凌者的C反应蛋白水平低于从未被欺凌者及被欺凌者。

上述结果表明，一名儿童在欺凌行为中的角色可能与身体健康的风险因素或成年期低水平炎症的保护性因素有关，被欺凌的儿童可能会有高于正常的亚临床水平的炎症，也许会持续到成年期，而这可能对长期健康有负面的影响；而欺凌者比那些非受害者和受害者儿童的炎症水平要低。

另一项研究也发现，儿童期的欺凌行为与一些心理问题有关，对青少年的身心健康有负面的影响。台湾高雄医科大学附属医院神经医学系的研究人员随机抽取6406名青少年作为被试，使用中国版学校欺凌体验问卷（C-SBEQ）、流行病学研究中心—抑郁量表（MC-CES-D）、雅典失眠量表（AIS8）、儿童多维焦虑量表（MASC-T）、社交恐怖症量表（SPIN）、注意力缺陷/多动症自测量表（ADHDS）、儿童情感障碍和精神分裂症量表（K-SADS-E）、酗酒筛选试验量表（CRAFFT）进行测试，收集有关的心理健康问题，包括抑郁症、自杀、失眠、广泛性焦虑、社交恐怖症、酒精滥用、注意力不集中、多动/冲动的数据。对欺凌行为经历和心理健康问题的关系进行研究，比较了不同层次/类型的欺凌行为对心理问题产生的风险大小。研究结果显示，不管是欺凌行为的受害者还是肇事者都有显著的心理问题，并且欺凌行为的肇事者有着除了一般焦虑的其他心理问题。8岁时遭人欺凌及欺凌他人的孩子成年后都容易出现精神问题。

理论应用

欺凌行为本身是一种不良人际关系的反应方式，而对于儿童和青少年来说，同伴对其的影响很大。在儿童期，同伴大多是由年龄、性别、志趣以及行为方式大体相近所组成的一种非正式的群体。随着年龄的增长，同伴形成的主动选择性变得越来越多，但是由于儿童、青少年的认知水平尚未完全成熟，对于如何发挥同伴的正向功能并没有清晰的认识。因此，需要家长以及学校留意儿童、青少年之间发生的不良行为，如群体性打架，一旦发现，必须及时制止；并开展“同伴支持”活动，发展反欺凌的学生志愿者组织，努力引导学生形成正确的价值观。

班杜拉的社会学习理论指出，不同的示范形式具有不同的效果，用言语难以传递图像及实际行动所具有的同等量的信息，而且图像和实际行为的示范形式在引起注意方面也比言语描述更为有力。这些理论与我们所说的“身教胜于言教”的原则具有异曲同工之妙，所以应充分发挥榜样的作用，增强儿童向榜样学习的意愿，使儿童自觉向好的方向发展。同时，我们可以用优秀科学家、伟人的事迹来教育儿童，对儿童产生激励的作用。

此外，旁观者在欺凌行为中也起着重要的作用。如果被欺凌者默默忍受、哭泣、不反抗，会使旁观者看不起被欺凌者，或是为了避免被欺凌而支持欺凌者，此时欺凌者可能会变本加厉。如果被欺凌者向旁观者求助，一方面会激起旁观者的同情心，赋予旁观者“好人”“英雄”的形象，能唤起其责任感、正义感，而获得保护和救助；另一方面，即使旁观者担心自身的安危不提供帮助，但其内心的负疚感也会促使其伸出援手。所以建议被欺凌者不要碍于面子而选择忍气吞声，而应该努力寻求别

人的帮助。

应用案例

11岁的小鸣（化名）新学期上初中预备班了，可他内心很纠结，一方面他很喜欢上学，而且成绩一直都很优秀；另一方面他又很害怕与同学相处，怕被调皮的同学欺负。于是，小鸣的情绪非常低落，对上学感到恐惧。

新学校的老师在看了他小学的成绩册后，推荐他担任班干部，可他无论如何也不肯干。他认为班干部会遭人嫉妒，容易受人欺负，而班干部又不能还手，否则就不是“好学生”了，所以他宁愿不当这个班干部。老师不能理解他的想法，依然让他做班干部，所以最近他很郁闷。

小鸣从幼儿园开始就受欺负，被小朋友从滑梯上推下来摔疼了也不敢还手。他性格懦弱孤僻，不合群，别的小朋友都围在一起玩，只有他一人躲在角落里，不敢主动和小朋友们相处。为此，小鸣还转过几所幼儿园，但到了新环境还是那样。

到了小学三、四年级，小鸣又经常受欺负。他的学习很好，从来不用父母操心。但是他不爱活动，身体肥胖，体育经常不及格，常被人嘲笑。他也不愿参加集体活动，班级里的事情他一概不闻不问，总是和别人保持一段距离。

他不爱跟男孩子玩，有男生对他表示友好，他也总是躲着别人，只跟女孩子玩，为此男孩子有些瞧不起他。班上有个小男生是“调皮大王”，身边还有一帮“小跟班”，小鸣不愿“入伙”，却无力抗拒。一次，那个“调皮大王”命令他去欺负一个女孩，他不去，就被“调皮大王

”和“小跟班”打了一顿。他感到很屈辱，却不敢反抗，常回家向家长哭诉。

点评：孩子之间打架争吵是很难避免的，他们在争斗中碰了钉子，就会有意识地忍让一些，获得暂时的平衡。孩子们正是在打了好、好了打的不断博弈中慢慢成熟起来的，这就是孩子的“社会化”进程，也是他们成长中必不可少的体验。

坚强的后盾

——社会支持

20世纪60年代，一些学者试图探求生活压力对身心健康的作用，这便开启了对社会支持的研究。70年代初期，社会支持的概念被引入精神病领域，医学和社会学采用定量评定的方法对社会支持和身心健康的关系进行了大量的实证研究。目前大量的研究表明，社会支持与健康之间有明显的正相关，社会支持在缓解个体心理压力、消除个体心理障碍、增进个体心理健康等方面具有重要的作用。

理论介绍

社会支持是指来自家庭、亲友和社会各个方面（同事、组织、团体等）的精神上和物质上的帮助和援助（肖水源，1994）。社会支持一般分为客观可见的支持和主观体验的支持。客观可见的支持包括物质支持、网络支持（稳定的社会关系如婚姻、同事、朋友等，不稳定的社会和主观联系如非正式团体等），这种社会支持不以个体感受为转移，是客观存在的现实；主观体验的支持，即个体在社会生活中受尊重被体谅的情感支持及满意度，这类支持与个体的主观感受密切相关。

依据社会支持理论的观点，一个人所拥有的社会支持网络越强大，就能够越好地应对各种来自环境的挑战。社会支持的作用机制主要有以下三种：主效应模型、缓冲效应模型和动态效应模型（刘晓，黄希庭，

2010)。

1. 主效应模型 (the main or direct-effect model)

主效应模型，它取自统计学上的“主效应”，表明应激与支持之间没有交互作用。主效应模型认为社会支持的效果独立于压力层级，社会支持在高应激时期与非应激时期均存在积极意义，它可以维持个体平时良好的情绪体验和身心状态，从而有益于个体的身心健康。

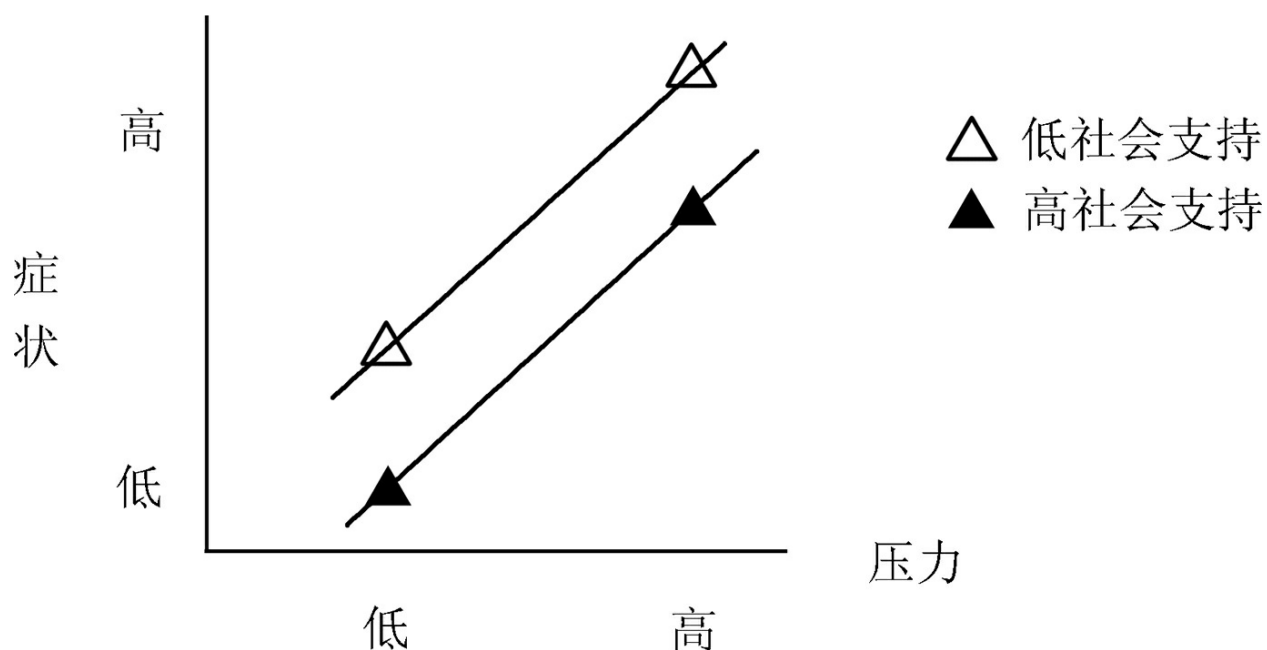


图2-1 社会支持主效应模型作用图

2. 缓冲器模型 (buffering effect model)

缓冲器模型，即社会支持对躯体和心理健康的积极作用主要体现在高应激时期，当环境中不存在或存在很低程度的应激事件时，社会支持可能对躯体和心理健康没有多大的作用。根据这一模型，社会支持使得个体在高应激时可以更有效地应对。

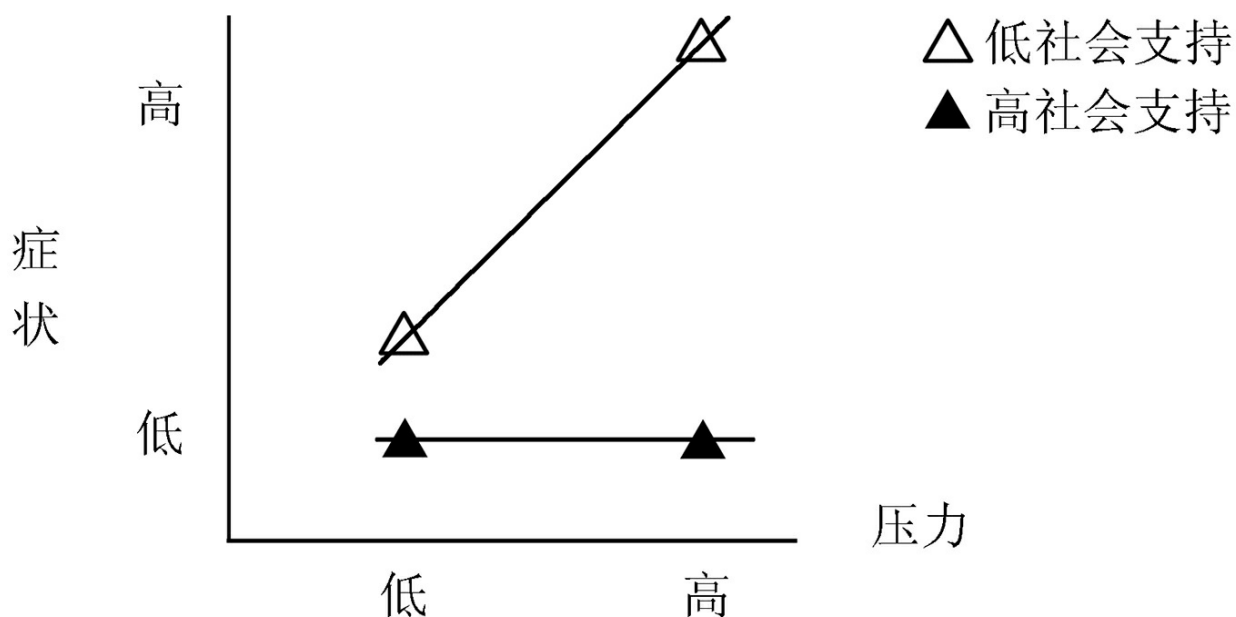


图2-2 社会支持缓冲器模型作用图

作为缓冲器的社会支持，常常是通过人的内部认知系统发挥作用。具体而言，社会支持可能在压力事件与健康状况的关系链条的两个环节上发挥作用：一是社会支持可能作用于压力事件与主观评价的中间环节上，如果个体受到一定的社会支持，那么他将低估压力情境的伤害性，通过提高感知到的自我应对能力，减少对压力事件严重性的评价。二是社会支持能够在压力的主观体验与疾病的获得之间起到缓冲作用，它可以提供问题解决的策略和方式，降低心理压力水平，从而减轻压力体验的不良影响。即社会支持可通过减缓应激源本身、增强个体对付应激源的能力或减缓应激引起的痛苦来缓冲消极事件和其他应激源的影响。

3. 动态效应模型（the dynamic-effect model）

动态效应模型指出，社会支持、心理压力与个体心理健康等变量在概念与实证关系上并不是人们通常所理解的正向的影响关系，而是一种复合的关系，它们之间存在着相互作用，因此，应当把社会支持和压力都当作自变量，通过直接和间接的作用对个体的身心健康发生作用。虽

然动态效应模型是未来的一个研究方向，但缺乏实证研究的支持，目前得到研究者普遍承认的还是主效应模型和缓冲器模型。

拓展阅读

独处

独处（solitude）是指个体与外界无互动，或意识上与他人分离，并能够自由选择个人身心活动的状态。马斯洛认为，独处是自我实现者的重要特征之一。与孤独感只能体验到消极情绪不同，独处是一种能够容纳不同情绪体验的开放性客观状态，对个体有积极的建设性意义。我国研究者认为，独处与心理健康的关系比较复杂，有的是促进心理健康，而有的则不利于心理健康（陈晓，周晖，2012）。这有可能与独处是一个多维结构有关，积极或自愿性的独处体验对心理健康有促进作用，而消极或非自愿性独处体验（特别消极情绪体验）则不利于心理健康。常见的独处方式有冥想、瑜伽、阅读、散步等。从这个角度来看，可以认为适当地脱离社会网络也有助于人们更新自己，维护自己良好的身心状态。

研究支持

个体通过自己的社会支持系统，会有更多积极的情绪体验，更高的自尊或对环境变化更具有控制感，这些因素可能会鼓励个体采取健康的生活方式，免受疾病的侵害。很多研究表明，在面对压力时，社会支持对个体的身心健康有重要的保护作用，但是其深入的作用机制一直是研究者探讨的重要问题，越来越多的研究同时支持了主效应模型和缓冲器

模型。一般来说，研究者从整体社交的角度，如个体所认为的朋友数目或者个体所属的组织的个数来看待社会支持时，会发现社会支持对健康的直接效应。而当研究者从个体所获得的社会支持的质量，即个体需要帮助时，他人提供帮助的大小，来对社会支持进行评估时，就会发现社会支持的缓冲器模型。

林初锐、李永鑫和胡瑜（2004）以1102名大学生作为被试，考察社会支持在人格特征和心理健康水平之间的调节作用。层级回归分析的结果支持了社会支持的调节作用，同时支持了社会支持的主效应模型和缓冲器模型。

缓冲器模型的基本假设也得到了许多研究结果的支持。有研究者在研究妇女亲密的社会关系与健康之间的联系时发现，如果亲密的对象是她们的丈夫或男朋友，那么这种社会关系能有效地防止消极事件带给她们的严重影响（Brown, Bhrolchain, & Harris, 1975）。而有研究者发现，产后妇女与丈夫之间进行问题方面的沟通，也能减少成为母亲的压力所带来的不利影响（Paykel, Emms, Fletcher, & Rassaby, 1980）。

丁宇、肖凌、郭文斌和黄敏儿（2005）运用抑郁自评量表（SDS）、焦虑自评量表（SAS）、社会支持评定量表（SSRS）、少年生活事件量表（ASLEC）和情绪紧张度量表对205名大学生进行研究，该研究围绕应激事件发生前、发生时及发生后进行跟踪测查。结果发现，随着时间的变化，社会支持与健康之间体现出动态的联系：个体的社会支持越低，负性情绪越明显。对社会支持高、低组进行时间序列比较后发现，社会支持是在应激事件发生时与个体的身心健康状况发生明显联系，在应激事件发生时，社会支持表现出较明显的保护作用；应激事件过后，社会支持对负性情绪的缓冲作用变得不明显。该研究证明了面对应激事

件时社会支持的作用模型主要是缓冲器模型，即在应激事件发生时，通过社会支持影响个体对应激事件的认知或是改变自身的心理状态，来间接地缓冲应激事件和压力带来的影响。

理论应用

人与人之间的亲密关系是社会支持的实质，这一观点是从社会互动关系上理解社会支持。同时，社会支持不仅仅是一种单向的关怀或帮助，它在多数情况下是一种社会交换，是人与人之间的一种社会互动关系。依据社会支持理论的观点，一个人所拥有的社会支持网络越强大，就能够越好地应对各种来自环境的挑战。社会支持是人们战胜心理疾病和生理疾病的重要筹码之一。社会关系良好的个体能更好地适应社会。也有大量的证据表明，社会支持有助于战胜疾病，促进患者的康复或延长其寿命。社会支持是个体身心健康不可或缺的部分，如何才能建立一个良好的社会支持系统呢？

①要建立社会支持理念。每个人在社会上都离不开与他人的相互配合，彼此支持。人与人之间的亲密互动、相互支持是社会支持的本质，是在帮助他人的过程中产生的。帮助行为包括物质、体力、信息以及情感支持等方面。社会支持与个人遇到较大压力（或应激事件）有紧密联系。良好的社会支持系统可以帮助我们缓解不良情绪，从而提高身心健康指数。

②要了解人有助人的需要。在力所能及的情况下，助人会使助人者也感到快乐。由于人们具有这种普遍需要，因而适时适度向人求助，还会增加人与人之间的联系，提升人与人的亲密程度。

③要区分社会支持系统中不同关系所具有的不同功能。有时候人们求助失败，不是因为他没有社会支持系统，而是因为他不懂得区分不同关系之间的差异。例如，有人要求一般的工作伙伴能像朋友一样理解自己，这显然是个不切实际的要求。

④要了解天生的社会关系网络并不等于社会支持系统，社会支持系统需要细心的维护。我们要在遇到困难的时候乐于向别人寻求帮助，同时在别人遇到困难的时候也要乐于帮助别人。如果我们平时不懂得体贴、关心并帮助他人，不懂得与他人分享生活，那么，我们就很难构建社会支持系统。

⑤对别人的支持，我们要有感恩的心，要懂得感激和回报。很多求助者不懂得说“谢谢”，是因为他们有一个很大的误区，认为都是熟人，我不说他也知道。而事实是如果我们不说，别人就不知道，结果助人者助人的快乐就有可能转变为不满和疏远。

⑥提高自身的抗压能力。尽管人离不开社会支持，但是在遇到困难时，我们还是要尽可能依靠自己，只有自己内心强大才可以顶住压力，朋友的支持只是锦上添花。

⑦在别人的社会支持系统中扮演好自己的角色。作为别人社会支持系统的一部分，对于你无法胜任的求助也不要勉为其难，每个人的能力都有限，实在帮不上的事就要及时、明确地告诉别人，以免耽误别人的事。最忌当时满口答应，结果却食言，那是最容易损害社会支持系统的行为。

应用案例

徐某，男，40岁，离异，有两个姐姐，一个妹妹。徐某是家里的独子，深得父母的宠爱，养成了懒散、固执、贪玩的性格。父母忙于生计，家里孩子多，没有太多的时间和精力照顾徐某。1989年，徐某初中没毕业就辍学，后因结识一些社会青年而开始接触毒品。

当时15岁的他，在社会青年的唆使下染上毒瘾。徐某多次被强制戒毒，从强戒所回社区后又多次复吸。后来，结识了村里的林某，两人陷入了热恋，由于爱情的力量，徐某坚持没有再吸食毒品。

后来他们结婚了。本来一切应该是好的开始，可是婚后的生活，对于新组建的家庭是一种考验。热恋过后就是柴、米、油、盐等现实问题，矛盾、冲突开始出现。妻子的离弃，父母的责怪，又一次把徐某推向毒品的深渊。徐某又陷入断断续续的吸—戒—吸—戒的恶性循环中。

徐某在谈到为什么戒毒坚持不下去，最后还是复吸时坦言：“婚后如果父母信任、妻子理解，夫妻之间没有这么多的争吵、怀疑，我想你们今天应该见不到我。”徐某这番话，引起了我们的深思……

点评：吸毒人员的社会支持系统往往有很多共性，家庭成员之间常常以冷暴力、争吵、发怒、毁物等较为极端或暴力的方式来解决家庭生活中出现的问题，吸毒人员在家庭中感受不到关怀、关爱与信任。从上面的案例可见，良好的社会关系网络是个体赖以生存的精神支持，是心灵的加油站。家庭关系不和、经济贫困、离婚，人与人之间缺乏信任等，都会直接影响吸毒人员戒毒的决心，往往导致吸毒人员复吸。由此可见，社会支持系统与社区戒毒关系的紧密性，值得每个社区戒毒工作者重视。

风雨同舟，相濡以沫 ——婚姻关系

婚姻是一个人最重要的投资，没有比幸福的婚姻更加幸福的生活了。美好的婚姻是理想生活的小舟，它承载着爱情、牵挂、理解和宽容。《中国中医药报》2006年曾转载了国外诸多健康与医学领域的专家学者的研究报告，这些报告指出，结婚可以促进心理健康，夫妻情深寿更长，离婚会增加患病率等。

理论介绍

个体为了保持身体健康，必须有营养、活动、休息的各种生理需要；为了保持良好的心理状态和精神健康，还必须有友谊、爱情、尊重、信任、成就、自我实现等心理需要。在这些需要受到威胁、被否定，或是在努力获取这些需要而受挫折时，机体会产生心理—生理失衡现象，出现明显情绪障碍。一般情况下，机体会通过一系列防御机制对情绪障碍进行调整，以减轻自创性损害。如果夫妻不和使心理—生理失衡长期存在，个体的防御机能就会减退或失控，甚至会引起一些疾病。

已婚者的社会支持系统比单身者、离婚者和丧偶者要更完善，在困难中与自己的配偶相互鼓励，具有较规律的生活方式。在生病时配偶可以帮助联系医生、去医院陪护、接送，从而使人获得更好的医疗服务。有伴的人也更愿意听从医生的意见，使用推荐的药物、食谱，坚持运动

。在配偶的鼓励和照顾下，双方都会越来越健康。另外，离婚者和丧偶者更容易染上烟瘾（Alviar, Rockman, Guo, Adelman, & Berger, 2014）。单身和离异人士更容易有患高血压、糖尿病和肥胖的风险。可见婚姻不仅关乎幸福，还切实地关系到人们后半生的健康。

因此，一个理想的婚姻关系是每个人所追求的，但是每个人理想中的家庭关系是不同的。张日昇（2009）认为，理想的家庭中的婚姻关系应该具备以下四个条件：

1.“同一屋檐下”生活

所谓“同一屋檐下”生活，是指家庭成员生活在一起。这不仅仅是指生活在共同的物理空间，更重要的是指心理层面的，即保持亲密的情感联结，维持心灵的沟通。

2. 夫妻“动力均衡”

夫妻“动力均衡”是指夫妻在力量、动态等各个方面保持均衡。一个良好的婚姻和家庭是由家庭的每位成员共同营造的，需要家庭成员的共同参与。无论是日常家务劳动、经济支配或是子女的教育等，都应由夫妻双方共同达成一致。家庭是一个动力系统，只有夫妻同心，才能维持整个家庭的协调运作。

3.“自由与受保护”的空间

“自由与受保护”的空间这个概念是在心理学的治疗方法——“箱庭疗法”中提出来的。在这个概念里，强调治疗者需要建立与来访者之间的“母子一体性”关系。在箱庭治疗室和以沙箱为中心所创造的自由和受保护的空間里，来访者处于安静、随性、舒服的状态之下，通过让来访者制作沙箱作品，促使来访者将自己潜在的自我治愈能力唤醒，并且充分发挥，为来访者的人格走向整合提供一种可能性。这个概念同样适用

于家庭系统，也就是说，每个人只要能够拥有自由和受保护的空间，在合适的机会和环境里，人的潜能就可以得到充分的发挥和发展。家庭成员在家庭这一自然而特殊的组织中，若能够拥有并体验到自由、安全和受保护，必然就会保持心情愉悦。

4. 夫妻双方尽量要有相同的志向

家庭成员，尤其是夫妻之间，要有一些共同的兴趣爱好、生活方式等。特别是在世界观、人生观、价值观以及道德判断这些人生信念上，更要努力去保持彼此之间的一致性，拥有积极向上的力量。

研究支持

世界卫生组织报告，全世界每年有81—83万人自杀死亡，其中许多是婚姻不幸造成的；离婚、丧偶和未婚男性的死亡率为已婚男性的2倍，女性死亡率也比已婚女性高50%—95%；婚姻对25—64岁组的影响程度大于65岁以上的老年人；离婚、丧偶和未婚者自杀死亡率为已婚者的2.84—3.36倍，肺癌、糖尿病、脑血管病、心脏病和交通事故的死亡率均明显高于已婚者（张家恕，1997）。

美国纽约大学蓝岗医学中心（NYU Langone Medical Center）的研究者探讨了已婚、单身、离婚和丧偶者患心血管疾病的概率（Alviar, Rockman, Guo, Adelman, & Berger, 2014）。这项研究是针对心脏健康与婚姻关系的大规模研究，研究对象于2003年至2008年从美国数据库抽取，共计350余万人。研究者对被试进行了外周动脉疾病、脑血管疾病、腹主动脉瘤和冠状动脉疾病的临床和非侵入性的测试。在所有被试中，共有69.1%的人已婚，13.5%的人丧偶，9%的人离异，8.3%的人单

身。在调整分析了年龄、性别、种族和风险因素后，发现婚姻状况与心血管疾病独立相关。与单身者相比，已婚者患心血管疾病的概率较低，丧偶和离婚被试患病的概率较高。不同性别的研究结果不变。最后该研究指出，结婚者不分年龄、不分男女，无论是否具有可能导致心脏病风险（如胆固醇过高、糖尿病），婚姻都对其心脏有益。与单身者相比，结婚者罹患心血管病的概率比单身者少5%，而丧偶者的风险则高3%，离婚者的风险高5%。

此外，有一些学者对“单身通常与较低的生活满意度和较差的身心健康状况有关”这一观点提出了质疑。有数据显示，在美国，51%的成年人是单身，伴随着结婚率的降低和离婚率创历史新高，这个数据可能将继续上升。单身人士数量超出已婚人士，这是美国历史性的时刻，在美国1.28亿单身人士中，有部分人有意避免进入长期伴侣关系，而不仅仅是因为找不到对象而保持单身。新西兰奥克兰大学的研究者曾对4000名新西兰人展开调查，发现那些害怕在相处关系中产生冲突的人，在单身情况下跟别人有伴侣情况下是一样幸福的，因为他们的单身状态可以去除一些由于伴侣冲突导致的焦虑；相反的，那些不害怕在人际关系中产生冲突的人和不那么关心伴侣关系中另一半的心情好坏的人，在单身的时候就不太幸福。那些高“追求社交目标”（包括希望维持伴侣关系，增强亲密度，与伴侣共同抚养孩子等）的被试，通常对生活更满意，并且与单身情况时相比，他们在有伴侣的情况下感觉最幸福（Girme, Overall, Simpson, & Fletcher, 2015）。

理论应用

尽管诸多研究已经发现，结婚者患心血管疾病的可能性更小，婚姻对个体的心脏有益，但是，不和谐的婚姻关系对家庭成员均有负面影响，夫妻之间的关系不和谐，经常性地争吵，会影响家庭成员的日常生活，同时对孩子的身心发展也极其不利。因此，一个和谐的婚姻关系对于结婚人士来说也至关重要。维持一个和谐婚姻的条件主要有以下几个方面：

1. 对婚姻关系的正确认知

有的人认为，婚姻就是爱与性的结合，但是这只是婚姻关系中的一部分。实际上，在婚姻关系里，男女之间不仅仅是夫妻，还必须是朋友、兄弟姐妹、合作伙伴等，婚姻是一个非常复杂的关系。夫妻之间要如朋友一般彼此信任，相互欣赏、关心、支持；要如兄弟姐妹一样，互相信任，互帮互助；也要如合作伙伴一样，理性讨论分析，共同制订策略等。婚姻关系中最忌讳无谓的指责，很多不幸的婚姻多是源于相互指责。

2. 正确处理婚姻中的情感

婚姻中的情感是后天习得的，我们的婚姻道德是从一而终，进入婚姻中的个体就要承担婚姻的责任。我们往往主观地认为，自身对婚姻的不满来源于对方，但同时也应该反省自身的行为，敞开心扉与对方交流。婚姻当中免不了有很多负面情绪，不能一味地压抑自身的负面情绪，应该尝试着释放负面情绪。如果负面情绪积累太多，一方面会给自身造成心理负担，另一方面也会对对方不满，更有甚者会积压仇恨。

3. 婚姻中的积极沟通

交流的方式有很多，语言只是其中的一种，要想维持和谐的婚姻关系，必须要学会理解应用其他的沟通交流方式，比如表情、动作等。在

夫妻关系中，一个有效的沟通能够很快解除夫妻之间的误会，化解矛盾。

4. 婚姻中爱的能力

心理学家弗洛姆说过，爱是一种艺术，是一种能力。爱的能力是指和他人建立亲密关系的能力，具备爱的能力会引导一个人去真正地爱他人，也真正地爱自己，能够在这个过程中体会爱带来的快乐和幸福。婚姻中的男女感受不到爱，并不一定是婚姻中缺乏爱，有可能是没有能力感受爱。夫妻之间善于交流，欣赏对方，是爱的重要源泉。同时也要保持自己的独特性，并尊重对方的独特性，不要妄想改变对方，也不要太过依恋对方。

拓展阅读

丧偶综合征

和谐的婚姻会增进夫妻双方感情，增加个体的幸福感。但是，婚姻中仍然有一些无法预料的事情可能会发生。比如突然失去风雨同舟的终身伴侣。有些人由于突然失去自己的伴侣而产生强烈的心理反应。轻者表现出抑郁；重者表现出悲恸欲绝，痛不欲生等。最常见的是出现多种心理障碍，诸如沉默寡言、神情淡漠、注意力不集中、对周围事物不感兴趣等。这些症状多数人在一段时间后逐渐好转、消失，但也有少数人在较长的一段时间内仍饮食无味、夜不能寐、面黄肌瘦、反应迟钝，迅速变得苍老，甚至产生厌世心理而自杀等。上述现象，被称为丧偶综合征。

丧偶综合征的预防：丧偶综合征患者有一个心理危机期，在这段日

子里，至亲好友的劝慰，子女们的体贴，在精神和物质方面的照顾、关心，都是非常必要的。应该让患者明白，生离死别是人生规律，人死不能复生，必须进行自我心理调节。症状严重者，不妨采用暴露疗法。例如，将死者的遗像和其生前心爱之物放在患者随时都能看到之处，让他自己尽量回忆与配偶共同生活时的恩爱情景。这样做，患者通常在开始时可能引发强烈的心理反应，难以自控，会痛痛快快地大哭一场，经过一段日子后，症状会逐渐改善直至消失。因为患者已明白并接受现实，达到了心理平衡和适应，渐渐重振生活信心，好好考虑安排今后的生活。暴露疗法是一种快而有效的心理脱敏疗法，但是患有严重心脑血管疾病的患者不宜采用此法，对这种群体还是慢慢地对其进行心理疏导为宜。

应用案例

王奶奶因病去世，王爷爷跟儿孙们忙完王奶奶的后事之后，就自己一个人在家住。以前每天早上王爷爷都要跟王奶奶一起出门晨练，最近他好像很少出门，而且出门经常忘记带钥匙，看起来精神状态也不太好。王爷爷的儿子也发现父亲的异样，觉得是因为母亲去世给父亲造成了很大的打击，于是跟家人商量怎么让父亲调整自己的情绪，开始新的生活。

偶然的机会下，他听说社区里有老人活动中心，很多老人在那儿下棋、聊天、唱歌。所以，他建议王爷爷也去看看，王爷爷一开始还不太愿意，后来就每天都去，脸上也有笑容了，还把自己搁置已久的二胡拿出来，说是要组建一个小乐队。后来，听说王爷爷要结婚了，对象是跟

王爷爷一起组建乐队的刘奶奶。王爷爷拉二胡，刘奶奶就唱小曲儿，别提有多和睦了，老两口互相有个照应，儿女们也放心了。

点评：老年人再婚，绝大多数为了晚年生活相互照顾，摆脱孤独，提高生活质量。但老年人再婚不可急于求成，婚前应多了解，相互尊重，相互理解，充分磨合好后方可组建新的家庭。

人生万花筒

——生活事件

自20世纪30年代以来，生活事件对个体身心健康的影响作用一直受到人们的关注。生活事件包括正性（积极）和负性（消极）两种。正性生活事件可以使个体产生愉快的情绪体验，促进其情绪向积极方面发展；负性生活事件可以使个体产生不安、消沉、焦虑等情绪体验，使个体的情绪向消极方面发展，对个体的身心健康产生不利影响。目前，诸多研究证实，生活事件与个体的身心健康密切相关。

理论介绍

在现代快节奏的社会中，科技的发展让社会生活日新月异，在这不断地变化之中，有积极的改变，也有消极的改变。纷繁复杂的生活事件可能会对一个人在长期生活中形成的独特的处事常规和行为习惯造成不良影响，使人们处于高度的应激状态之中，人们被迫消耗自己巨大的生理、心理能量来进行应对。此时，人的主观体验常常是紧张、焦虑、恐惧，甚至是绝望，这将严重地影响人的中枢神经系统的功能，造成个体一系列心理、生理上的变化。如果这种状况过于强烈和持久，最后可能导致大脑功能紊乱，出现心理上的异常，损害人的健康。

心理学家对有关生活事件与健康之间的关系进行了研究。1967年，美国华盛顿大学医院精神病学家福尔摩斯（Holmes）与拉厄（Rahe）对

394名被试进行调查，把人类社会生活中遭受到的生活危机（life crisis）进行归纳并划分等级，编制出生活事件心理应激量表——社会再适应评定量表。该量表列出了43种迫使人们在日常生活中必须做出改变和调整的事件，按照这些事件潜在的应激程度大小加以排列，并以生活变化单位（life change units, LCU）为指标加以评分（见表2-1）。例如，配偶死亡会使个体生活的各方面都受到影响，而交通罚款虽然令人感到烦躁，但是不会让个体的生活发生很大的变化。把个体在最近一年中所经历的应急事件的LCU相加，就能得到一个确切的应激量化分数。如果一段时间内LCU增多，一个人发生疾病的可能性也随之增大。生活事件的性质和特点，影响人的身体健康，既有积极的一面，也有消极的一面。生活事件中既有消极的，也有积极的。一般地说，越是新异的、不可控制或不可预见的生活事件，越可能同疾病有联系。当然这种联系因人而异。但是作为发生疾病的一种危险因素，生活事件可以帮助识别有患病可能的人群，积极预防生活事件对自己健康的影响。

表2-1 社会再适应评定量表

变化事件	L C U	变化事件	L C U	变化事件	L C U
配偶死亡	100	经济状态的变化	38	工作时间或条件的变化	20
离婚	73	好友丧亡	37	迁居	20

夫妇分居	6 5	改行	36	转学	20
坐牢	6 3	夫妻多次吵架	35	消遣娱乐的变化	19
亲密家庭成员丧亡	6 3	中等负债	31	宗教活动的变化（远多于或少于正常）	19
个人受伤或患病	5 3	取消赎回抵押品	30	社会活动的变化	18
结婚	5 0	所担负工作责任方面的变化	29	少量负债	17
被解雇	4 7	子女离家	29	睡眠习惯变异	16
复婚	4 5	姻亲纠纷	29	生活在一起的家庭人数变化	15
退休	4 5	个人取得显著成就	28	饮食习惯变异	15
家庭成员健康变化	4 4	配偶参加或停止工作	26	休假	13
妊娠	4 0	入学或毕业	26	圣诞节	12
性功能障碍	3 9	生活条件变化	25	微小的违法行为（如违章穿	11

				马路)	
增加新的家庭成员 (如出生、过继、 老人迁入)	3 9	个人习惯的改变 (如衣着、习俗 交际等)	24		
业务上的再调整	3 9	与上级矛盾	23		

注：LCU 0—149=没有重大问题；LCU 150—199=轻微的健康风险（三分之一的患病可能性）；LCU 200—299=中度的健康风险（二分之一的患病可能性）；LCU 300以上=严重的健康风险（80%的患病可能性）

社会再适应评定量表仅仅是生活事件对自己影响的一个判断，这些生活事件有的马上对人产生影响，还有一些将在以后一段时间内慢慢产生影响。因此，对健康的影响一般来说是有一定规律的，但是也有一些例外。比如“家庭成员死亡”，包括突如其来的交通事故暴死与癌症久治不愈最后死去，LCU相同，但心理反应强度差别很大。在社会再适应评定量表中，有几种生活事件的LCU比较接近，但对个体健康的影响有很大差别，这与个人的心理素质有关。

研究支持

拉厄（1970）运用社会再适应评定量表来探讨生活事件对健康的影响。研究者招募了84名内科医生作为被试，要求他们填写社会再适应评定量表，即对自己过去一年中的生活事件总量进行评估，然后在接下来的8个月中对所有被试的患病情况进行总体随访。结果发现，高生活事

件总量组（一年内LCU超过300）中有20人（49%）报告了24种疾病，中等生活事件总量组（一年内LCU在150至300之间）中有8人（25%）报告了共8种疾病，低生活事件总量组（一年内LCU小于150）只有1人（9%）报告了一种疾病，方差分析显示，三组结果间的差异具有显著性。

汤斯（Townes）、沃尔德（Wold）和福尔摩斯在一组研究中也发现，LCU与10年内的重大健康变化有关。生活变故的人群中，37%的人有重大的健康变化；有重大生活变故者中，70%的人呈现重大健康变化。1976年，福尔摩斯从回顾性和前瞻性调查结果显示，心脏病猝死、心肌梗死、结核病、白血病、糖尿病、多发性硬化等与LCU升高有明显关系（Townes, Wold, & Holmes, 1974）。

此外，还有研究证明生活事件与无望感之间有一定的关系（Haatainen et al., 2003）。研究者利用社会再适应评定量表对来自正常人群（无精神病史）中的成年人进行了两年的追踪研究。结果发现，造成无望感产生或持续的主要生活事件包括财务状况或人际冲突，但是研究还指出，被试生活情境的积极变化似乎可以使他们免于体验无望感。我国研究者梁婷和周骏（2008）采用青少年生活事件量表（ASLEC）和SCL-90，以373名初中生为被试，考察初中生生活事件与心理健康的相关性。研究结果显示，心理健康与生活事件之间存在较高的相关，说明受生活事件的影响程度越大，心理健康状况越不佳。该调查还发现，学习压力大和人际关系不好都给初中生的心理健康带来较大的负面影响。

李月和时春阳（2007）采用青少年生活事件量表和状态特质焦虑问卷（STAI），对200名大学生进行的调查研究表明，大学生负性生活事件各维度与状态焦虑、特质焦虑均呈正相关，且与特质焦虑相关显著，

再深入分析，生活事件各维度中异性交往、学业前途、人际关系、生活适应四方面与特质焦虑呈显著正相关。说明负性生活事件是影响大学生特质焦虑的一个非常重要的因素。

魏义梅和张剑（2008）则采用青少年生活事件量表、认知情绪调节量表（ERQ）和自评抑郁量表（SDS），选取900名大学生进行的调查研究表明，生活事件对抑郁有直接的影响，即大学生面临的生活事件越多，大学生的抑郁程度越高。

仝菲等人（2015）针对大学生的负性生活事件和饮酒行为进行的调查研究发现，随着物质生活的提高以及生活压力的增加，不少大学生在生活或学习中遇到困难或苦恼时会选择饮酒来排解压力，因此大学生饮酒已成为普遍现象。大学生存在不当饮酒行为，负性生活事件可能是大学生过量饮酒的重要因素之一。

理论应用

生活事件或生活变化，是人们日常生活中经常遇到的问题。寻求变化、追求新奇是人的一种基本心理特性，生活变化可以避免人在生活中那种单调、乏味的感觉，激励人们投入行动，以适应新生活、新环境。由此可见，适度的变化或刺激对个体来说如同休息和安静一样重要。然而如果生活变化过大、过多、过快和持续过久，就会加重人的心理负荷，超过人的心理承受能力，使人们心理上难以适应，引起严重的心理应激，甚至损害健康。

有很多心理学研究者调查发现，高血压、糖尿病、癌症等发病与前一年实际遭遇的生活事件之间有一定的相关性。约翰森（Johnson）和

萨拉松（Sarason）发现，神经症、癌症和消化性溃疡等疾病与负性事件有较高的相关，而与正性事件无相关（Johnson & Sarason, 1978）。另一研究发现，无论是特大应激事件或是日常生活事件的积压都会对正常健康个体的大脑结构和功能产生影响，这些区域结构或者功能的异常与个体的焦虑水平存在一定联系（位东涛，2014）。因此，在重大生活事件，特别是负性生活事件发生之后，要密切关注个体的身心健康，进行心理疏导。

1. 改善认知水平

对个体来说，提高心理素质，正确地对待生活中遇到的挫折，避免负性生活事件强烈持久地施压，是一种根本的自我保护措施。相同的一件事，不同的人有不同的看法，对负性事件有一个正确的认知，去除不合理的信念，对个体的身心健康有很大的帮助。

2. 积极的应对方式

应对是个体对现实环境变化有意识、有目的和灵活的调节行为。人们在面对环境变化时所采取的应对方式可能多种多样，用不同的应对方式处理遇到的生活事件，会有不同的结果。有的应对方式积极的成分较多，如寻求支持、改变价值观念体系等；而有的则以消极的成分为主，如回避、发泄等。利用积极的应对方式看待问题，会让我们有一个积极的心态去解决问题。另外，个体还要充分估计自己的应对能力，对自己能力估计过高或过低，都不利于对问题做出正确的反应。

3. 学会放松技术

放松训练具有良好的抗应激效果。在进入放松状态时，交感神经活动功能降低，表现为全身骨骼肌张力下降，即肌肉放松呼吸频率和心率减慢，血压下降，并有四肢温暖，头脑清醒，心情轻松愉快，全身舒适

的感觉。同时加强了副交感神经系统的活动功能，促进合成代谢及有关激素的分泌。经过放松训练，通过神经、内分泌及自主神经系统功能的调节，可影响机体各方面的功能，从而达到增进身心健康和防病治病的目的。

4. 寻求社会支持

一个人一般有三大支持系统，家庭、学校/工作单位和社会。个人在面临突发的生活事件时，可以从这三大支持系统中寻求精神上和物质上的帮助。当遭遇应激生活事件时，有高水平社会支持的个体应激体验会较轻，且对应激生活事件会更有效。

5. 危机干预

在突发的重大的应激生活事件发生之后，个体不能解决或处理，产生心理失衡时，就需要危机干预。危机干预的具体步骤是：

①确定问题。从求助者的角度，确定和理解求助者本人所认识的问题。②保证求助者的安全。危机干预者在检查评估、倾听和制订行动策略的过程中，对求助者的安全问题必须予以首要的、同等的、足够的关注。③给予支持。强调与求助者沟通，使求助者知道危机干预者是能够给予其关心帮助的人。④提出并验证可变通的应对方式。积极的、建设性的思维方式，可用来改变自己对问题的看法并减轻应激与焦虑水平。⑤制订计划。提供应对机制——求助者现在能够采用的、积极的应对机制，确定求助者能够理解和把握的行动步骤。⑥得到承诺。在结束干预前，危机干预者应该从求助者那里得到诚实、直接和适当的承诺。

拓展阅读

简易应对方式问卷

以下列出的是你在生活中经受到挫折打击或遇到困难时可能采取的态度和做法。请你仔细阅读每一项，然后在最适合你本人情况的选项上打钩。

表2-2 简易应对方式问卷

项目	不采用	偶尔采用	有时采用	经常采用
1. 通过工作学习或一些其他活动来解脱				
2. 与人交谈，倾诉内心烦恼				
3. 尽量看到事物好的一面				
4. 改变自己的想法，重新发现生活中什么重要				
5. 不把问题看得太严重				
6. 坚持自己的立场，为自己想得到的东西奋斗				
7. 找出几种不同的解决问题的方法				
8. 向亲戚、朋友或同学寻求建议				
9. 改变原来的一些做法或自己的一些问题				
10. 借鉴他人处理类似困难情景的办				

法				
11. 寻求业余爱好，积极参加文体活动				
12. 尽量克制自己失望、悔恨、悲伤和愤怒的感情				
13. 试图休息或休假，暂时把问题（烦恼）抛开				
14. 通过吸烟、喝酒、服药和吃东西来解除烦恼				
15. 认为时间会改变现状，唯一要做的便是等待				
16. 试图忘记整个事情				
17. 依靠别人解决问题				
18. 接受现实，因为没有其他办法				
19. 幻想可能会发生某种奇迹改变现状				
20. 安慰自己				

注：“不采用”为0分，“偶尔采用”为1分，“有时采用”为2分，“经常采用”为3分。积极应对维度由条目1—12组成，重点反映了积极应对的特点；消极应对维度由条目13—20组成，重点反映消极应对的特点。因此，结果分为积极应对维度平均分和消极应对维度平均分。

以上为简易应对方式量表，分为积极应对和消极应对两个维度。一

一般而言，在面对应激生活事件时，采取如向朋友倾诉、将情绪转移等较为积极的手段可称之为积极应对方式；反之，只是逃避事件本身、假装忘记是消极的应对方式。两种方式都是个体可以具备的方式，二者并不是此消彼长的关系。

应用案例

2015年11月13日，法国巴黎遭遇恐怖袭击，面对突如其来的恐怖袭击，至今很多人还没有从当时震惊恐慌的阴影中走出来。有一些本身是癫痫病的患者，在受到这次袭击的惊吓时，精神失常，癫痫病发作，全身抽搐，口吐白沫，身体和精神受到极大创伤。

点评：巴黎发生的恐怖袭击事件，不禁让我们联想到美国的“9·11”事件，这些令人胆战心惊的恐怖袭击事件无疑对每个经历过该事件的人员来说，都是一个非常重大的生活事件，对与之相关的亲属、朋友来说同样如此。很多人在经历了“9·11”事件之后不久就产生了严重的创伤后应激障碍（PTSD），因为痛苦的体验，人们不愿意去面对这些负性事件。但是，一旦发生过，这样的负性事件就注定要伴随我们一生。

在十分痛苦的时候，心理防御机制是必要的，但糟糕的是，如果心理防御机制对事实扭曲得太厉害，它会带来更多的心理问题，如强迫症、社交焦虑症、多重人格，甚至精神分裂等。真正对健康有效的方法只有一个，那就是直面痛苦，因为阴影和光明都是人生的财富。如果自己暂时缺乏力量，可以寻找亲友的帮助，或寻找专业人士的帮助。

心灵避风港 ——依恋理论

发展心理学家哈洛（Harlow）曾做过经典的恒河猴实验。他分别用绒布和铁丝各做了一只假的猴子，用来代替真正的母猴来抚养（喂食）婴儿猴子。结果发现，婴儿猴子与绒布猴在一起的时间很多，显示出愉快的触觉和喜爱，超过了对食物的喜爱。尽管所有的猴子在以后的发展过程中都显示了不正常的社会行为，但被铁丝猴抚养的婴儿猴子则每况愈下。在生活中，人们也发现，孤儿院养大的儿童较易表现出不寻常的社会和情感行为。为更好地解释这一现象，心理学工作者做了大量的研究工作，并提出了依恋（Attachment）理论。

依恋是个体对具有特殊意义的他人（某一特定的个体或群体）形成的一种牢固、有情感关系的联结。其特征是：个体与依恋对象分离会产生痛苦；对依恋对象会产生趋近行为；向依恋对象寻求支持与帮助，将其作为一个避风港；将依恋对象作为一个安全基地，并以此为基础发展其他的社会行为等。依恋在实质上是要“询问”这样一些根本性问题：所依恋的对象在附近吗？他接受我吗？他关注我吗？如果察觉这些问题的答案为“是”，则个体会感到被爱、安全、自信，反之个体则会体验到失望和抑郁，形成不安全的依恋，并且会影响到个体与他人建立健康的亲密关系。

理论介绍

依恋理论最初由英国心理学家鲍尔比（Bowlby）提出，他试图理解婴儿与父母分离后所产生的强烈的哭闹和搜寻反应。鲍尔比观察到，被分离的婴儿会以极端的方式（如哭喊、紧抓不放、疯狂地寻找）来抵抗与父母的分离。他受劳伦茨（Lorenz）关于印刻（imprinting）现象的启发，认为婴儿跟别的小动物一样，生来就有一种内在的行为，这种行为表现为依附母亲或吸引母亲待在自己周围，这使得婴儿能增加得到食物的机会，也能得到母亲的保护而免遭危险。

鲍尔比根据自己的研究，提出了依恋发展的阶段模式（见表2-3）。

表2-3 依恋发展的阶段模式

依恋发展阶段	情绪	行为
前依恋阶段 （从出生到6周）	哭、笑等情绪反应，能吸引母亲的注意，从而待在他身边；用手抓大人，凝视母亲的脸庞	婴儿已经能认识母亲的微笑和声音
依恋开始形成阶段 （6周至6—8个月）	对父母做出依偎亲近的反应，对陌生人显示警觉的神情	母亲离开时不会“抗议”，依恋尚未形成
依恋形成阶段	婴儿对熟人产生依恋，并表现出分离焦虑（哭	在公共环境中，婴儿把母亲看成“安全基

（6—8个月至18个月）	闹、跟随着母亲、抱着母亲不让离开等）	地”；对环境的探究活动要取得母亲情感上的支持
互惠关系形成阶段 （18个月至2岁以后）	儿童约2岁的时候，由于语言和表征能力的迅速发展使他们开始理解母亲离开的原因，并能预测她会回来	抗议减少了，婴儿开始使用谈判策略

从依恋的形成过程可以看出，儿童认知能力的发展是依恋形成的一个重要条件。通过依恋，儿童建立了亲子情结的内部表征，这一表征使婴儿认识到母亲是最可信赖的，母亲的在与不在都是安全的。健康的依恋使儿童对人与人的关系产生一种爱和安全感，成为个性发展的重要成分，它作为一种内部工作模式，指导儿童成长直至成人，与他人建立各种亲密、信赖的人际关系。

安斯沃斯（Ainsworth）发展了鲍尔比的依恋理论。20世纪60年代初，为了评估婴儿与他们母亲的分离与重聚后的反应的个体差异，安斯沃斯与同事一起提出了陌生情境（strange situation）测验法。安斯沃斯采用陌生情境测验，从对婴儿和母亲的研究中界定了亲子关系的三种基本类型和八个亚类（见表2-4）。

表2-4 亲子关系的三种基本类型和八个亚类

A型：回避型这种关系中的妈妈对	A1：对重新见到母亲和与母亲接触不感兴趣，忽视她的回来

孩子也不太负责。孩子则对妈妈疏远、冷漠	A2: 当母亲回来时, 对接触表现出一些兴趣, 但同时还可能转身走开或不看母亲
B型: 安全型体验到这种依恋的婴儿知道妈妈的负责和亲切, 甚至妈妈不在时也这样想	B1: 愿意与母亲相互作用, 但不特别地表现出身体接触, 分离时不太悲伤
	B2: 母亲离开后寻找母亲, 渴望重聚, 分离阶段不太悲伤
	B3: 努力获得并保持与母亲的接触, 分离时非常悲伤
	B4: 重聚时尤其想接触母亲, 好像完全沉湎其中, 一直感到焦虑
C型: 焦虑—矛盾型妈妈在这种关系中对孩子的需要不是特别关心和敏感	C1: 对母亲有明显的矛盾行为, 抗拒陌生人, 对母亲和陌生人都 有气愤的攻击行为
	C2: 对母亲有明显的矛盾行为, 但他们显得更加被动和退缩

研究支持

婴儿时期的依恋关系会影响成人时期的婚姻、亲子等人际关系。在哈洛的恒河猴实验中, 由铁丝猴抚养长大的婴儿猴子, 它们成年以后会有抚养孩子的困难, 它们难以与自己的孩子建立正常的依恋关系(放任孩子任意的活动而不给予保护, 拒绝照顾它们的孩子, 甚至虐待孩子)

（Harlow，1974）。一项研究发现，安全型依恋的成人比非安全型的人更满意自己的人际关系，并且他们的同伴也对他们之间的关系更满意（Tucker & Anders，1999）。他们的关系有这样一些特点：持续时间较长、信任、忠诚、独立（Feeney，Noller，& Callan，1994）。在一项研究中，回避型依恋的大学生中有43%的人说他们从没恋爱过（Feeney，Noller，& Patty，1993）。吴薇莉、刘协和（2006）对社交焦虑障碍组成人依恋类型和正常对照组的依恋类型进行对比发现，社交焦虑障碍组的成人依恋以不安全类型为主，不安全的成人依恋类型导致不良的人际关系。

不安全的依恋类型除了对个体的人际关系有不良影响之外，还可能会导致行为问题或情绪障碍。福纳吉（Fonagy）和塔吉特（Target）的研究发现，78%的精神病患者、75%的抑郁症患者、84%的焦虑症患者以及92%的边缘型人格障碍患者在成人依恋问卷（Adult Attachment Interview，AAI）中被评定为不安全依恋类型（Fonagy & Target，1997）。罗森斯坦（Rosenstein）和霍罗威兹（Horowitz）针对青少年的研究也发现，回避型依恋的青少年多表现为品行障碍、自恋或反社会型人格，而抵抗型依恋的青少年则倾向于以情感障碍、分裂型人格障碍为主（Rosenstein & Horowitz，1996）。另一项研究发现，青春期抑郁与依恋类型显著相关，曾患青春期抑郁的被试中有68%是非安全型依恋类型，那些具有双重非安全型依恋类型的被试罹患青春期抑郁的比率显著高于其他类型（Bifulco，Moran，Ball，& Lillie，2002）。

另外，克里奇菲尔德（Critchfield）等人（2008）针对边缘型人格障碍患者的依恋类型进行的研究发现，不安全依恋与攻击有关，自我伤害主要与回避型依恋相关，而对他人的敌意可能是对关系的回避和焦虑

的共同作用。我国研究者刘小群（2005）的研究发现，母子依恋与欺负、受欺负发生频率存在显著的负相关。研究结果表明，对于受欺负倾向的儿童来说，由于与母亲形成了不安全的依恋关系，所以对母亲的支持性和可靠性的认识偏低，他们不相信母亲会对自己做出应有的反应，从而对母亲缺乏基本的信任感和安全感，同时对自己也缺乏正确的评价，引起自我效能感偏低。由于儿童不信任母亲，所以在平时的生活中不愿意主动接触父母，在遇到困难和压力时也不愿意寻求母亲的帮助和保护，由此会产生一种习得性无助感和孤独感。儿童与母亲的这种不安全的依恋关系，可能会导致儿童对他人缺乏信任感和安全感，引起同伴关系不良，同时由于自卑心理和孤独无助感，从而缺乏有效抵抗外来侵犯的信心和勇气，在同伴群体中容易处于劣势，经常受到其他同学的欺凌。

理论应用

良好的亲子依恋是一种积极的、充满深情的感情联系。婴儿所依恋的人出现会使他们有安全感，有了这种安全感，婴儿就能在陌生的环境中克服焦虑或恐惧，从而去探索周围的新鲜事物，并尝试与陌生人接近，这样就可使婴儿视野扩大，认知能力得到快速发展。父母了解孩子的心理需求，正确积极回应孩子的需要，对了解各个阶段的孩子以及他们的行为是十分有帮助的。成人的依恋风格是由他/她与父母依恋对象的互动所形成的，早年依恋体验可能影响恋爱关系中的依恋风格，而依恋风格会对成人的亲密关系产生影响，这足以证明安全型依恋的重要性。

影响儿童依恋发展的因素有很多，其中家庭因素就是极其重要的影响因素。家庭是社会的基本构成要素，是儿童早期生活最主要的场所，

对依恋的形成发挥着至关重要的作用。在幼儿时期，家庭养育环境的影响占最主要地位，持久而深刻地影响儿童社会情绪的发展。同时，依恋作为儿童社会性发展的标志性开端，对于儿童社会性情感的发展也具有重要影响。儿童依恋和社会情绪作为儿童早期极为重要且联系密切的两个心理现象，均受到家庭环境直接而显著的影响。因此，个体婴儿时期与家庭中照顾者的关系对婴儿安全型依恋的发展至关重要。所以，当婴儿受伤、生病或不安时，照顾者可以对他做出多种响应。如果照顾者现在以使婴儿感觉安全的方式对他做出响应，将会使他相信有人在支持他。

当一名照顾者未能对需要安慰的婴儿做出适当的回应时，这并不一定是照顾者的过错。在有些情况下，因为照顾者有他们自己的悲伤或需要，而没有能力对自己的婴儿的需要显示出敏感性，其他的照顾者则根本无法懂得婴儿的信号，从而出现应对不当。

依恋模式关注的是婴儿和照顾者之间的关系，而不是任何一方的性格。

依恋模式在婴儿—照顾者关系中发展，以满足婴儿的非常强大的基本的舒适和安全的需要。照顾者如何对婴儿的不安做出回应，将对婴儿的情感和社会发展，未来的关系，甚至未来的养育方式产生持久的影响。作为婴儿的照顾者，必须意识到自身在其中所起的重要作用。

应用案例

小梅，女，15岁，正在读初三，因为早恋严重影响学习而又不能自拔，和父母一起前来做心理咨询。在心理咨询中小梅自述：“我也希望

和那个男孩分手，但是我也不知道怎么回事，就是分不了，每当看到妈妈为我伤心，我都心痛不已。很多时候冷静下来，发现自己内心深处也并不是很喜欢那个男孩，和那个男孩在一起，也有让自己不舒服的地方，有时候他试图做出进一步的亲密行为，我不想这样，我们还小，但却不知道如何更好地拒绝。更重要的是我也希望自己能够专心学习，但是分开后总是莫名的烦躁，内心感到很不安全，很希望有一个人能陪自己说说话，所以不久我们又在一起了，就这样反反复复，最后总是分不了。”

在咨询中了解到妈妈在生小梅之前，因为丈夫的反对和当时客观条件的艰难，不得已曾经三次人工流产，对此小梅妈妈一直内疚自责，对其丈夫也一直耿耿于怀，夫妻感情很淡漠。母亲虽然很爱小梅，但这么多年总是经常不自觉地流露出对前面三个孩子的怀念（小梅本人并不知道妈妈曾经人工流产三次），这种情况让小梅总是感觉自己好像是多余的，内心一直没有安全感和家的归属感，知道父母爱自己但却亲近不起来。经过几次心理咨询后，小梅真正了解到自己和那个男孩子所谓的“谈恋爱”，只是希望给自己的内心找一个依靠，因为自己的内心太孤独了。

点评：案例中小梅的表现是亲子依恋缺失导致的一种补偿行为。缺少对家长正常情感依恋的孩子，很容易转而寻求外界的情感补偿。这种情感依恋缺失的补偿现象在女生中更为明显。安全的亲子依恋缺损，是一种爱的缺损。而在爱的缺损中长大的孩子，在以后的生活中很难感受爱的存在，但又强烈地需求爱，甚至会发展为“获得安全，避免焦虑”的神经症性倾向。这种神经症性倾向往往以对内苛求自己，对外苛求别人

，自责自恨，妒忌敌对，或是以攻击性语言、攻击性行为去伤害别人或伤害自己。这些无一例外地都会在孩子日后的人际关系中表现出来。

静若淑女，动若英豪 ——双性化理论

性别角色指个体基于性别差异而形成的与社会或群体规定相适应的心理特点和行为模式。男女两性是由遗传决定的。然而，男女在家庭生活和社会活动中扮演什么角色，则是儿童时期受成人影响的结果。事实上，人从一降生，就因性别不同而受到不同的影响，例如，男耕女织、男主外女主内的社会分工等，所有这些均受到伦理、道德、风俗、传统等社会文化的因素影响。在不同的文化中，个性和社会特征总是依附于各种性别，对特定的性别赋予某些特征，这种现象不是生物学上的男性或女性的遗传结果，而是传统习惯造成的。不同的社会文化，规定着人们扮演何种角色。

理论介绍

传统的性别角色理论认为，男人就该像个男人，女人就该像个女人，这是天经地义的。然而越来越多的研究者发现，双性化是性别角色最优的体现。所谓双性化，是指一个人兼有男性化与女性化的气质。双性化者并非“变态”，相反众多研究表明，双性化者兼有男性和女性较为优良的品质，往往具有更强的社会适应能力。

西方关于双性化人格的研究历史较悠久，弗洛伊德首先提出了“潜意识双性化”的概念。瑞士心理学家荣格（Jung）提出了著名的“阿尼玛

（anima）和阿尼姆斯（animus）”理论，用“男性的女性意向”和“女性的男性意向”两个术语，说明人类先天具有的双性化的生理和心理特点，要想使人格得以平衡，就必须允许男性人格中的女性方面和女性人格中的男性方面在个人的意识和行为中得到展现。如果一个男人展现的仅仅只是他的男性气质，那么，他的女性气质就会始终遗留在无意识中而保持其原始的未开化的面貌，这就使他的无意识有一种软弱、敏感的性质。正因为这样，所以那些表面上最富男子气的人，内心却往往十分的软弱和柔顺。而那些在日常生活中过多地展示其女性气质的女人，在无意识深处却十分顽强和任性，具有男人通常在其外显行为中表现出来的气质。

人类社会是一个由男女两性共同组成的社会，处在这种社会中的每一个人都必须学习如何适当地扮演自己的性别角色，否则就不能在社会上有良好的适应能力。首先得由个人确认并接受自己的性别，然后才能自如地扮演自己的性别角色。儿童性别角色的形成大约经过两个阶段：第一阶段，被动地由父母进行分配。例如，给不同性别的儿童穿不同的服装，玩不同的玩具，做不同的游戏，讲不同的故事。父母这样做的结果是使孩子可以意识到自己是一个男孩还是一个女孩。第二阶段，儿童主动地模仿与认同。儿童对性别角色的确认，先是对同性别长辈的行为进行模仿，而后认同。

推孟（Terman）和迈尔斯（Miles）在1936年发表了第一个男性气质—女性气质测验（masculinity-femininity test，简称M-F测验），将“男性气质”“女性气质”等引入心理学研究领域。在接下来几十年的发展中，又提出了双性气质、未分化等概念。

传统的性别角色模式认为人的性别角色应符合其生理性别。男性气

质多表现为独立、勇敢、自信而且具有支配感和成就感，喜欢竞争性强的活动。女性气质多表现为温和、敏感、被动，缺乏自信和果断精神。双性化理论认为，双性化是一种最为理想的性别模式，它集合了男性和女性的性别优点，而“中性化”可以说是“未分化”，是社会性别最不突出的一类群体，它没有显著的男性气质和女性气质。双性化特征的人在心理上最为健康，而未分化特征的人心理健康水平在四种性别角色上最低。

研究支持

大部分研究都认为，双性化的个体具有较高的自尊、较少的心理疾病、较好的社会适应能力，而且双性化的人比其他类型的人更受欢迎。一项研究显示，双性化的儿童和成人拥有更高水平的自尊，而且在多样化的情境下适应性更强（Taylor & Hall, 1982）。另一项研究指出，双性化个体更易与异性建立起亲密关系，可能是由于他们同时具有女性和男性积极的特质，能更好地理解、接受彼此间的差异（Ganong & Coleman, 1985）。也有研究揭示，具有积极的双性化特征的人在心理上更健康，感到更快乐，幸福感更强（Woodhill & Samuels, 2003）。

我国研究者余小芳（2004）采用问卷调查与内隐联想测验相结合的研究方法，探讨性别角色与心理健康、社会适应的关系。结果发现，双性化类型对男女正性词加工都较好，男性化类型和女性化类型分别只对男性正性词和女性正性词加工较好，而未分化类型对两种词加工都较慢；四种性别角色在心理健康和社会适应性方面都存在显著差异，双性化类型的学生心理健康水平最高和社会适应性最好，是最佳的性别角色模

式。

马锦华（2001）在对大学生双性化人格模式与心理健康关系的研究中发现，双性化个体具有比较高的心理健康水平，女性化、未分化个体表现为自信程度偏低，缺乏安全感，从理论上讲，其心理健康水平偏低。余小芳（2004）的研究也发现，双性化类型的学生不管在心理健康方面，还是在社会适应性方面，都优于男性化类型、女性化类型与未分化类型的学生，这说明双性化类型是最理想的性别角色模式。同时，该研究还指出，未分化类型是最不理想的性别角色，女性化类型在心理健康与社会适应性方面也较低，男性化类型在这两方面上都不错，仅次于双性化类型。

拓展阅读

性别角色量表

美国心理学家贝姆（Bem）于1974年发表了性别角色量表（Bem Sex Role Inventory, BSRI），这是第一个用来测量相互独立的性别角色的测验工具。

表2-4一共有60个描述性词语。请你根据自身的情况，逐条以从“1”到“7”的尺度给自己打分，其中，“1”代表“从不”或“几乎不符合”，“7”代表“总是”或“完全符合”。

表2-4 性别角色量表

1. 自我信赖	21. 可信赖的	41. 温和的
2. 柔顺	22. 善于分析的	42. 庄严的

3. 乐于助人	23. 表示同情的	43. 愿意表明立场的
4. 维护自己的信念	24. 嫉妒的	44. 温柔
5. 快活的	25. 具有领导能力的	45. 友好的
6. 忧郁的	26. 对他人的需求敏感	46. 具有侵犯性
7. 独立的	27. 诚实的	47. 轻信的
8. 害羞的	28. 乐于冒险	48. 无能的
9. 诚心诚意	29. 有理解力的	49. 像个领导
10. 活跃的	30. 守口如瓶	50. 幼稚的
11. 情意绵绵	31. 易于做出决策的	51. 适应性强的
12. 夸耀的	32. 有同情心的	52. 个人主义的
13. 武断的	33. 忠厚老实	53. 不讲粗俗的话
14. 值得赞赏的	34. 自足的	54. 冷漠无情
15. 幸福的	35. 乐于安抚受伤的感情	55. 具有竞争意识的
16. 个性坚强的	36. 自高自大	56. 热爱孩子的
17. 忠诚的	37. 有支配力的	57. 老练得体的
18. 不可捉摸的	38. 谈吐柔和的	58. 雄心勃勃
19. 强劲有力的	39. 值得喜欢的	59. 温文尔雅
20. 女性的	40. 男性的	60. 保守

计分方法：男性化得分为1，4，7，13，16，19，22，25，28，31，43，46，55，58项目总分除以14；女性化得分为11，14，17，23，26，29，32，35，41，44，56，59项目总分除以12。如果男性化得分和女性化得分都高于4分的话就是双性化；如果只有男性化得分高于4分就是

男性化，只有女性化得分高于4分就是女性化；如果两个都低于4分就是未分化。

理论应用

性别角色教育是社会化的任务之一，而我国当前的性别角色教育几乎是缺失的。家长和教师在性别角色教育的过程中存在一种去性别化的教育误区，即忽视了男女的性别差异和不同的发展需要，给男生、女生完全相同的期望、要求和教育。目前大多数家庭和学校在对儿童进行性别角色教育时不是采取双性化教育模式，而是采取单性化性别角色教育模式。单性化的性别角色教育是指在性别角色教育过程中，教育者持有传统的性别角色期望，旨在培养受教育者典型男性化或典型女性化特征。如忽视女孩子勇敢、坚强、果断等优秀男性特征的培养，忽视男孩子细心、同情心、善解人意等优秀女性特征的培养。这些性别刻板观念会体现在教师以及家长的教育行为中，其结果只会阻碍儿童发展异性积极特征，限制儿童个性的健康全面发展。因此，实施双性化的性别角色教育非常重要。

儿童的性别角色模式是在社会化的过程中获得的，儿童所处的直接和间接环境的影响是性别角色社会化的关键。如何利用影响儿童性别角色社会化的环境实施双性化的性别角色教育呢？

1. 促进双性化性别角色的家庭教育

家庭是儿童社会化的主要场所，儿童的社会知识、道德规范和社会行为首先是从家庭中获得的，性别角色社会化也会首先受到家庭的影响。在家庭中，对儿童实施性别角色教育应从以下三个方面入手：

首先，父母要摆脱性别角色刻板印象的束缚。坚强勇敢、果断机智、温柔体贴、耐心细致这些性格特征不应被贴上性别标签，它们是两性所共有的。只要是孩子身上表现出值得肯定的积极品质就要加以鼓励。

其次，要发挥父母在双性化性别角色教育中的不同作用。孩子的健康成长需要同时汲取父性、母性的养料，达到人格的完善与统一，缺少任何一方的参与，对孩子性别角色的发展都是不利的。例如，孩子个性的发展应同时继承母亲的温柔、细心、文雅等特质和父亲的大度、开朗、自尊心强、喜欢交往等特质。

最后，父母应努力创建一个两性平等的家庭氛围。父母一方面要意识到自身所扮演的性别角色特点，但要尽量避免典型男性化和典型女性化倾向，父亲也要从事家务劳动，照看孩子；母亲也要有自己的工作、自己的事业，鼓励孩子积极进取。这样有利于孩子把从父母身上学到的优秀品质综合起来，为塑造双性化性别角色模式打下基础。

2. 促进双性化性别角色的学校教育

学校是家庭和社会的中间环节，也是儿童性别角色知识扩展和加深的重要场所，学校对儿童性别角色发展的影响主要是通过教育者的观念、教育活动等途径实现。

在教育观念上，教师要有双性化的性别角色期望。进入学校以后，男教师和女教师代替了性别角色父亲和母亲的角色。教师的言行成为儿童学习的榜样。因此，教师首先要摒弃传统的教育模式，转变观念，明白双性化性别教育模式的优点，对儿童性别角色发展持有双性化的期望，这对于实施双性化的性别角色教育至关重要。

在教育活动上，教师要促进学生在活动中发展异性的积极品质。教师既要鼓励女生去从事具有竞争性、创造性、勇敢性等特点的活动，也

要鼓励男生去从事需要细致性、情感性、社会性等特点的活动。鼓励学生在体验过程中，克服自己性格上的弱点，注意学习异性的积极品质，促进身心的全面发展和人格的完善。

3. 促进双性化性别角色的社会教育

社会媒体包括书刊、电影、电视和广播等大众传播工具，对人们的社会生活有巨大影响，是传播性别角色观念的有效途径。

电视节目对儿童的许多行为产生影响，如攻击性行为、亲社会行为和认知技能等电视节目会对性别角色发展产生影响。电视节目为儿童提供了更多观察性别角色刻板印象的机会。作为主流媒介的电视从业人员要强化自己的责任意识，明确大众传播媒介对儿童性别角色教育中的引导作用，避免在主流媒体中传播性别角色刻板印象，尽量多塑造一些双性化的人物形象，为儿童提供观察学习的榜样。

儿童读物中的男性人物比女性人物更为积极地从事创造性活动，女性人物常常被塑造为被动的、具有依赖性的角色，大多从事一些安静的室内活动。这对儿童双性化的性别角色发展是不利的。在今后儿童读物的编写过程中，作者要尽可能淡化性别特征的差异，塑造一些兼具男性和女性优秀品质的人物形象，用双性化的性别角色教育理念去影响、教化成长中的儿童。

随着科学知识的普及和社会大众观念的更新，双性化将逐渐成为一种被广泛认可的理想的性别角色发展模式。通过家庭教育、学校教育以及社会教育等多方面的配合，使处于社会化过程之中的儿童和青少年在性别角色的发展上摆脱性别刻板印象的禁锢，从而形成健全完善的双性化人格品质。

应用案例

美国前国务卿希拉里说过：“小时候，我非常崇拜父亲。我会热切地在窗口张望他的身影，一看到他下班回家就立刻冲到马路上去迎接他。在他的鼓励和指导，我学会了打棒球、橄榄球和篮球。每次我都会努力考出好成绩以博得他的欢心。”

希拉里的父亲苛刻、易怒，还经常给孩子难堪，但是他和妻子仍然成功地培养了孩子们浓厚的家庭观念，创造出一家人团结互爱的传统。他们夫妇在教育孩子的时候很默契，两人都是专制的家长，都想向孩子们灌输老派价值观念和真理体系推崇的精神遗产。他们坚信，只要有纪律、勤奋，有适当的鼓励，再加上充分的家庭、学校和宗教教育，孩子们就能够实现任何梦想。在家里，父亲具有绝对权威，他的父权统治让大家都感到不快乐，不过他唯一开明的地方，就是他坚信不能因为希拉里是个女孩子就限制她把握机遇和掌握技艺的权利。

[资料来源：卡尔·伯恩斯坦.(2008). 希拉里传. 张岩，魏平，刘宁（译）. 北京：中信出版社.]

点评：希拉里是大家所熟知的美国政治人物。她成功的一个可能原因是父亲对她不一样的期望和教育，希拉里的父亲没有把他的女儿培养成一个典型的拥有女性气质的人，而是把她培养成一个坚毅、自信，却又不乏女性魅力的双性化气质的人。

参考文献

曹韧.(2014). 校园欺负行为的概念及理论假设. 新校园：中旬刊

, (10), 23-23.

陈晓, 周晖. (2012). 自古圣贤皆“寂寞”? ——独处及相关研究. 心理科学进展, 20(11), 1850-1859.

丁宇, 肖凌, 郭文斌, 黄敏儿. (2005). 社会支持在生活事件—心理健康关系中的作用模型研究. 中国健康心理学杂志, 13(3), 161-164.

李月, 时春阳. (2007). 大学生负性生活事件调查分析. 科技信息, (3), 232.

梁婷, 周骏. (2008). 初中生生活事件与心理健康研究. 南昌高专学报, (5), 99-100.

林初锐, 李永鑫, 胡瑜. (2004). 社会支持的调节作用研究. 心理科学, (5), 1116-1119.

刘小群. (2005). 小学高年级儿童亲子依恋与欺负行为的关系研究 (硕士学位论文), 湖南师范大学, 长沙.

刘晓, 黄希庭. (2010). 社会支持及其对心理健康的作用机制. 心理研究, 卷(1), 3-8.

马锦华. (2001). 大学生双性化人格模式与心理健康关系探析. 安徽教育学院学报, 19(4), 87-89.

孙临美, 林玲. (2009). 儿童校园欺凌问题的现状归因及对策. 校园心理, (3), 153-156.

仝菲, 王程成, 李修德, 李享, 徐少聪, 张秀军. (2015). 合肥市大学生生活负性事件和饮酒的关联性分析. 中国学校卫生, 3, 21.

王美恩. (2011). 终结霸凌: 洞察孩子内心世界, 打破霸凌的恶循环. 台北: 天下杂志出版社.

位东涛. (2014). 生活事件与神经质影响焦虑的神经机制 (博士学位论文), 西南大学, 重庆.

魏义梅, 张剑. (2008). 大学生生活事件, 认知情绪调节与抑郁的关系. 中国临床心理学杂志, 16 (6), 582-583.

吴薇莉, 刘协和. (2006). 社交焦虑障碍患者的成人依恋类型与社交焦虑障碍人格特征关系. 中国临床康复, 10 (14), 18-22.

肖水源. (1994). 《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用. 临床精神医学杂志, 4 (2), 98-100.

余小芳. (2004). 性别角色的鉴定及其与心理健康、社会适应的关系研究 (硕士学位论文), 江西师范大学, 南昌.

张家恕. (1997). 心理医生病案录. 重庆: 重庆大学出版社.

张日昇. (2009). 成年早期个体的心理发展. 见林崇德 (编). 发展心理学 (pp.393-400). 北京: 人民教育出版社.

张文新, 武建芬, 程学超. (1999). 儿童欺侮问题研究综述. 心理学动态, 3, 37-42.

Alviar, C. L., Rockman, C., Guo, Y., Adelman, M., & Berger, J. (2014). Association of marital status with vascular disease in different arterial territories: A population based study of over 3.5 million subjects. Journal of the American College of Cardiology, 63, 125-137.

Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Lillie, A. (2002). Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. Social Psychiatry and psychiatric epidemiology, 37 (2), 60-67.

Brown, G. W., Bhrolchain, M. N., & Harris, T. (1975) . Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9 (2) , 225–254.

Copeland, W. E., Wolke, D., Lereya, S. T., Shanahan, L., Worthman, C., & Costello, E. J. (2014) . Childhood bullying involvement predicts low-grade systemic inflammation into adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111 (21) , 7570–7575.

Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008) . The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (1) , 67–82.

Dodge, K. A., & Frame, C. L. (1982) . Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child development*, 620–635.

Feeney, J. A., Noller, P., & Patty, J. (1993) . Adolescents' interactions with the opposite sex: Influence of attachment style and gender. *Journal of adolescence*, 16 (2) , 169–186.

Fonagy, P., & Target, M. (1997) . Attachment and reflective function:

Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9 (04) , 679–700.

Ganong, L. H., & Coleman, M. (1985) . Sex, sex roles, and emotional expressiveness. *The Journal of genetic psychology*, 146 (3) , 405–411.

Girme, Y. U., Overall, N. C., Simpson, J. A., & Fletcher, G. J.

(2015) . “All or nothing” : Attachment avoidance and the curvilinear effects of partner support. *Journal of personality and social psychology*, 108 (3) , 450–466.

Haatainen, K. M., Tanskanen, A., Kylmä, J., Honkalampi, K., Kouvumaa–Honkanen, H., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2003) . Stable hopelessness and its predictors in a general population: A 2-year Follow-up study. *Suicide and life-threatening behavior*, 33 (4) , 373–380.

Harlow, H. F., & Suomi , S. J. (1974) . Induced depression in monkeys. *Behavioral Biology*, 12 (3) , 273–296.

Johanson, J., & Sarason, I. (1978) . Life stress, depression and anxiety: Internal–external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22 (3) , 205–208.

Myron–Wilson, R., & Smith, P. K. (1997) . Attachment relationships and influences on bullying. *Postgraduate Article*, 281–290.

Olweus, D. (1993) . *Bullying at school: What we know and what we can do*. Malden, MA: Blackwell Publishing.

Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J., &Rassaby, E. (1980) . Life events and social support in puerperal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 136 (4) , 339–346.

Rahe, R. H. (1970) . Prediction of near–future health change from subjects’ preceding life changes–*journal of psychosomatic research*. *Journal of Psychosomatic Research*, 14 (4) , 401–406.

Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996) . Adolescent attachment

ment and psychopathology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64 (2) , 244–259.

Smith, P. K. (1991) . The silent nightmare: Bullying and victimization in school peer groups. *The psychologist*, 4 (6) , 243–247.

Taylor, M. C., & Hall, J. A. (1982) . Psychological androgyny: Theories, methods, and conclusions. *Psychological bulletin*, 92 (2) , 347–363.

Townes, B. D., Wold, D. A., & Holmes, T. H. (1974) . Parental adjustment to childhood leukemia. *Journal of psychosomatic research* , 18 (1) , 914.

Troy, M., & Sroufe, L. A. (1987) . Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26 (2) , 166–172.

Tucker, J. S., & Anders, S. L. (1999) . Attachment style, interpersonal perception accuracy, and relationship satisfaction in dating couples. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25 (4) , 403–412.

Woodhill, B. M., & Samuels, C. A. (2003) . Positive and negative androgyny and their relationship with psychological health and well-being. *Sex Roles*, 48 (11–12) , 555–565.

03

行为、生活方式与健康

行为和生活方式渗透在每个人的一举一动中，它们与我们的生活息息相关，在无形之中影响着我们的身体健康。科学饮食、合理运动、合理使用手机、规律睡眠，如同多米诺骨牌一样，做到第一个，接下来的会更加顺理成章。所以现在，先从第一步开始吧！

为何聚餐时会吃得更多 ——社会助长理论

好不容易又到周末，和朋友一起出去玩时，总免不了品尝各种美食，不知不觉中胃被撑得满满的……在生活中你有没有这种体会，跟朋友们一起吃饭时，比平时自己一个人吃饭时吃得更多。这是为什么呢？这是心理学中的社会助长在“作怪”。

理论介绍

社会助长也叫社会促进，是指个人的活动效率由于有他人同时参加或在场旁观而提高。这一理论由扎荣茨（Zajonc）首先提出来，他认为他人在场能够增强一个人的驱力或动机，这种增加的驱力是帮助还是干扰成绩依赖于任务的难度。当一项任务要求的反应是优势反应时，增加的动机就是有益处的。优势反应就是那种在特定情境下最有可能做出的反应，或者说是已经学习好的反应。因此，他人在场对相对简单的任务来说能起到提高成绩的作用，同样，对于一个高水平的运动员，他人在场也可能会提高他的成绩。但是，当一项任务比较复杂或不熟练时，其他人在场就会影响任务的绩效，例如解决难题，记忆新材料。该理论认为，他人在场的主要作用是唤醒并增强了优势反应的倾向。

社会助长产生的原因主要有以下几个：

①内驱力唤起。该观点认为，对我们活动感兴趣的观众，会对我们

起激励、唤醒的作用。随着唤起水平的提高，个体的优势反应，即特定情境下最容易做出的那个反应倾向也随之提高。技术熟练的人在他人在场时，表现会更好；但是对技术不熟练的人，效果会适得其反。

②评价顾虑。这种观点认为，他人在场对我们的成绩有影响，因为我们学会了去关心自己在公众场合下的表现，是一种评价顾虑的效应。这不是他人单独存在的问题，而是我们知道他人正对我们的成绩进行评价，并且我们希望有一个好的表现。对于一项简单的任务，这种我们正在被评价的意识能激起我们更多的努力，但对于复杂的任务，这种被评价的压力可能会起干扰作用。

③分心。一项简单的任务不要求集中全部的注意力，我们可能为了补偿干扰而更加努力。但是其他人在场造成的分心对于完成复杂任务来说就是有害的。这种思想的扩展是分心—冲突模型，该模型认为，他人在场创造了两种基本倾向间的冲突：注意观众，注意任务。这种冲突能增强唤起，而唤起是否有助于任务的完成，则依赖于完成任务的反应是否是优势反应。例如，一项复杂的任务，既要注意任务又要注意他人的冲突超出了个体的心理能量，就会造成认知超载，影响绩效。

研究支持

德卡斯特罗（De Castro）和布鲁尔（Brewer）针对人类进食量的研究发现，人类在吃东西方面存在着社会助长现象，也就是说，人类的饭量会受到是否与他人一起用餐的影响（De Castro & Brewer, 1992）。赫瑟林顿（Hetherington）、安德森（Anderson）与诺顿（Norton）等人（2006）亦做了一个实验来研究进餐时的情境对进食量的影响。他们分

别研究了在与其他人一起进餐、在电视节目前独自进餐对个人摄入的食物（总热量）的影响。实验结果显示，我们如果一边吃饭一边看电视，就会不知不觉吃得更多；我们和熟悉的人一起用餐，也会吃得更多。

普莱恩（Plone）等人（2006）的实验发现，用餐时间会影响个体的进食量，有36分钟进餐时间的被试吃得比只有12分钟进餐时间的被试多。那么，为什么用餐时间越长，人们就吃得越多呢？根据斯洛科沃（Slochower）提出的肥胖者饮食行为的“外部线索”模型，人们是根据内部线索或外部线索来调节、控制进食行为的（Slochower, 1976）。内部线索是指与饱或饿相关联的生理状态；外部线索指与食物和吃有关的线索，如食物的色、香、味、形等。体重正常者主要根据内部线索来进食，而肥胖者主要根据外部线索来进食。当然，外部线索也会影响体重正常者的进食行为。因此，人们在餐桌前待的时间越长，吃得也就越多。

除此之外，我们都知道，减肥人群的一个大的组成部分是青少年，而青少年的行为受同伴的影响极大，同伴会影响其态度和行为，饮食行为也不例外，尤其是女孩的减肥行为更会受到同伴的影响。萨尔维（Salvy）等人（2007）做过一个实验来探索青春期女孩的饮食行为是否会受到女性同伴体形的影响。实验结果显示，超重女孩与超重的同伴在一起显然比与瘦的同伴在一起时吃得更多，而瘦的女孩与瘦同伴或超重同伴在一起时所吃多少没有差别。为什么超重女孩的进食量会受到同伴胖瘦的影响呢？研究者认为可能有两个原因：一是超重的女孩由于有超重的同伴陪伴着一起吃，可能感到很轻松，以至于减少了原本对食物的禁忌，因而吃得更多；二是因为另一个同样超重的女孩的进食行为，是对她的进食行为的正强化，也就是其进食行为通过他人的行为得到了肯定，于是她吃得更多。

随着大量研究的进行，关于进食与社会助长之间的关系逐渐形成了三种不同的假设：第一种是社会助长假设，认为人们在群体条件下比在单独条件下倾向于吃得更多；第二种是榜样效应，认为他人在场时，人们的进食量可能被抑制，这依赖于榜样的进食量；第三种是印象管理假设，认为当人们确信他人正在观察或评价他们时，他们比单独条件下吃得更多。而科埃略（Coelho）等人（2008）在前人研究的基础上，综合上面提到的三种假设，提出了抑制常模的理论模型。该模型指出，可口食物的呈现且在被试没有饱的感觉时，他们会在周围收集信息以决定何时停止进食。此理论模型能较好地解释他人在场时，进食量的增加或减少。人们的进食量取决于他人的进食量和被试想要给他人留下的印象。

除了进食这一与人们日常生活息息相关的行为与社会助长有很大关系之外，另外一个对个体健康影响巨大的行为也在一定程度上受到了社会助长的影响，这个行为就是运动。

清早如果你一个人在跑步，你就会觉得单调、无聊、枯燥。但是这时候如果有一个同伴和你一起跑，你就会觉得轻松了很多，疲倦感马上就消失了，而且会很容易地跑完预定目标。社会心理学家特里普利特（Triplett）为此进行了一项实验研究，发现与同伴进行如骑自行车、跳跃、短跑等体育运动时，自身的效率会有提高（Triplett, 1988）。如果是一个人骑车的话，时速为24英里，旁边有人同行的话，时速是31英里；要是和别人进行自行车比赛，时速就会达到32.5英里。就像前面的例子，一个人跑步觉得很无聊，而有同伴一起跑，则会很有激情，这就说明他人的参与可以提高我们自身的效率。但是并非所有的运动表现都会受到社会促进作用的影响，因为还存在社会干扰效应。

拓展阅读

社会干扰效应

社会干扰，又称社会促退，指个人在完成某种活动的过程中，因为他人在场或者环境影响而产生紧张、焦虑的情绪，从而降低绩效的现象，与社会助长效应刚好相反。例如，进行复杂的、生疏的学习和工作时，单独学习成绩比他人在场成绩为优，在某些运动项目中，他人在场对运动员的表现会产生干扰。例如，表现类项目，由于他人在场会对运动员的表现起到干扰作用，因此，为了保持运动员竞技运动水平的稳定发挥，可反其道而行之，安排公开训练或全年进行若干比赛，以使运动员产生适应，消除社会干扰作用。

理论应用

生活方式和行为方式对个体的健康有重要的影响，如合理的膳食、适量的运动和规律的生活等健康的行为可以促进个体的身体健康，进而促进心理健康。进食过多或过少对个体的健康均有不利影响。世界各地仍有为数不少的人因缺乏足够的食物而营养不良，但是也有越来越多的人因进食过多而患上肥胖症、消化不良、高血压、冠心病等各式各样的疾病。一些学者将这些疾病统称为“富贵病”。而运动在一定程度上能够减少患上“富贵病”的可能性，同时也能通过运动锻炼自己的身体，保持自身健康。那么如何让社会助长理论在进食和运动中发挥作用呢？

1. 社会助长理论在进食行为上的应用

不健康的进食行为包括进食过多、进食过少、偏食、进食不规律等。如果个体长期进食过多，会导致发胖，甚至产生各种疾病。许多人喜

欢聚餐，特别是在晚上，大街小巷的餐馆门庭若市，大家聊着天，玩着游戏，不知不觉就吃了几个小时，这样长期下去，有部分蛋白质不能被消化吸收，在肠道细菌的作用下，会产生有害的物质，再加之睡眠时肠壁蠕动减慢，相对延长了这些物质在肠道的停留时间，可能会导致大肠癌的发生。此外，晚餐过饱，还会造成胃肠负担加重，紧张工作的信息不断传向大脑，使人失眠、多梦等，久而久之易引起神经衰弱等疾病。因此，如果你需要控制体重的话，应尽量减少和朋友一起聚餐的次数，也不要一个人边吃饭边看电视。

反之，如果长期进食过少、偏食或者进食不规律，可能会导致个体营养不良，面黄肌瘦，甚至会造成进食障碍。在这种情况下，就应该让同伴或亲人陪伴，一方面对个体进行监督，另一方面也是得益于社会助长效应的作用，增强个体进食的积极性。

2. 社会助长理论在运动上的应用

众所周知，运动能够让人们达到健美的目的。运动可以消耗多余的脂肪，加快身体新陈代谢，将体内毒素排出体外，帮助改善神经系统的调节功能，促进骨骼生长，有效改善身体各个器官的血液循环系统功能、呼吸系统功能、消化系统功能，提高身体的免疫力，保持身心健康。但是很多时候，个体都无法坚持锻炼，往往是半途而废，在这种情况下，可以选择与同伴一起锻炼，制订健身计划，每天按时按量完成；或者去健身房，在很多志同道合的人的陪伴下进行锻炼，也许能达到较好的效果。

应用案例

网上曾经有报道过一个“胃爆炸”的病例：“患者女性，58岁，进食大量食物及啤酒，餐后突发腹痛腹胀1小时来院急诊，患者腹胀如鼓，全腹压痛。腹部CT显示，胃扩张。”

尤其让人惊讶的是：“进腹时腹腔内高压可燃气体喷出，灭‘火’后手术继续。腹腔内大量黑色浑浊液体混有食物残渣，胃壁破损严重，胃小弯贲门至幽门全程炸裂。”又是“胃爆炸”，又是“起火”，这场手术真是让人紧张。最后的结果也是十分令人遗憾，由于患者病情太重，不得不做全胃切除手术。

很多网友评论说：“太吓人了，以后再也不敢暴饮暴食了。”还有网友举出了身边的“胃爆炸”例子。

有医生表示，确实存在“胃爆炸”的病人，说法虽然有点夸张，但也比较形象，专业术语是指胃扩张或者胃穿孔。那么，人到底吃多少东西会引起“胃爆炸”呢？医生说，这存在个体差异，普通人吃到饱，就会停下来，但是人在与朋友聚餐的时候，大家一起喝酒聊天，比较兴奋，很容易过量进食而察觉不到。

点评：虽说“民以食为天”，但是吃多了真的有损健康。所谓“少吃多滋味，多吃坏肚皮”，这是我国的一句谚语，它点出了“吃”的真相。吃得好并不等于吃得多，吃得好常常意味着节制。国际营养精神病学研究会（ISNPR）发布过一个声明，得到了学界的广泛认可。声明指出，饮食不仅有影响心理健康障碍的风险，而且对治疗预后也有影响。通过改变饮食习惯来降低甚至避免心理健康障碍，是一种经济而有效的方法。因此，要想身心健康，从管好自己的嘴巴，控制好自己的欲望开始吧。

不能承受的生命之轻

——肥胖

肥胖将成为21世纪全球最严重的公共卫生问题之一。伴随着人们生活环境的改变，过度能量摄入、低体力活动、多静态活动等，肥胖患病率呈现显著的上升趋势。

肥胖是由于能量摄入大于消耗，而能量超出部分存留于体内，以脂肪的形式存于组织及内脏器官周围所致，是一种与遗传性因素、代谢及行为因素等相关的多因性疾病。世界范围内，儿童肥胖发病率在不断增长，由此引发了众多经济和社会问题。虽然我国儿童青少年的超重肥胖率仍低于发达国家的水平，但是我国人口基数大，肥胖儿童的实际人数已经很大。肥胖不仅给儿童青少年的日常生活、学习带来诸多不便，还可对他们的健康产生多方面影响。肥胖对儿童青少年身心健康造成的近期和远期危害也已得到证实，而且儿童青少年肥胖可发展为成人肥胖，导致高血压、心脏病、糖尿病等疾病。肥胖是多种慢性病的主要危险因素之一，而儿童青少年肥胖已经成为这些疾病的隐患。因此对儿童青少年肥胖问题必须加以重视。

理论介绍

肥胖依赖于个体体内脂肪细胞的数量和体积。布劳内尔（Brownell）发现，对中等肥胖的人来说，脂肪细胞的数量正常，但体积明显增大

；而对严重肥胖的人来说，不仅脂肪细胞数目增加，体积也增大（Brownell, 1982）。

是什么决定细胞的数目和体积以及肥胖的倾向性呢？专家指出，在儿童期就能看出个体是否有易于肥胖的倾向性。原因之一就是个体脂肪细胞的数量在儿童早期就已确定，这是由遗传或早期饮食习惯所决定的。脂肪细胞数量越多，意味着能贮存的脂肪更多，到成年后就更易发展为肥胖体形。而儿童、青少年期不良的饮食习惯更可能影响脂肪细胞的体积。

1. 家庭与肥胖

家族史的因素对肥胖有明显的影响作用。超重的父母更可能生出超重的孩子。很明显，这种现象是由遗传和饮食因素导致的。双生子研究的结果表明，将肥胖父母的双胞胎孩子分开抚养，虽然他们的生活环境不同，但却表现出了同样的肥胖倾向。

家庭中的许多因素，如饮食种类、食品分量以及锻炼方式均会影响孩子是否肥胖。此外，家庭的规模亦可能影响父母管理孩子的程度。如果一个家庭孩子较少，父母就更有能力去管理孩子，使每个孩子的体重都处于一个良好的状态之中。

2. 肥胖是肥胖的风险因素

肥胖本身也是肥胖的一个风险因素。医学研究发现，许多肥胖者的胰岛素基础水平较高，使得他们易出现饥饿感，从而使得他们过多地进食。另外，肥胖者具有较大的脂肪细胞，它们可以产生和储存较多的脂肪，这样肥胖者就存在着变得更加肥胖的危险。

3. 节食与肥胖

节食也有增加肥胖的倾向。当摄入热量减少，体重减轻时，人体系

统会从“耗油型”自动转化成“燃料节省型”。它会重组你的新陈代谢系统，用更少热量来维持日常活动。但是很遗憾，如果这时你恢复了原来的饮食量，它却不会立刻调整回原来的“耗油模式”，而是把你多摄入的热量转化成脂肪，先储存起来。因此，当节食者恢复正常饮食时，由于代谢率仍处于较低的水平，虽然他们仍吃得较少，但体重却易于增长，而且下降的代谢率还会由于轮番节食而变得更加“顽固”。

4. 体重的调定点理论

体重的调定点理论认为，每个人都具有一个理想的生理体重，且这一体重不会有大的改变。如果体重太低的话，个体就会进食，一旦达到了理想的调定点，就会停止进食。有些个体可能具有较高的调定点，所以他们就易于发胖。这一理论认为，减肥所付出的努力可能会被能量消耗的重新调整所补偿，结果体重又回到了原来的水平。

研究支持

肥胖不仅会对个体的身体造成负担，还会引发如糖尿病、高血压等疾病，甚至会造成个体的心理问题，如自卑、沮丧等消极情绪，更有可能进一步影响个体的寿命。

有研究者探究肥胖和各种癌症风险之间的关系曾进行了一项大规模人群的病例对照研究（Sai Yi, Johnson, Anne-Marie, Shi Wu, & Yang, 2004）。在该研究中，样本来源为加拿大在1994年至1997年之间发生的21022个病例，共19种癌症，以及5039名控制组成员，年龄范围为20—76岁。研究表明，比起正常体重（身体质量指数 <25 ）的人群，肥胖（身体质量指数 ≥ 30 ）男性和女性患癌症的风险都会增加。

为了解母亲身体质量指数与流产、死产以及婴儿死亡之间的相关性，英国伦敦帝国理工学院研究人员曾对此前38项相关医学研究进行了元分析，这些研究涉及的主题包括1万多例流产、1.6万例死产、4300例围产儿死亡（孕满28周至出生后7天内的早期新生儿死亡）以及1.1万新生儿死亡（出生后28天死亡）（Aune, Saugstad, Henriksen, & Tonstad, 2014）。元分析后的结果发现，即使母亲身体质量指数只有轻微增加，也会增加流产、死产及婴儿死亡的风险，而严重肥胖的妇女的风险最大。据研究者推测，可能原因是与超重或者肥胖所导致的先兆子痫、妊娠糖尿病、II型糖尿病、妊娠高血压和先天畸形有关。当然由于肥胖所带来的流产、死产及婴儿死亡的绝对风险仍相对较小。

为探讨超重、肥胖青少年的负性情绪与进食障碍倾向的关系，国内研究者陈贵等人（2015）根据“中国学龄儿童青少年超重、肥胖筛查体重指数分类标准”筛查出超重、肥胖青少年（非临床病例）138名，采用抑郁量表（CES-D）、正负性情绪量表（PANAS）、状态特质焦虑问卷（STAI）测量被试的负性情绪体验水平，用进食障碍量表（EDI-1）测量其进食障碍倾向。超重、肥胖青少年的负性情绪体验与进食障碍倾向关系密切。

格罗弗（Grover）等人（2015）调查了体重与预期寿命之间的关系。他们开发出一种模型用以估测不同体重的成年人患糖尿病和心血管疾病的年度风险，同时也可以估测体重超重对寿命损失的年数和健康生活损伤年数的影响。根据模型结果估计，那些非常肥胖的人可能缩短了8年寿命，肥胖的人则可能缩短6年的寿命，而那些超重者则可能减寿3年。此外，与标准体重的人相比，超重者和肥胖者的健康生活损失年数要高出2—4倍。同时，年龄对个体的影响更大，即个体体重越重，年纪越

小，体重对心血管疾病的影响以及对寿命的损害程度就越大。

理论应用

当前，肥胖的发生率逐年增长。肥胖对人类健康带来重大的威胁。预防肥胖必须从现在做起。

1. 提高认识

充分认识肥胖对人体的危害，尤其是妇女妊娠期、更年期等各个年龄阶段，应高度警惕。还应充分意识到肥胖不仅对个体的身体健康有不利的影响，而且还可能会影响别人对自己的看法。

2. 良好的饮食习惯

一是要建立规律的生活习惯。如一日三餐要定时定量、避免暴饮暴食、进食速度不宜过快等。

二是保证合理的膳食结构。合理的膳食结构应包含谷类豆类、蔬菜水果和肉食类，鼓励儿童青少年多吃蔬菜和水果、五谷杂粮，补充个体所需的氨基酸和维生素等营养物品，同时也要控制大量进食高脂多糖食物，少吃甜食、油炸类、膨化类食品。

3. 适当的运动

要适当参加各种体育锻炼。进食量与体力活动要平衡，才能保持适宜的体重。体育活动是增加能量消耗、防止脂肪积累的有效途径，但贵在坚持，而且要保证足够的运动时间和运动强度，如每天至少进行中等强度体育活动30分钟。

4. 保持良好的心态

良好的情绪能使体内各系统的生理功能保持正常运行，对预防肥胖

可起到一定作用。对于一些情绪易感性比较高的个体来说，不良的情绪往往会影响个体的进食，有的人在情绪低落时对食物没有兴趣，但是也有人处在不良情绪状态中时食欲大增，对于后一类型的人，如果长时间处于一个不良的情绪中，就会导致体重迅速增加，甚至肥胖。因此，保持一个良好的心态非常重要。

5. 睡眠适当

睡眠过度或者失眠对人的身体都会产生不良的影响，而且有研究表明，睡眠不足会导致体重增加，所以我们要安排和调整好自己的睡眠时间，养成规律的作息。

6. 积极的心理暗示

一些不良的习惯可能是缘于个体对功能失调的自我对话强化。例如，一些人会想“我永远不会瘦——我尝试过很多控制体重的方法，都失败了”“我是不可能长胖的——我经常吃很多，都没见胖”。如果个体有这种消极的认知，那么很可能导致个体不注意饮食，自暴自弃。因此，个体应多使用积极的心理暗示，以建立健康的生活习惯和行为习惯。

应用案例

妞妞是一个小女孩，刚上幼儿园小班时，体重就27千克，身高110厘米，属于轻度肥胖。一个学期以后，她的体重和身高又有了明显的增长，进入了中度肥胖的行列。

妞妞在家里吃饭时，胃口特别好，比同龄的孩子都能吃，一顿能吃半只烤鸭和别的菜。每周，妞妞奶奶都会煮一次鸡汤，她一顿几乎可以吃掉大半只鸡。在家里她还把牛奶当开水喝，有时一天可以喝好几盒。

在幼儿园里，老师为了鼓励漫不经心的孩子快点吃饭，常常会说：“谁吃得好，又吃得多，谁就可以跟老师去大型玩具那边玩。”结果，妞妞每次吃饭总是吃得很快，抢在前两名吃完。后来老师对所有小朋友说：“吃饭太快了不容易消化，所以小朋友还要学习细嚼慢咽。”可好景不长，过了一阵子，妞妞又加快了吃饭的速度。老师问她为什么又吃得这么快，她说不吃快点就可能加不到两碗饭。老师就对她说：“不要紧，老师会留给你的，不过你得细嚼慢咽，不然你的胃来不及消化，饭菜就会在你的胃里打架了。”

上学期间，妞妞经常请假，因为她老是生病。看上去她长得壮壮的，其实体质一点儿都不好，稍微运动下，她马上就会出汗。因为怕她出汗后吹风着凉，家长常常只让她在家里玩，而很少带她到户外运动。

点评：幼儿肥胖可能会导致许多成年以后的慢性病。肥胖虽说遗传占一定的因素，但不是全部。肥胖的孩子任其发展下去，还可能会伤害孩子的自尊。有关资料表明，幼儿肥胖一般从5岁开始，而5到8岁是调整孩子体重的关键期。因此，家长以及教师必须引起重视。首先，严格控制幼儿饮食的摄入量，均衡饮食，避免营养过剩。其次，让幼儿学会细嚼慢咽，不暴饮暴食，减少胃肠负担。最后，幼儿需要进行适量的运动，可以让其消耗多余的脂肪，清除体内的“垃圾”；此外，幼儿长期缺乏锻炼，会导致身体容易出虚汗，在这种情况下，家长可事先准备几块干净的毛巾，当幼儿活动出汗时应及时把汗擦干。

为何有那么多“低头族”

——手机成瘾

走在街上，你可以看到几乎人手一部智能手机，人们用它聊天、拍照、上网、看视频。手机已经完全成为现代人离不开的设备。手机的普遍使用，使得越来越多的人染上了手机成瘾。据我国工信部统计数据，截至2013年9月底，我国已有12.06亿手机用户，堪称“手机用户大国”。在庞大的手机用户群中，20—29岁手机网民用户所占比例最高，且从2014年起，用手机上网人数首次超过用电脑上网的人数。这也催生出了“低头族”，人与人之间面对面交流越来越少，关系愈加淡漠。这不禁让人思考：手机成瘾会对我们的健康造成怎样的影响？

理论介绍

手机成瘾又称手机依赖、手机焦虑症，是对过度使用手机这一现象的描述。手机成瘾个体会处于生理、心理和社会功能明显受损的痴迷状态。手机依赖并不是指对于手机本身的依赖，而是指滥用甚至沉湎于游戏、短信、网络、拍照等手机功能，并因此危害到工作、学习等正常生活及其心理健康。手机依赖实质上是一种行为成瘾。

那么，哪些因素会引起手机成瘾呢？综合相关研究发现，导致手机成瘾的因素主要有以下几个方面：

1. 人格对手机成瘾倾向的影响

人格对手机成瘾倾向有着较好的预测性。比安奇（Bianchi）和菲利普斯（Phillips）通过艾森克人格问卷（EPQ）调查发现，性格外向的青少年有手机成瘾的倾向，而神经质则无法预测（Bianchi & Phillips, 2005）。对于此结论，研究者认为，性格外向者的天性就是喜爱社会交往，因此他们倾向于过度使用手机来满足强烈的社会交往需求。埃伦伯格（Ehrenberg）等人（2008）通过大五人格量表调查发现，低宜人性是预测手机成瘾最有效的人格特征，其次为神经质。我国研究者杜立操和梁杰华（2012）的研究则发现，神经质对手机成瘾的预测最佳，其次为人格的内外倾特质。洪艳萍和肖小琴（2013）的研究也发现，精神质对手机依赖有预测作用。对于此结论，研究者认为，精神质得分高的人一般性格比较孤僻，人际关系不融洽，甚至不合群，封闭自我以及缺乏自信，他们在面对各方面压力又找不到突破口时更容易让自己沉迷于手机世界里。另外，黄海、余莉和郭诗卉（2013）针对手机依赖组大学生与非手机依赖组大学生进行的比较研究发现，手机依赖组的神经质、开放性得分更高，宜人性与严谨性得分更低，回归分析发现，神经质与严谨性能够有效预测手机依赖。上述的研究均证实了人格对手机成瘾有着较好的预测性。虽具体到某类人格特质时，研究结论仍存在分歧，但在神经质这一人格特征上有着较高的一致性。

2. 自尊对手机成瘾倾向的影响

自尊是通过社会比较形成的，是个体对其社会角色进行自我评价的结果。研究表明，在成瘾领域当中，低自尊是很多物质成瘾者的特征。关于自尊对手机成瘾的影响，诸多研究证实，低自尊群体更容易通过手机寻求关注。如比安奇和菲利普斯（2005）的研究认为，低自尊个体的自我评价较低，他们为了不断得到肯定而倾向于不恰当地使用手机。而

我国大部分研究者的研究发现与国外研究结论一致，即手机成瘾者的自尊较低（韩永佳，2012）。研究者认为，低自尊的个体是因为缺乏积极的自我体验，不愿意面对面地与他人进行交流，通过使用手机来满足个体社会交往的需要。

3. 孤独感对手机成瘾倾向的影响

与低自尊者手机成瘾原因类似，孤独感高的手机用户也更容易手机成瘾。我国关于孤独感与手机成瘾的关系研究较多，且多数研究表明，孤独感能有效预测大学生的手机依赖倾向，这可能是因为孤独的个体为了寻求情感上的支持和满足，所以经常通过使用手机来排解或回避孤独，从而形成手机依赖（刘红，王洪礼，2012）。有国外研究者（Takao, Takahashi, & Kitamura, 2009）则认为，孤独感并不是导致手机成瘾的原因。研究者认为，此种差异可能是由中国含蓄型的文化导致，即孤独感不被鼓励表达。由于手机具有多功能、可操作、虚拟、互动的特点，孤独的个体自然选择手机作为排遣空虚、寂寞的工具。

4. 控制感对手机成瘾倾向的影响

有瑞士学者研究发现，控制感会影响手机成瘾，一个做事冲动的人，其自我控制能力也比较弱（Khazaal et al., 2008）。我国研究者孙国庆（2011）在探讨中学生网络使用自控力对手机成瘾影响时发现，手机网络使用自控力越好，手机成瘾性越低，进一步回归分析发现，手机网络自控力总分及反强迫性和自律性对手机成瘾具有较好的预测性。王创（2015）则从强化理论的角度探讨了冲动感对手机成瘾形成的影响，他发现，冲动感会对手机成瘾产生显著的影响，冲动性地使用手机会给手机用户带来积极的情绪体验；而断瘾症状也会对消极情感产生显著的影响，即戒掉手机会容易让人更不安、更焦虑；此外，他还发现，女性、

拥有较多手机使用经验者以及较低自我控制力者，都容易形成手机成瘾行为。

研究支持

手机使用真的会对我们的大脑产生影响吗？我们的人际交往会因手机使用而变坏吗？

1. 智能手机使用对大脑的改变

吉恩德拉特（Gindrat）等人（2015）针对定期生活形态下，智能手机用户大脑变化情况的研究发现，当人们通过手指在智能手机触屏上进行操作的时候，这种触觉变化会改变人们大脑中与手指联系的方式。即触摸屏使用次数的增多会直接促进我们大脑的活性。研究组为了分析大脑的变化，利用脑电（EEG）记录下智能手机用户拇指、食指和中指的机械触摸引发的大脑应答，并与仍然使用功能（非智能）手机的用户的大脑反应进行对照。结果发现，当三根指头都触摸的时候，智能手机用户的大脑活性增强了。也就是说，拇指和指尖相关的大脑活性强度与手机的使用率成正相关关系，而拇指尖变得更为敏感，经过手机使用，他们大脑中相关的皮质电位激活时间变短了。

2. 手机使用对社交理解能力的影响

如果将50名六年级学生送到一个自然营地，让他们完全不接触手机，会发生什么呢？一项研究显示，只要这样生活5天，学生理解非语言社交信号的能力就能提高。非语言社交信号就是我们从周围人那里读取的、不是通过语言传递的情感信息，包括面部表情、眼神交流、语调和身体姿态。由于现在儿童更多地通过短信交流而不是面对面交流，研究

人员想知道，他们是否因此失去了读取上述重要信息的能力。乌尔斯（Uhls）等人（2014）对一群在大贝尔湖附近野营的六年级学生进行了研究。在野营期间，这些学生不能接触任何电子设备。野营开始时，这些学生要接受两项测试，以衡量其读取非语言社交信号的能力。在第一项测试中，他们要看48张人们扮鬼脸的照片，然后判断这些表情所传递的情绪；在第二项测试中，他们要看一段没有声音的视频，然后判断表演者的情绪。在野营结束时，这些学生再次接受测试。结果发现，在第一项测试中，学生们的平均错误从14.02个减少到9.41个；在第二项测试中，他们的正确率从26%上升到31%，即减少手机使用会提高其理解社交信号的能力。

理论应用

当前干预手机成瘾的手段主要是在网络成瘾的基础上发展起来的。通常是通过外部手段减少接触手机的时间转移注意，或是引起成瘾者内在认知的变化而改变行为表现。

1. 内观认知疗法干预手机成瘾

天津医科大学的李振涛教授于1995年借鉴并整合吉本伊信的内观疗法和来源于西方文化的贝克认知疗法后，提出内观—认知疗法。毛富强于2007年将内观—认知疗法进一步整合与完善，提出内观认知疗法（Na iKan cognitive therapy, NCT）。内观认知疗法按照吉本伊信提出的内观三主题（自己为对方做的，对方为自己做的，自己给对方添的麻烦），去回忆自己成长过程中的重要人际关系，在内观这种特殊情境中多角度地回忆和感受过去发生的事情，进而识别和矫正自己存在的多种非理性

认知，改变自我中心主义意识，消除内心冲突，使自己的心灵得到涤荡，趋于平和，从而能够适应不断变化的客观世界，使主客观世界趋于和谐。

拓展阅读

内观认知疗法示例

步骤：内观认知疗法分为集中内观和分散内观。第1—2天为集中内观，每天内观10小时；第3—6天调整为半集中内观，每天集中内观3小时；其余时间分散内观；第3天为贝克认知疗法。贝克认知疗法是贝克（Beck）在研究抑郁症治疗的临床实践中逐步创建的。贝克认为，认知产生了情绪及行为，异常的认知产生了异常的情绪及行为。认知是情感和行为的中介，情感问题和行为问题与歪曲的认知有关。贝克也指出，心理困难和障碍的根源来自于异常或歪曲的思维方式，通过发现、挖掘这些思维方式，加以分析、批判，再代之以合理的、现实的思维方式，就可以解除患者的痛苦，使之更好地适应环境。每天要按照内观疗法的要求进行回忆，内观过程中要求内观者统一上交手机，坐在一个清静、舒适、用屏风围住的1平方米面积的空间里，围绕着内观主题进行回忆。

要求：除了睡觉、洗漱、去卫生间及面接之外，要求内观者不得走出屏风，而且除了面接者之外不与任何人交流和联系。面接者每隔1—2小时与内观者沟通10—15分钟，以了解内观者情况并进行具体指导。

2. 团体辅导干预手机成瘾

团体心理辅导活动是以团体情境为平台，给个体提供成长过程中所

需的心理帮助的一种形式。个体在团体的作用下，通过观察、学习、体验来认识、接纳、发展自我，并学习新的态度以及行为方式，从而调整和改善与他人的关系，发展良好的人际适应，最终达到更完善的发展与成长。

拓展阅读

大学生手机成瘾的团体心理辅导方案

团体心理辅导共进行六期，分别为：初次相识，人生规划，时间管理，我与手机，自我管理，临别留念。

实施步骤：

1. 依据团体心理辅导（简称团辅）方案的主题和内容，安排每次的团辅时间。
2. 领导者与成员签订团体契约，认识彼此后逐步建立团辅关系，保证成员能够完成团辅任务。
3. 每次团体心理辅导在围绕方案主题和内容进行的同时，也随时依据成员反应变化做细微调整。
4. 领导者带领成员进行团辅时，观察员在旁协助领导者观察记录成员的状态变化，包括表情、语调语气和肢体语言等。
5. 每次团辅结束后，领导者与观察员交流分析团辅内容与成员表现，对当次团辅进行总结汇报。
6. 领导者结合成员手机成瘾倾向的心理机制与在团辅中的实际表现，找出团辅中存在的不足，向督导请教意见，及时做出调整。

3. 运动干预手机成瘾

我们都知道，运动会使人产生愉悦的心理体验，提高身体素质、意志力和自我控制力。范荣昌和袁晓阳（2015）的研究发现，体育运动干预方式确实能对大学生戒除手机成瘾产生正面的影响。

拓展阅读

大学生手机成瘾的运动干预方案

干预对象为具有手机成瘾倾向的大学生，运动干预为期12周（具体干预时间长短视成瘾者严重程度可延长或缩短）。每周组织干预对象活动5次，每次45—60分钟，运动强度为60%—70%HRmax（最高心率）的中等强度运动。运动项目由干预者组织，干预对象可自选运动项目，包括足球、篮球、慢跑、羽毛球、网球等。

应用案例

小林最近觉得眼睛有点不舒服，看东西总是有点模糊，滴了眼药水也没见好转。于是她到医院看医生，被诊断为视网膜剥离，要马上手术。听到要动手术，小林吓坏了。医生给小林分析了病因，很有可能是小林经常晚上在被窝里，摸黑玩手机造成的。小林说，她常常整个脑袋都窝在被窝里玩手机，刷刷微博、微信朋友圈，玩玩游戏，睡觉前一两个小时就这样一晃而过。

点评：如今，手机已经成为人们生活的必需品了。许多人每天睁开眼，第一件事就是摸手机；每天睡觉前，最后一件事往往也是玩手机。解决“手机依赖症”的关键在于找到生活重心，从充实自己的生活开始，

尽量避免把心思集中在手机上。要多在现实生活中积极与人交流，尽量将生活的重心从手机上转移，可以多参加一些有益身心的活动，如听音乐、郊游、健身等。如果对手机依赖过于严重，就要去寻求专业的心理援助，以免影响正常的生活和工作。

皮肤为什么会越来越差

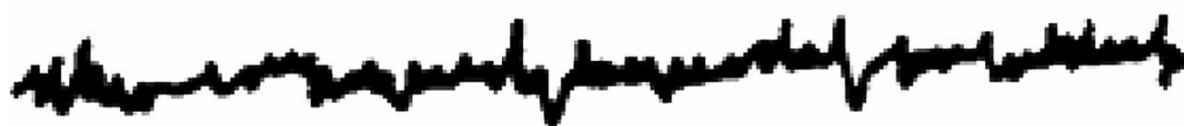
——睡眠

睡眠能够使工作了一天的身体得到休息、恢复，重新获得能量。如果一个人一夜未眠，第二天白天往往会犯困，工作效率下降，而且第二天晚上睡眠会发生变化，睡得更深，时间也会更长。如果人们长期失眠则会导致精神失调、记忆力减退以及生理功能紊乱等问题，影响日常的生活和工作。可见，睡眠对人的身心健康非常重要。

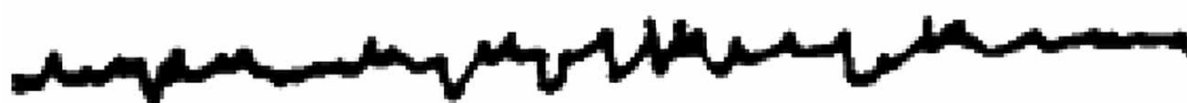
理论介绍

20世纪50年代，心理学家开始将脑电仪运用到睡眠的研究中。经过一系列研究（Aserinsky & Kleitman, 1953; Ferguson et al., 1970），研究者们将睡眠周期分为几个阶段（见图3-1）。

阶段0(清醒)



阶段1



阶段2



阶段3



阶段4



快速眼动睡眠阶段

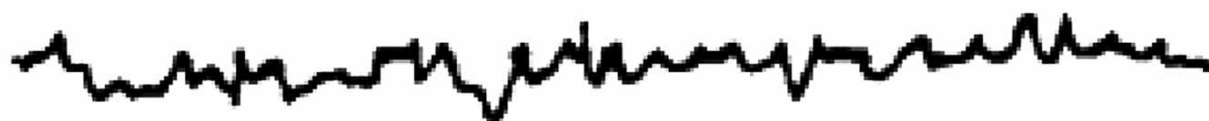


图3-1 脑电波和睡眠阶段

当人处在休息或昏昏欲睡的状态时，脑电中是 α 波，频率相对较低，波幅较大。睡眠周期主要分为非快速眼动睡眠和快速眼动睡眠时期。非快速眼动睡眠时期有四个阶段：第一阶段主要为混合的、频率和波幅都较低的脑电波，在这个阶段个体处于浅睡状态，身体放松，呼吸变慢，容易被外界刺激惊醒。持续时间为10分钟。第二阶段，偶尔出现一种短暂爆发的、频率高、波幅大的脑电波，称为睡眠锭。在这一阶段，个体很难被唤醒，持续时间大约为20分钟。第三阶段大约进行40分钟后，进入睡眠的第四阶段，波幅很大的慢波—— Δ 波出现并增多。在这一阶段，个体的肌肉进一步放松，身体功能的各项指标变慢，有时会发生梦游、梦呓、尿床等现象。之后个体从深度睡眠重新分别进入第二阶段和第三阶段（整个晚上约一半时间都处在这两个阶段），然后进入一个有趣的阶段——快速眼动睡眠阶段， Δ 波消失，高频率、低波幅的脑电波出现，与清醒状态下的脑电活动很相似，但是心率会增加，呼吸会加快并且变得不规则。与此同时个体眼球开始快速做左右上下移动，而且通常伴有栩栩如生的梦境。第一次快速眼动睡眠会持续5—10分钟，再经过90分钟后，会有第二次快速眼动睡眠，持续时间长于第一次。睡眠周期大概每90分钟重复一次，渐渐地，第四阶段的深度睡眠时间会越来越短，随后消失，而快速眼动睡眠阶段的时间会越来越长。

几乎所有人的睡眠周期都会经历以上五个阶段，如果睡眠模式异常，就预示着身体或心理功能的失调。

研究支持

睡眠质量与健康状况息息相关，已经有许多研究都证明了这一观点。

马克沃德（Markwald）等人（2013）的一项研究发现，连续5天睡眠不足会增加超出能量需求的食物摄入并导致体重增加。在该研究中，研究者召集了16名睡眠不足的成年人，连续5天对他们的每日能量总开支和总摄入进行了量化，结果发现，允许睡至多5小时的被试比睡9小时的被试平均每日能量开支增加了大约5%，体重也随之增加。实验表明，在睡眠不足期间，被试吃了少量早餐，但是在晚餐后吃了富含碳水化合物、蛋白质和纤维的零食而让热量摄入增加。当被试从睡眠不足转向睡眠充足的时候，他们减少了热量摄入，特别是减少了从脂肪和碳水化合物中的热量摄入，并减轻体重。与男性被试不同，女性被试在睡眠充足的期间维持了她们的体重，但是当她们睡眠不足的时候表现出了饮食限制的减少以及体重的增加。

哈基姆（Hakim）等人（2014）为验证睡眠片段化（睡眠窒息的一种情况）会增加癌症的发病率和死亡率做了一项研究。研究人员将小白鼠分组，一组进行睡眠干扰，另一组为对照组，一周后注射两种肿瘤细胞（TC1或3LLC），在9—12天之内，所有小白鼠都长出了明显的肿瘤，接种四周后，对肿瘤进行检测分析。结果发现，睡眠被干扰（即睡眠片段化）的小白鼠的肿瘤的大小和重量是正常睡眠小白鼠的两倍，而且这些肿瘤更具有侵袭性，已经进入到肿瘤囊周围的组织，包括肌肉组织。同时，睡眠片段化的小白鼠的肿瘤相关的巨噬细胞（TAM）数量更多，分布更密集。这项研究证实了睡眠片段化会导致肿瘤的生长和发展。

此外，一项由德国波恩大学及英国伦敦国王学院联合开展的研究显

示，24小时的睡眠剥夺即可导致健康个体出现类似于精神分裂症的症状（Nadine et al., 2014）。在该研究中，研究者一共招募了24名健康男性和女性，年龄在18—24岁之间，研究在睡眠实验室中进行。一开始，所有被试均在实验室正常睡眠，一周后，研究者要求被试通过看电影、谈话、游戏、短暂行走等方式在夜间维持觉醒状态（即实现睡眠剥夺）。天亮后与被试进行晤谈，询问其想法及感受，并进行前脉冲抑制（PPI）测试（一种标准测试，用来测定大脑的过滤功能）。在经过一个睡眠剥夺的晚上之后，所有被试的大脑过滤功能都显著下降，存在明显的注意功能缺陷，这一现象在精神分裂症患者中相当常见。同时被试还反映自己对光线、色彩和亮度更加敏感，对时间和气味的感知发生了变化，存在思维跳跃的现象，甚至很多被试体验到思维被洞悉感，出现体像感知障碍。由此可见，完全睡眠剥夺能让健康的个体出现显著的感知觉障碍、认知紊乱等症状。

理论应用

睡眠能够分泌生长激素，对个体的成长起重大作用。同时，睡眠还具有保护和恢复生理、心理机能的功能。睡眠不足常常伴随着病痛、精神疾病、生活质量的缺乏和幸福感的缺失，它不仅会增加健康护理的开支，同时也让人们的工作效率降低。充足良好的睡眠对个体来说是非常重要且必要，以下是一些能够帮助提高睡眠质量的策略。

1. 睡前避免摄入咖啡因，喝牛奶助眠

咖啡因是一种黄嘌呤生物碱化合物，对人体来说是一种兴奋剂，能够暂时驱走睡意并恢复精力。而牛奶能够生成一种加速睡眠的神经递质

——五羟色胺。在睡觉之前摄入含有咖啡因的饮料（如茶、可可、咖啡等）会影响睡眠，而喝牛奶则会促进睡眠。

2. 形成规律性的起床和睡觉时间，保证睡眠时长

规律性的起床和睡觉时间能够提高个体白天的精神，和相同睡眠时间的人比起来睡眠的效率更高，白天的警觉性会持续提高。如果你想规律起床，那么早晨一旦醒了就起床，在另外一个地方读书，让床和睡觉相联系，而不要与失眠联系在一起。为了保证规律的入睡，可以培养以下习惯：在大而舒适的床上入睡；下午三点以后不要小睡；适量的晚餐；不要使室内气味太浓，像香熏、蜡烛等应注意用量。

3. 坚持体育锻炼，提高睡眠质量

据研究，参加体育锻炼的人比不参加锻炼的人睡得更好。运动能够使个体提高睡眠质量，免受睡眠问题的困扰。因此，坚持每天进行适当的体育锻炼，会有助于睡眠质量的提高。

应用案例

一项实验展示了每天比正常睡眠时间（8小时）少睡2小时会如何毁坏皮肤。46岁的萨拉（Sarah）参加伦敦睡眠学校组织的实验。该实验的目的是看看现代睡眠习惯对我们的精神和身体有什么影响。实验分为两个阶段，第一阶段，从第一个晚上开始只睡4小时，醒来后，她感觉非常累，这样坚持了5天后，她说自己因为睡眠不足开始变得健忘，记忆力降低，且皮肤看起来明显没有以前有光泽。实验的第二阶段，每天睡6小时，但是她依然觉得不够睡。在实验前，脸部扫描器对她的脸部皮肤进行了分析。实验结束后，她的皮肤质量开始急速变差，脸上毛孔

翻倍，皮肤变红，看起来老了很多。医生称：“你每天开着车走过坑洼的路面的话，时间越长你的车毁坏的程​​度就越深。少睡2个小时就与每天开着车在坑洼的路面上行走的伤害一样。所以，睡眠不足持续的时间越长，你的身体受到的伤害就会越大。”

点评：人一生约有三分之一时间是在睡眠中度过的，睡眠是一个人最基本的需求，同吃饭、喝水一样，我们不能忽视它。睡眠不足对身体会产生不良影响。生活中睡眠质量不高的人，亚健康状态非常明显。大量研究与临床实践都证明，睡眠障碍与人的心理障碍、精神疾病互为因果，睡眠影响着人们身心健康。为保证身心健康，酣畅淋漓的睡眠必不可少。

参考文献

陈贵，郭桂平，肖水源，蔡太生.（2015）. 超重/肥胖青少年的负性情绪与进食障碍倾向. 中国心理卫生杂志，29（1），16-21.

杜立操，梁杰华.（2012）. 大学生人格特征与手机依赖的相关研究. 高等函授学报：哲学社会科学版，（12），65-66.

范荣昌，袁晓阳.（2015）. 体育干预对大学生手机成瘾的实验研究. 当代体育科技，20，002.

洪艳萍，肖小琴.（2013）. 大学生手机依赖状况及其与人格特质. 中国健康心理学杂志，（4），626-628.

黄海，余莉，郭诗卉.（2013）. 大学生手机依赖与大五人格的关系. 中国学校卫生，34（4），414-416.

韩永佳.（2012）. 大学生手机依赖与自尊，社会支持的关系及干预

研究（硕士学位论文），漳州师范学院，漳州.

刘红，王洪礼. (2012). 大学生的手机依赖倾向与孤独感. 中国心理卫生杂志, 26 (1), 66–69.

孙国庆，于妍，罗正里，李英，赵行宇. (2011). 中学生手机网络成瘾与网络使用自控力的研究. 中国健康心理学杂志, 19 (9), 1078–1080.

王创. (2015). 基于强化理论的视角理解和预测智能手机社交应用的上瘾行为（硕士学位论文），中国科学技术大学，合肥.

Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. *Science*, 118 (3062), 273–274.

Aune, D., Saugstad, O. D., Henriksen, T., & Tonstad, S. (2014). Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death. *Jama the Journal of the American Medical Association*, 311 (15), 1536–1546.

Bianchi, A., & Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology & Behavior*, 8 (1), 39–51.

Brownell, K. D. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 820.

Coelho, J. S., Polivy, J., Herman, C. P., & Pliner, P. (2008). Effects of food–cue exposure on dieting–related goals: A limitation to counteractive–control theory. *Appetite*, 51 (2), 347–349.

De Castro, J. M., & Brewer, E. M. (1992) . The amount eaten in meals by humans is a power function of the number of people present. *Physiology & behavior*, 51 (1) , 121–125.

Ehrenberg, A., Juckes, S., White, K. M., & Walsh, S. P. (2008) . Personality and self–esteem as predictors of young people’ s technology use. *Cyber Psychology & Behavior*, 11 (6) , 739–741.

Ferguson, J., Henriksen, S., Cohen, H., Mitchell, G., Barchas, J., & Dement, W. (1970) . “Hypersexuality” and behavioral changes in cats caused by administration of p–chlorophenylalanine. *Science*, 168 (3930) , 499–501.

Gindrat, A. D., Chytiris, M., Balerna, M., Rouiller, E. M., & Ghosh, A. (2015) . Use–dependent cortical processing from fingertips in touchscreen phone users. *Current Biology*, 25 (1) , 109–116.

Grover, S. A., Kaouache, M., Rempel, P., Joseph, L., Dawes, M., & Lau, D. C. W., et al. (2015) . Years of life lost and healthy life–years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: A modelling study. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 3 (2) , 114–122.

Hakim, F., Wang, Y., Zhang, S. X., Zheng, J., Yolcu, E. S., Carreras, A., Khalyfa, A., Shirwan, H., Almendros, I., & Gozal, D. (2014) . Fragmented sleep accelerates tumor growth and progression through recruitment of tumor–associated macrophages and TLR4 signaling. *Cancer Research*, 74 (5) , 1329–1337.

Hetherington, M. M., Anderson, A. S., Norton, G. N., & Newson

, L. (2006) . Situational effects on meal intake: A comparison of eating alone and eating with others. *Physiology & behavior*, 88 (4) , 498–505.

Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., Khan, R., Louati, Y., Scarlatti, E., ...& Zullino, D. (2008) . French validation of the internet addiction test. *Cyber Psychology & Behavior*, 11 (6) , 703–706.

Markwald, R. R., Melanson, E. L., Smith, M. R., Higgins, J., Perreault, L., Eckel, R. H., & Wright, K. P. (2013) . Impact of insufficient sleep on total daily energy expenditure, food intake, and weight gain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110 (14) , 5695–5700.

Nadine, P., Ulrich, E., Antje, H., Leonie, F., Inga, M., & Michael, W., Jutta, B., & Veena, K. (2014) . Sleep deprivation disrupts prepulse inhibition and induces psychosis like symptoms in healthy humans. *Journal of Neuroscience the Official Journal of the Society for Neuroscience*, 34 (27) , 9134–9140.

Pliner, P., Bell, R., Hirsch, E. S., & Kinchla, M. (2006) . Meal duration mediates the effect of “social facilitation” on eating in humans. *Appetite*, 46 (2) , 189–198.

Sai Yi, P., Johnson, K. C., Anne-Marie, U., Shi Wu, W., & Yang, M. (2004) . Association of obesity and cancer risk in Canada. *American Journal of Epidemiology*, 159 (3) , 259–268.

Salvy, S. J., Romero, N., Paluch, R., & Epstein, L. H. (2007)

. Peer influence on pre-adolescent girls' snack intake: Effects of weight status. *Appetite*, 49 (1) , 177–182.

Slochower, J. (1976) . Emotional labeling and overeating in obese and normal weight individuals. *Psychosomatic Medicine*, 38 (2) , 131–139.

Takao, M., Takahashi, S., & Kitamura, M. (2009) . Addictive personality and problematic mobile phone use. *Cyber Psychology & Behavior*, 12 (5) , 501–507.

Triplett, N. (1988) . The dynamogenic factors in pacemaking and competition. *The American journal of psychology*, 9 (4) , 507–533.

Uhls, Y. T., Michikyan, M., Morris, J., Garcia, D., Small, G. W., & Zgourou, E., & Greenfield, P. M. (2014) . Five days at outdoor education camp without screens improves preteen skills with nonverbal emotion cues. *Computers in Human Behavior*, 39, 387–392.

04

应激与健康

应激是机体在各种内外环境因素和心理社会因素刺激时所出现的全身性非特异性适应反应。应激在生活中随处可见，可能是内心的动机冲突导致认知失调而产生的生理反应，也可能是回忆曾经发生过的某件烦恼的事情导致了情绪和反应的唤起。许多研究已经表明，应激与身心健康都具有紧密的联系，如应激会造成消化不良、心血管疾病、溃疡等，同时还会产生抑郁、焦虑等负性情绪。有效处理应激事件带来的应激反应，对个体的身心健康非常重要。

应激的适应

——一般适应综合征

“应激”（stress）一词最早由加拿大病理生理学家塞里（Selye）于1936年提出。他认为，应激是机体在受到各种内外环境因素刺激时所产生的非特异性全身反应。他首先将这些与刺激源关系不大的非特异性变化称为一般适应综合征（GAS），后来改称应激。此外，塞里还提出了应激源（stressor）概念，指引起应激反应的各种刺激因素，而且不管刺激因素的性质如何，这一反应大致相似。

理论介绍

塞里的一般适应综合征是指有机体在外部事件的刺激下必须寻回自身状态的平衡或稳定，从而维持或恢复其完整和安宁的一类适应性反应。主要包括以下三个阶段（见图4-1）：

①警觉反应阶段。个体会对外部的应激源和因应激造成的疾病产生应激反应。在此阶段，个体会对外部刺激体验到吃惊的感觉，如表现为血压降低或者体温降低。随后，进入对抗吃惊的过程，只是对外部应激性刺激进行防御。

②抵抗阶段。在此阶段，个体会提高并保持对抗应激事件的反应，但是付出的代价就是当在抵抗一个应激源时，会减弱对其他应激源的防御。

③耗竭阶段。耗竭阶段到来的时间视个体情况而定，但是一般而言，长期面对应激会使个体在警觉反应阶段出现一些身体状况，在最后一个阶段，人在适应变化过程期间形成的非特定的系统化反应将会显现出来，不过不能继续保持。很多适应应激的疾病很容易在这个阶段出现，如高血压、溃疡等。

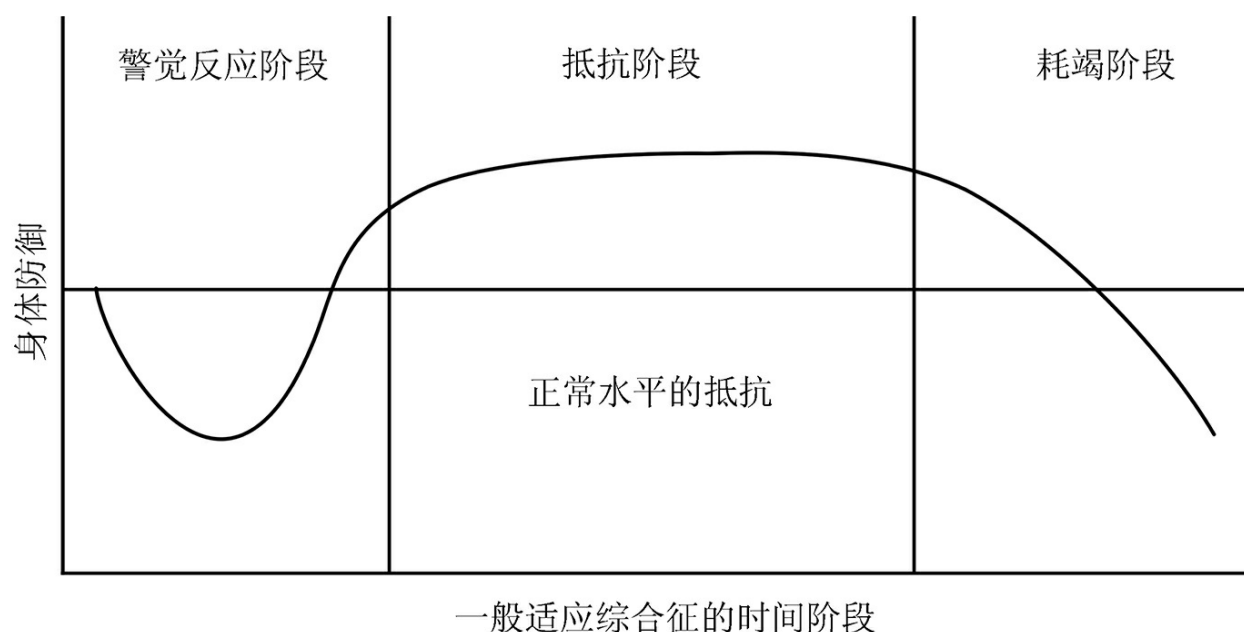


图4-1 塞里的对抗应激的身体唤起与能力变化三阶段模型

研究支持

20世纪五六十年代，塞里在实验室中将老鼠暴露在一系列的应激条件下，例如高热、疲劳，然后观察它们的生理反应。结果发现，无论是何种类型的应激源，老鼠基本上都产生了一致的生理反应，即肾上腺皮质增生、胸腺和淋巴结萎缩、胃和十二指肠溃疡。由此可见，应激的不良适应会造成一般适应综合征。

布拉迪（Brady）等人（1958）将8只猴子两两配对，分为执行组和

控制组，进行电击的回避条件反射训练，控制组猴子的特制约束椅旁边的盒子中的杠杆无效，即使按压杠杆也不会停止电击，执行组的猴子则可以通过按压杠杆来避免自己和同伴遭到电击。实验结果是执行组的猴子分别在实验进行后的第9、23、25、48天死亡，而且有严重的胃溃疡，但是胃溃疡并不是由肾上腺皮质增加造成的，而是因为它们始终处在紧张的警戒状态、持续做决定并采取行动，由此产生应激导致的。

理论应用

根据一般适应综合征理论，机体在遭遇应激时的非特异性反应，会破坏身心的平衡，因此应激通常与疾病联系起来。下面将讨论如何将一般适应综合征的理论应用到现实中。

1. 生物有机体都有一个先天驱动力以保持体内的平衡状态

保持内部平衡的过程就是稳态，一旦形成稳态，维护体内平衡状态就成了一种毕生的任务，每天需要为此消耗能量。为维护体内的平衡状态，个体必须对外部事件的变化有所反应和行动，适应能力在此时的作用尤为重要。心理适应的定义就是当外部环境发生变化时，主体通过自我调节系统做出能动反应，使自己的心理活动和行为方式更加符合环境变化和自身发展的要求，使主体与环境达到新的平衡。心理适应是心理健康的结果和外在表现，同时心理健康又是心理适应的重要基础和保证。

贾晓波（2001）认为心理适应能力培养目标主要有以下几点：①对新情况或复杂情况能够迅速做出正确反应的能力，主要表现为分析问题和做出正确判断的能力，特别是运用辩证思维的方法去分析问题和做出

判断的能力。②对自己进行全面、客观评价的能力，以及在此基础上所形成的积极的自我观念。③积极的生活态度和明确的生活目标，包括远大的理想和坚定的信念，同时还要有积极的自我体验，做到自尊、自爱、自信。④良好的性格特征，特别是意志品质方面的特征。例如，坚韧、顽强、果断和较强的自制力，较强的竞争意识，对人对事宽容的态度与豁达的胸怀等。⑤自我监控的意识和自我调节的能力，特别是自省、自察和自我审视的意识，以及自我调节与自我控制的能力。

2. 维持内部平衡，避免应激源过多破坏内部平衡

应激源，如病菌或过度的工作要求等，会破坏内部的平衡状态。应激——无论是令人愉快的还是不快的，都对躯体提出额外需求，个体会对特异性生理唤醒做出反应，这种反应是防御性的和自我保护性的。

在生活中，三种最有可能引发疾病的刺激分别是：①在较紧张的学习或工作中伴随不愉快的情绪；②在工作中或家族中人际关系不协调；③亲人的意外事故。这些刺激在生活中较为常见，健康的人当然会因此而体验到失望、紧张、哀伤等负面情感，不过他们也有能力带着这些情感生活，在往后的生活中逐渐将这些情感的消极作用降到最低，避免自身内部的失衡，最终维护自己的身心健康。

3. 提高对应激源的强度和时长

对应激的适应是按阶段发生的，各阶段的时间进程和进度有赖于拮抗的成功程度，而这种成功程度则与应激源的强度和持续时间有关。也就是说，应激的三个阶段所持续的时间和进度是依据个体在这个过程中能否成功对应激而定，如果应激源的强度和持续时间超过个体的承受范围，那么个体就会在不同阶段表现出不适应，反之，个体则能成功对应激源。

4. 学会自我调节

当个体经受心理应激时，通过调节自己的态度、情绪去认识和处理问题，可以恢复心理上的平衡。①适应。指采用减少或去除应激源的方法，如找人倾诉、听音乐、看电影、睡觉、散步、运动等。②防御。指在潜意识状态下运用一种或多种心理防卫机制以解除应激源的方法，如文饰、替代、反向、回避、退缩、投射、压抑、转移、否认、依赖、退化、合理化、明智化、升华和补偿等。这种自我防御反应既是对应激的一种心理反应，又对控制心理情绪起调节作用。

应用案例

《中国青年报》报道，我国每年“过劳死”的人数达到60万，已超过日本成为“过劳死”第一大国。这意味着，每天约有1600人死于因劳累引发的疾病。小郑大学毕业后，在一家贸易公司上班，通过努力，他成了公司的中层领导。事业和收入步步高升，随之而来的却是身体的每况愈下，抽烟和酗酒等不良生活习惯，让小郑处于“亚健康”状态。最近一段时间，小郑因为工作的原因，经常加班，有时候能加班到深夜12点左右。最终，不幸的事情发生了，小郑连续加班后，突然出现身体不适，在家中晕厥。经诊断为心梗，虽然医护人员全力抢救，但最终没有挽回其生命。

点评：10%—20%心血管病是由压力引起的，过大的压力引起交感、副交感神经平衡状态的失调，在压力增大的时候，引起恶性的心律失常导致病人死亡。案例中的小郑从前并没有发现心脏问题，但是经历一连串的应激事件，如经常加班，休息不够，工作也处在高压状态下，最

终导致心梗发生。

应激的反应

——“战斗或逃跑”反应

20世纪20年代，心理学家坎农（Cannon）观察到严寒、缺氧和情绪唤醒等事件都能引起肾上腺素和去甲肾上腺素的分泌，这些应激荷尔蒙从肾上腺内部的交感神经末梢进入血液。当大脑通路中的某些部分发出警报时，交感神经系统就会增加心跳和呼吸的频率，将血液从消化系统转移到骨骼肌，减轻疼痛，并释放体内存储的糖和脂肪，这些都为身体采取最佳的适应性反应做好准备。因此他认为应激是身心健康的一部分。

理论介绍

坎农发现，个体经一系列的神经和腺体反应将被引发应激，使躯体做好防御、挣扎或者逃跑的准备，他称为“战斗或逃跑”反应。随后心理学家将其分为4个阶段：信息输入阶段，通过感觉器官将信息输入大脑，比如听到刺耳的声音，看到拥堵的路况，闻到刺鼻的气味，尝到怪异的味，碰到滚烫的物体；信息分析阶段，大脑会自动对五官收集到的信息进行解读，首先解读对自己有没有威胁，如果没有威胁，信息解读自动停止，如果有威胁，大脑就会指令生理系统做出“战斗或逃跑”反应；战斗或逃跑阶段，在这一阶段生理系统保持高度运转状态一直到危险解除；恢复阶段，应激源解除，生理系统逐渐恢复到自然平静的状态，

类似于我们下班后躺在家里的沙发上，或是周末在小溪边散步的感觉。

科学家认为，这种“战斗或逃跑”反应对于面对野兽的攻击或其他类似危险的原始人来说是非常重要的。尽管现代生活中我们极少面对野兽的攻击，但是只要有任何危险产生，相同的反应过程仍然会产生，无论面对的是一只咆哮的狗，还是一项社会性研究。在“战斗或逃跑”反应过程中，身体系统的各个器官在面对危险后做出反应。“战斗或逃跑”反应主要是为应对外来威胁所产生的生理系统准备的，目的是保护我们的生理安全。

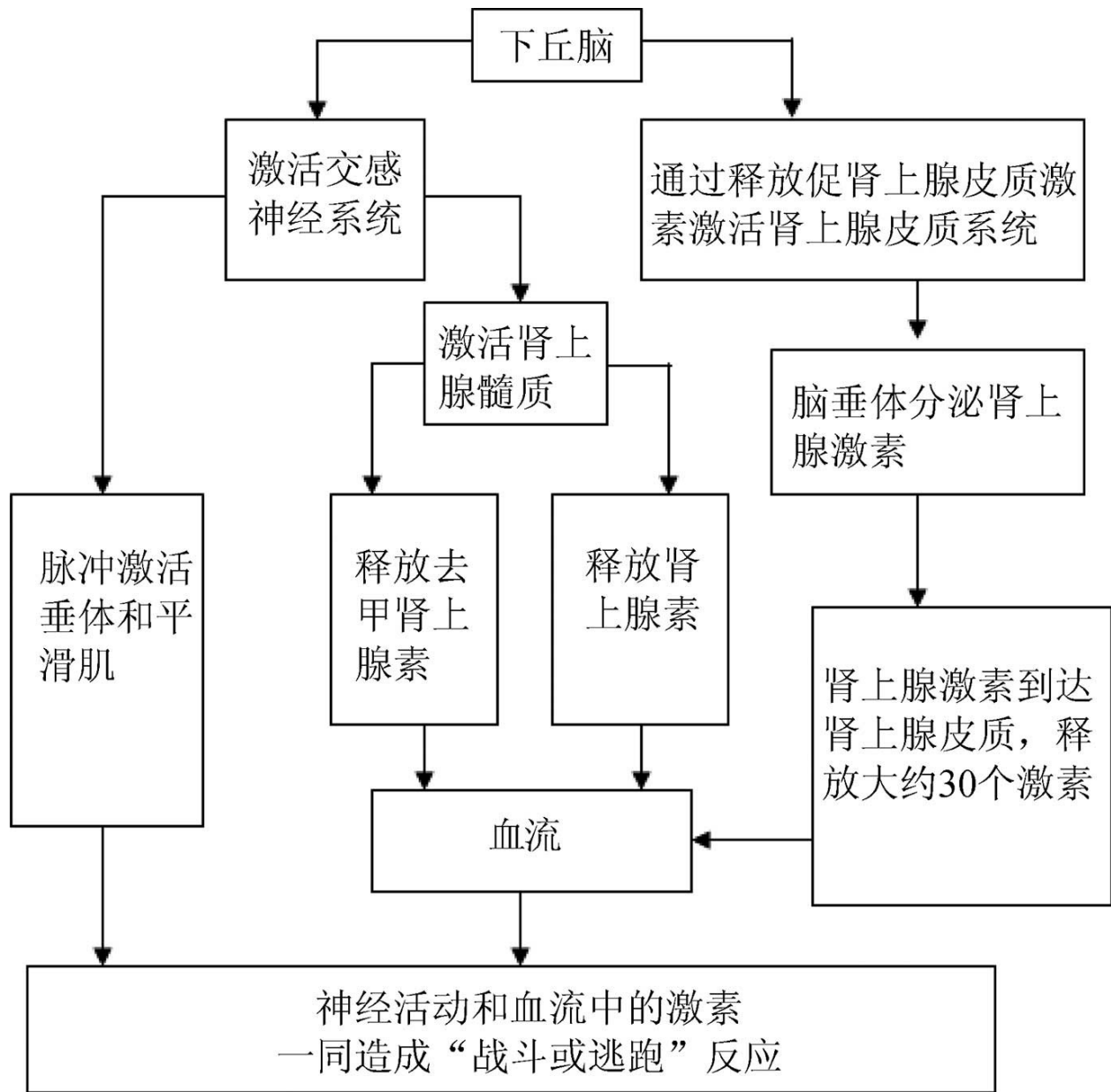


图4-2 “战斗或逃跑”反应理论模型图

研究发现，两性在“战斗或逃跑”反应中表现出性别差异：男性更倾向于“战斗”反应；女性更倾向于“逃跑”反应，或寻求他人帮助，或化解当前危险——“结盟与友好”。尤其是身为母亲的女性，面临紧张情况时，会更倾向于保护自己的子女并寻求他人帮助。

研究支持

任南、刘宝英和胡奇胆（2006）探讨了职业紧张与多种心血管疾病发病的关系，发现心血管疾病的发生与职业紧张下的应激有密切联系，而且这种联系是在长期慢性职业紧张刺激下发生的。首先，应激激活丘脑—垂体—肾上腺轴的复杂反应，唤醒交感神经控制下的“战斗或逃跑”反应，同时增加循环中的儿茶酚胺或应激激素以便应对紧急情况。在这样的唤醒状态下，心率加快，血压增高，外周肌肉的血容量增加，呼吸频率加快。长期处于应激状态会导致动脉壁的损害，增加心脏病变的风险。

研究者康尼科娃（Konnikova）在一篇研究开放式办公室不良影响的文章中指出，纽约70%的办公楼都有一个开放楼层的计划，但这种建筑趋势存在很多对健康有害的方面，如增加疾病的传播或缺乏对整体环境的控制等。此外，由此而来的噪音会导致生产效率的下降。研究人员发现，开放式办公室的混合杂音会抑制员工的回忆信息以及算数等基本执行能力，而且开放式办公室所造成的分心，会导致员工工作应激的增加。此外，他们还对职业女性在开放式办公室中受到的噪音影响进行了研究。他们对实际情况进行模拟后发现，受到噪音影响的员工肾上腺素水平更高，这表明存在“战斗或逃跑”反应（Konnikova, 2013）。

理论应用

面对应激时，人的自然反应是分泌肾上腺素，肾上腺素能很快让心跳加快，血压升高，呼吸加速，肌肉充血，有利于个体做好“战斗或逃跑”的准备。尽管在现代社会，人们在面对应激时依然会有血压升高、

心跳加快等反应，但却很少再像远古时代一样为生存去搏斗或狂奔。面对应激，我们许多时候因为各种原因导致应激得不到发泄，从而造成精神和心理上的双重压抑。那么如何顺应在面对应激时的生理本能呢？

1. 运动改变健康

运动能让个体顺应体内应激激素的作用，在心跳加快、肌肉充血、血压升高时运动有助于释放能量，缓解应激。运动能够强健心脏，促进血液循环，保持血管畅通，降低血压及其在应激状态下的反应。同时运动能够增加去甲肾上腺素、五羟色胺和内啡肽等情绪兴奋性神经递质的分泌，调节体内的化学物质。

2. 抑制“战斗或逃跑”反应的神经机制

我国研究者发表了一篇关于以小清蛋白为生物标记物的兴奋性神经环路引发恐惧的论文（Shang et al., 2015）。他们发现，刺激该兴奋性神经环路，能够引发强烈的“战斗或逃跑”反应，反复刺激，会造成类似创伤后应激障碍的症状。而解析引发这类反应的关键神经环路，是深入分析这一疾病发病机理的突破口，同时也是治疗的关键。

应用案例

武松被那一惊，酒都做冷汗出了。说时迟，那时快，武松见大虫扑来，只一闪，闪在大虫背后。那大虫背后看人最难，便把前爪搭在地下，把腰胯一掀，掀将起来。武松只一闪，闪在一边。大虫见掀他不着，吼一声，却似半天里起个霹雳，震得那山冈也动；把这铁棒也似虎尾倒竖起来，只一剪，武松却又闪在一边。原来那大虫拿人，只是一扑，一掀，一剪，三般提不着时，气性先自没了一半。那大虫又剪不着，再吼

了一声，一兜兜将回来。

武松见那大虫复翻身回来，双手轮起梢棒，尽平生气力，只一棒，从半空劈将下来。只听得一声响，簌簌地将那树连枝带叶劈脸打将下来。定睛看时，一棒劈不着大虫。原来慌了，正打在枯树上，把那条梢棒折做两截，只拿得一半在手里。那大虫咆哮，性发起来，翻身又只一扑，扑将来。武松又只一跳，却退了十步远，那大虫却好把两只前爪搭在武松面前。武松将半截棒丢在一边，两只手就势把大虫顶花皮揪住，一按按将下来。那只大虫急要挣扎，被武松尽气力纳定，哪里肯放半点儿松宽？武松把只脚往大虫面门上、眼睛里，只顾乱踢。那大虫咆哮起来，把身底下扒起两堆黄泥，做了一个土坑。武松把那大虫嘴直接下黄泥坑里去。那大虫吃武松奈何得没了些气力。武松把左手紧紧地揪住顶花皮，偷出右手来，提起铁锤般大小拳头，尽平生之力，只顾打。打得五七十拳，那大虫眼里、口里、鼻子里、耳朵里都迸出鲜血来，更动弹不得，只剩口里兀自气喘。武松放了手，来松树边寻那打折的棒橛，拿在手里；只怕大虫不死，把棒橛又打了一回。那大虫气都没了。武松再寻思道：“我就地拖得这死大虫下冈子去。”就血泊里双手来提时，哪里提得动！原来使尽了气力，手脚都酥软了。

[资料来源：《水浒传》第二十三回《横海郡柴进留宾 景阳冈武松打虎》。]

点评：“战斗或逃跑”反应可以帮助个体增加生存概率。武松打虎便是这一过程的生动范例。武松在面对凶猛的老虎时，第一反应是躲起来，避免老虎的攻击，但是武松意识到与老虎一搏也并非没有胜算，此时逃走很可能就被老虎吞入腹中。开启战斗模式的武松成功制服老虎，为

自己赢得生机和盛名。

应激的认知

——认知交互作用模型

心理学家拉扎鲁斯（Lazarus）是应激理论的代表人物之一，在20世纪60年代提出了认知交互作用模型。拉扎鲁斯和福克曼（Folkman）认为，应激是人与环境相互作用的产物（Lazarus & Folkman, 1984）。如果个体认为内外环境的刺激超过自身的应对能力及应对资源时，就会产生应激。应激是由于内外需求与机体应对资源的不匹配破坏了个体的内稳态所致。它不仅仅是环境刺激或是一种反应，而是当所遇到的事件和所担负的责任超过了人的应对能力的范围时所产生的身心紧张状态，其本质就是个体对内外环境的需求的适应，而且认知评价在应激的产生中具有重要的中介作用。因此，健康心理学认为，应激是有机体通过认知评价确定在生理或心理上受到威胁时出现的一种带有适应性的身心紧张状态。

理论介绍

应激源作用于个体后，能否产生应激，主要取决于两个重要的心理学过程——认知评价和应对（见图4-3）。拉扎鲁斯认为，认知评价是指个体觉察到情境对自身是否有影响的认知过程，包括对应激源的确定、思考及期待，以及对自身应对能力的评价，主要的心理活动包括感知、思考、推理及决策等。认知评价主要由初级评价、次级评价及重新评

价三部分组成（见图4-4）。

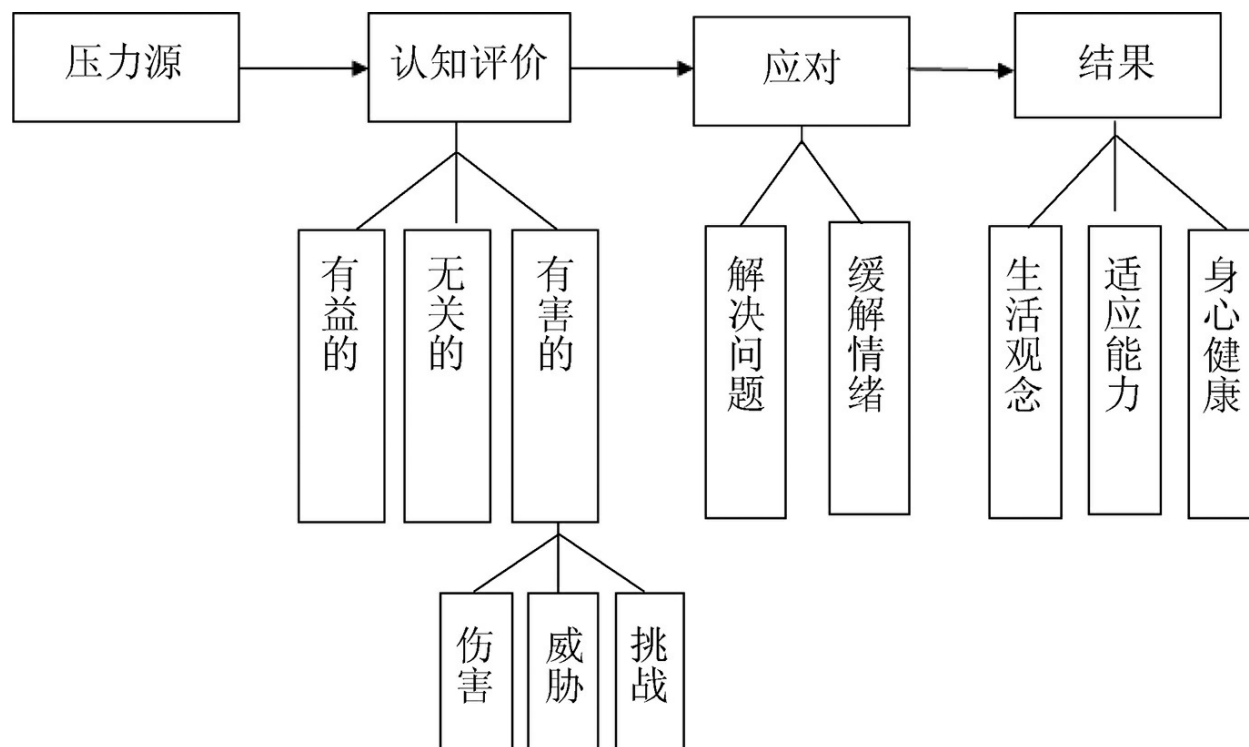


图4-3 三级认知评价模型

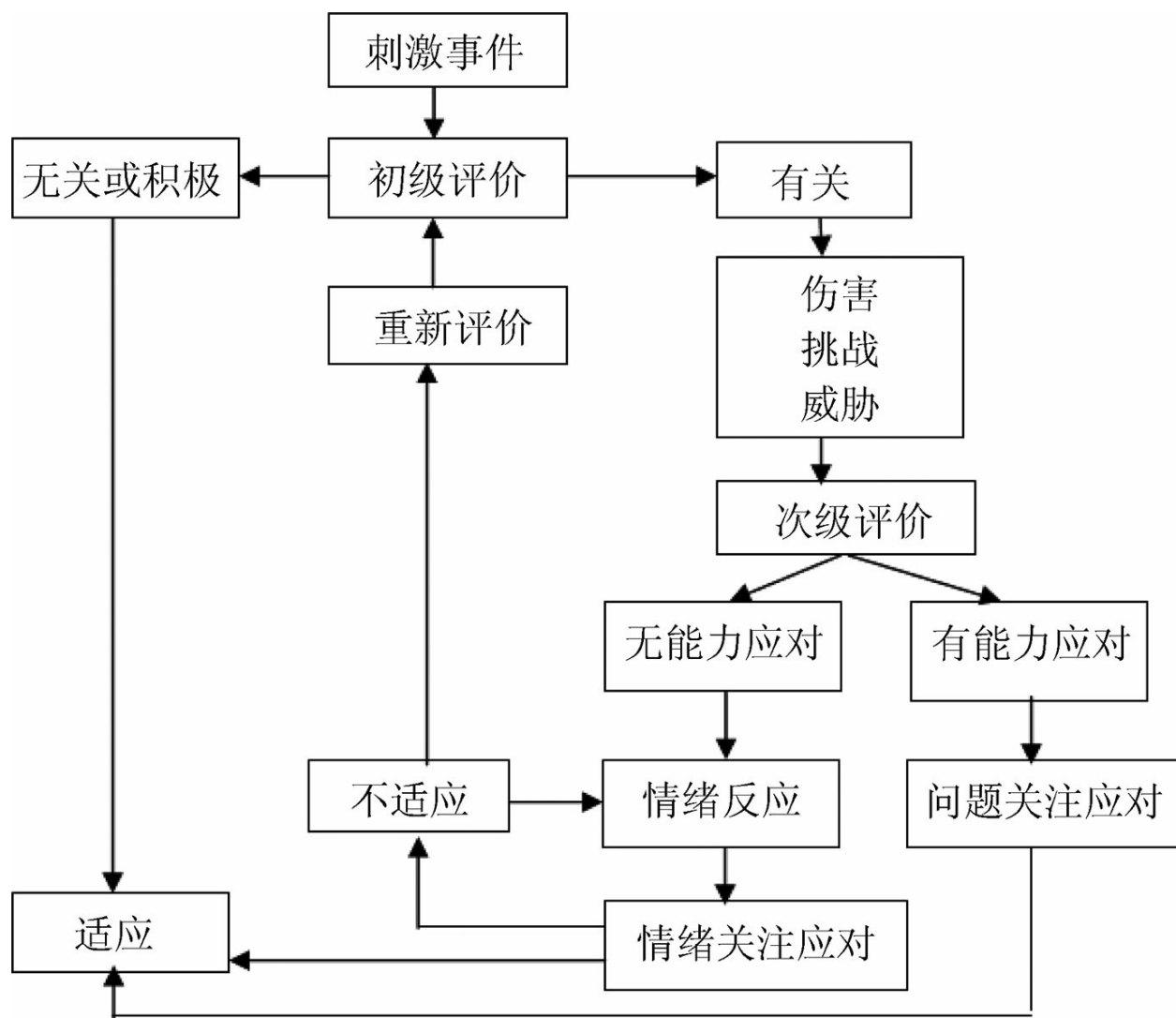


图4-4 拉扎鲁斯的压力与应对模型

1. 初级评价

初级评价是指人确定刺激事件与自己是否有利害关系及与这种关系的程度，评价的结果有三种：与个人无关的、有益的、有应激的。生活中遇到的一些事件可能与个人无关，有的可能对自己有益，一般不需要很高的应对技巧。当一个事件被评价为有应激时，可能有三种情况：伤害性或损失性、威胁性、挑战性。伤害性评价的性质一般与真实或预期的损伤有关，这种损伤一般对个人的身心健康或资源有较大的损害，如

离婚、亲人死亡等。威胁性评价指某一情景所要求的能力超过个人的应对能力时，该事件被评价为威胁性，此评价的感情基调是消极的。它与伤害性评价所不同的是预感伤害事件将要发生，而事实上没有发生。挑战性评价是将某一事件评价为冒险性的，其感情基调是兴奋及期待的，也包含焦虑与不安成分。

2. 次级评价

次级评价是对个人应对方式、应对能力及应对资源的评价，判定个人的应对与事件之间的匹配程度。它所要回答的问题是“在这种情况下我应该做什么”。次级评价后会产生相应的情绪反应，如果评价结果为有利，会出现高兴、骄傲、满足和幸福等正性情绪。挑战性评价会出现希望、信心十足或焦虑反应。伤害性评价会出现愤怒、焦虑、悲伤、害怕、恐惧等。

3. 重新评价

重新评价是指人对自己的情绪和行为反应的有效性和适宜性的评价，实际上是一种反馈性行为。如果重新评价结果表明行为无效或不适宜，人们就会调整自己对刺激事件的次级评价甚至初级评价，并相应地调整自己的情绪和行为反应。重新评价不一定每次都会减轻应激，有时也会加重应激。拉扎鲁斯指出：“有效化解应激的关键在于对应激的积极评价。”

影响认知评价的因素主要包括四个方面：①应激源的可预测性。研究表明，意外丧亲要比由长期生病而离世产生的应激程度要大。②应激源的控制。如果个体能够对应激源做出某种控制，则可减轻影响。③对应激源的解释。赋予应激源不同的意义可以增强或削弱应激源的作用。④情绪。情绪影响认知评价，促使或打断对生活事件造成的应激的评价

。

应对是指应用行为或认知的方法努力处理环境与人内部之间的需求，解决二者之间的冲突，包括评价应激的意义、控制或改变应激的环境、解决或消除问题、缓解由于应激而出现的情绪反应。

应对方式包括采取积极行动、回避、任其自然、寻求信息及帮助、应用心理防御机制等。应对资源包括健康及良好的机能状态、个人的生活态度、解决问题的能力及判断能力、信仰及价值观、社会支持系统以及物质财富等。应对的功能有两种：解决问题或缓解情绪。应对的结果会影响个人的人生态度及观念、各种社会能力及身心健康。

研究支持

拉扎鲁斯等人（1962）设计了一项实验以证明初级评价在应激体验中的重要作用。在实验中，主试让大学生观看一个原始部落割礼仪式的影片。在观看电影之前，将学生分为四组，每组学生以不同方式观看电影：第一组学生看电影时听不到声音；第二组学生听到的是“创伤性”的解说，表达这种手术的痛苦、危险和原始；第三组学生听到的解说否认割礼给人带来的痛苦和可能的伤害，强调它给受割礼者带来的兴奋和期盼；第四组学生听到的是一个“科学性”的解说，对这个仪式进行理性的描述。在看电影的过程中，不断监测学生的自主神经唤醒水平（皮肤电、心率），并在电影结束后立刻用自我报告法测量被试的心理应激。结果显示，听到“创伤性”解说的被试有更多更强的应激反应。此实验说明，应激不仅取决于电影本身，也取决于观看者对它的评价。

我国研究者陈树林和郑全全（2000）为探究应激源、认知评价和抑

郁三者之间的关系，通过对抑郁组和非抑郁组总共130名大学生被试进行长达六个月的追踪研究，结果发现，应激性的生活事件对抑郁的产生没有直接效应，需要通过消极性自我概念和抑郁歪曲的认知心理因素作为中介变量，从而导致抑郁障碍的发生。此研究表明，应激源对人产生影响必须通过个体的认知因素起作用。

玛纳克（Manack）等人（2013）基于美国偏头痛患病率和预防（AMPP）的数据，分析了慢性偏头痛和发作性偏头痛人群的主要生活事件评估和应激评价的差异。结果发现，慢性偏头痛患者在随后的一年发生的重大生活事件更多，并且更可能将事件认定为应激性的。由此可见，生理状况和认知评价之间相互影响。

理论应用

根据拉扎鲁斯的观点，认知评价是应激过程中的关键因素。面对潜在的应激情境，应激通常是由基于信息缺乏、错误的理解、非理性信念等认知评价所引起的。控制并改善认知评价的方法主要有以下几种：

1. 预先设想

在日常生活中，出乎意料的事情往往让人感到措手不及，带来更大应激。因此可以事先采取想象、表演和讨论等方式，设想一些重大的应激情境以及自己的应对反应。有了这样的预想经历，当应激来临时生理上的唤醒程度会相应降低，引起的应激反应也就较低。

2. 信息控制

如果个体能够获取充足而正确的相关信息，就会降低个体的确定感和莫名的恐慌感。例如，当第一例甲型H1N1流感被确诊并发布全球蔓

延警告时，人们陷入了恐慌；当不断地获得有关该疾病的症状、防治及治愈信息后，人们的担心和恐慌逐渐减弱，生活又回归正常。

3. 对情境进行再评价

对情境进行再评价也就是换个角度考虑问题，或是对事件的意义进行重新认识等，都可能会改变个体的应激体验。事物的意义不是唯一的，要一分为二看待。应激时人们更容易看重事物消极的一面，而忽略积极的一面。因此及时地对情境再评价，结果可能会峰回路转。

4. 敏感察觉并及时改变消极念头

应激情境容易使人们产生消极的想法，这些想法往往使应激进一步升级。理性情绪疗法的提出者艾利斯曾指出，容易引起应激的不合理的信念可以归为三类：对自己的不合理信念、对别人的不合理信念以及对周围环境和事物的不合理要求。其共同特点是绝对化的要求、以偏概全、糟糕至极。麦克纳玛拉（McNamara）认为，在这种情况下，可以通过平时的训练来使自己对这些消极念头敏感化，并及时加以改变（McNamara, 2002）。训练程序如下：①想象一种消极想法，例如“我应该获得周围人的喜爱和赞许”；②当你开始有这种消极想法的时候，就说“停”；③产生一个积极的想法，并且感觉到这正是你想要的感受方式，如“一个人并不能做到让周围所有人都喜欢，现在这么多人喜欢我，说明我不错”。

应用案例

一个美好的晚上，一位心情美好的庶务官伊凡·德米特里·切尔维亚科夫，坐在剧院第二排座椅上，正拿着望远镜观看轻歌剧《科尔涅维

利的钟声》。他看着演出，感到无比幸福。但突然间……小说里经常出现这个“但突然间”。作家们是对的：生活中确实充满了种种意外事件。但突然间，他的脸皱起来，眼睛往上翻，呼吸停住了……他放下望远镜，低下头，便……阿嚏一声！！！他打了个喷嚏，你们瞧。无论何时何地，谁打喷嚏都是不能禁止的。庄稼汉打喷嚏，警长打喷嚏，有时连达官贵人也在所难免。人人都打喷嚏。切尔维亚科夫毫不慌张，掏出小手绢擦擦脸，而且像一位讲礼貌的人那样，举目看看四周：他的喷嚏是否溅着什么人了？但这时他不由得慌张起来。他看到，坐在他前面第一排座椅上的一个小老头，正用手套使劲擦他的秃头和脖子，嘴里还嘟哝着什么。切尔维亚科夫认出这人是三品文官布里扎洛夫将军，他在交通部门任职。

“我的喷嚏溅着他了！”切尔维亚科夫心想，“他虽说不是我的上司，是别的部门的，不过这总不妥当。应当向他赔个不是才对。”

切尔维亚科夫咳嗽一声，身子探向前去，凑着将军的耳朵小声说：

“务请大人原谅，我的唾沫星子溅着您了……我出于无心……”

“没什么，没什么……”

“看在上帝份上，请您原谅。要知道我……我不是有意的……”

“哎，请坐下吧！让人听嘛！”

切尔维亚科夫心慌意乱了，他傻笑一下，开始望着舞台。他看着演出，但已不感到幸福。他开始惶惶不安起来。幕间休息时，他走到布里扎洛夫跟前，在他身边走来走去，终于克制住胆怯心情，嗫嚅道：

“我溅着您了，大人……务请宽恕……要知道我……我不是有意的……”

“哎，够了！……我已经忘了，您怎么老提它呢！”将军说完，不

耐烦地撇了撇下嘴唇。

“他说忘了，可是他那眼神多凶！”切尔维亚科夫暗想，不时怀疑地瞧他一眼。“连话都不想说了。应当向他解释清楚，我完全是无意的……这是自然规律……否则他会认为我故意啐他。他现在不这么想，过后肯定会这么想的！”

回家后，切尔维亚科夫把自己的失态告诉了妻子。他觉得妻子对发生的事过于轻率。她先是吓着了，但后来听说布里扎洛夫是“别的部门的”，也就放心了。

“不过你还是去一趟赔礼道歉的好，”她说，“他会认为你在公共场合举止不当！”

“说得对呀！刚才我道歉过了，可是他有点古怪……一句中听的话也没说。再者也没有时间细谈。”

第二天，切尔维亚科夫穿上新制服，刮了脸，去找布里扎洛夫解释……走进将军的接待室，他看到里面有许多请求接见的人。将军也在其中，他已经开始接见了。询问过几人后，将军抬眼望着切尔维亚科夫。

“昨天在‘阿尔卡吉亚’剧场，倘若大人还记得的话，”庶务官开始报告，“我打了一个喷嚏，无意中溅了……务请您原……”

“什么废话！天知道怎么回事！”将军扭过脸，对下一名来访者说：“您有什么事？”

“他不想说！”切尔维亚科夫脸色煞白，心里想道，“看来他生气了……不行，这事不能这样放下……我要跟他解释清楚……”

当将军接见完最后一名来访者，正要返回内室时，切尔维亚科夫一步跟上去，又开始嗫嚅道：

“大人！倘若在下胆敢打搅大人的话，那么可以说，只是出于一种

悔过的心情……我不是有意的，务请您谅解，大人！”

将军做出一副哭丧脸，挥一下手。

“您简直开玩笑，先生！”将军说完，进门不见了。

“这怎么是开玩笑？”切尔维亚科夫想，“根本不是开玩笑！身为将军，却不明事理！既然这样，我再也不向这个好摆架子的人赔不是了！去他的！我给他写封信，再也不来了！真的，再也不来了！”

切尔维亚科夫这么思量着回到家里。可是给将军的信却没有写成。想来想去，怎么也想不出这信该怎么写。只好次日又去向将军本人解释。

“我昨天来打搅了大人，”当将军向他抬起疑问的目光，他开始嗫嚅道，“我不是如您讲的来开玩笑的。我来是向您赔礼道歉，因为我打喷嚏时溅着您了，大人……说到开玩笑，我可从来没有想过。在下胆敢开玩笑吗？倘若我们真开玩笑，那样的话，就丝毫谈不上对大人的敬重了……谈不上……”

“滚出去！！”忽然间，脸色发青、浑身打战的将军大喝一声。

“什么，大人？”切尔维亚科夫小声问道，他吓呆了。

“滚出去！！”将军顿着脚，又喊了一声。

切尔维亚科夫感到肚子里什么东西碎了。什么也看不见，什么也听不着，他一步一步退到门口。他来到街上，步履艰难地走着……他懵懵懂懂地回到家里，没脱制服，就倒在长沙发上，后来就……死了。

[资料来源：契诃夫《小职员之死》。]

点评：案例中的小职员面对的应激事件是：因不小心打喷嚏溅到上级身上，他开始忐忑，害怕得罪了上级。在他的认知评价系统中坚定认

为自己的行为一定会引起别人的不满，而他对自己采取的道歉方式并没有认同，还是固执地认为上级很生气，导致自己一而再、再而三地跑去道歉，最终引发了上级的不满。上级的呵斥更成了压垮他的最后一根稻草，他认为自己确确实实犯下了错误。

鱼与熊掌

——动机冲突理论

我们经常陷入保持好身材和美食诱惑的两难选择中，在“吃与不吃”之间徘徊，往往会引起很多不良的情绪反应。因为“两难”问题是一种动机冲突，而动机冲突也是一种应激源。动机冲突之所以属于应激源，是因为当个体面临两种或两种以上的选择而必须择其一的时候，就产生了冲突，接着引发紧张、焦躁、烦恼等情绪反应。

理论介绍

动机冲突指一个人在某种活动中，同时存在着一个或数个所欲求的目标，或存在两个或两个以上互相排斥的动机，当处于相互矛盾的状态时，个体难以决定取舍，表现为行动上的犹豫不决。这种相互冲击的心理状态，称为动机冲突，它是造成挫折和应激心理的一个重要原因。

知识拓展

动机冲突类型

心理学家勒温（Lewin）和米勒（Miller）按趋避行为将动机冲突分为四大基本类型。

1. 双趋冲突

指两种对个体都具有吸引力的目标同时出现，形成强度相同的两个

动机。由于条件限制，只能选其中的一个目标，此时个体往往会表现出难以取舍的矛盾心理，这就是双趋冲突。“鱼与熊掌，不可得兼”就是双趋冲突的真实写照。

2. 双避冲突

指两种对个体都具有威胁性的目标同时出现，使个体对这两个目标均产生逃避动机，但由于条件和环境的限制，也只能选择其中的一个目标，这种选择时的心理冲突称之为双避冲突。“前遇大河，后有追兵”正是这种处境的表现。

3. 趋避冲突

指某一事物对个体具有利与弊的双重意义时，会使人产生两种动机态度：一方面好而趋之，另一方面则恶而远之。所谓“想吃鱼又怕鱼刺”就是这种冲突的表现。

4. 多重趋避冲突

在实际生活中，人们的趋避冲突常常表现出一种更复杂的形式，即人们面对着两个或两个以上的目标，而每个目标又分别具有吸引和排斥两方面的作用。人们无法简单地选择一个目标，而回避或拒绝另一个目标，必须进行多重的选择。由此引起的冲突称为多重趋避冲突。

在现实生活中，一个人常常遇到各种动机冲突。如果对动机冲突不能很好地处理，就会产生强烈的消极情绪，使人陷入困惑和苦闷之中，甚至是颓废和绝望之中，无力自拔。动机冲突不但影响人的正常工作和学习的积极性，还会给人的身心健康带来严重的威胁，甚至使人的精神状态趋于崩溃、行为失常。

动机冲突的驱力理论模型用矢量代表目标对象诱发力的方向和强度

。假如只有一种力冲击某人，此人就沿着这一矢量的方向移动。假如有两个或更多的力从不同方向作用于个人，那么有效的移动就是矢量合力的结果。而假如有两个等量的矢量作用于个体，就会产生动机冲突。在这一模型中，有6项基本条件：①趋向目标的倾向性越强，个体离该目标就越近；②个体离开害怕的刺激越近，离开该刺激的倾向就越强；③随着目标的靠近，回避倾向强度比趋向强度的增长更迅速；④趋近目标或回避目标倾向强度的变化，以直接驱力强度的变化为基础；⑤在学习的渐近线水平低下时，强化实验的次数增加，使受到强化的反应倾向增多；⑥当两个不能并存的反应倾向冲突时，表露的是强度高的反应倾向。在这6项条件中，第三个条件是冲突模型中的主要条件，这是因为在回避情境中，驱力和习惯都随距离的变化而变化，而在趋近情境中，只有习惯的强度受目标距离影响。

研究支持

英国牛津大学的研究者设计了一个感冒病毒接种实验（Totman, Reed, & Craig, 1977）。他们共招募了48名被试，所有被试自我报告没有慢性或急性疾病，没有在服用常规药物，经医学检查和感冒病毒检测，身体健康，没有感染感冒病毒，也没有感冒症状。所有被试都同意接受病毒暴露实验。然后，研究者随机安排24名被试进入实验组，剩下的被试进入对照组。所有被试都接受含有两种感冒病毒的鼻滴液，即把含有病毒的溶液滴入鼻腔，随后实验组的被试要选择是否服用一种试验性的抗病毒药丸（其实是一种安慰剂），并告知被试，如果服用药丸，那么在实验结束后要通过一根胃导管获取胃酸样本，实验组的被试均做出

了自己的选择，对照组不需要做出任何选择和改变，然后所有被试隔离，并对其进行病毒感染和感冒症状的监控。结果发现，两组被试在病毒感染上没有差异，但是实验组被试在感冒症状上远对照组被试严重，具有显著性差异。可见，动机冲突会造成心理应激，心理应激会加重感冒症状。

我国研究者章明明和张积家（2005）则采用自编的心理冲突调查问卷、应激量表和主观幸福感指数量表，调查了531名大学生的心理冲突状况、应激水平及主观幸福感。结果表明，过多的心理冲突可引起生理与心理应激水平的升高；心理冲突频率和应激水平呈显著正相关；心理冲突频率与主观幸福感呈显著负相关。因此，过多的心理冲突已经构成应激源，是影响身心健康的重要因素之一。

理论应用

日常生活中，我们经常会遇到各种动机冲突，它们有可能会对我们的身心健康造成影响。不难发现当面临诸多选择而摇摆不定时，我们的健康状况就会出现问题，无论是情绪上的困扰还是心理应激带来的身体问题，如溃疡、失眠等。我们可以通过以下途径来缓解动机冲突带来的应激反应。

1. 确立目标

动机冲突与目标确立是同步进行的。动机冲突就是为选择目标而产生的，动机冲突的过程就是目标确立的过程。某人有动机冲突就因为在某人的心目中可能有两种或多种目标，动机冲突的过程就是对众多目标的利弊、优劣以及实现的可能性进行权衡，进而决定取舍的过程。行动

目标的确立不在动机冲突的开始，而在动机冲突的最后，动机冲突停止的同时，目标也就确立了，所以说目标确立是动机冲突的结果。目标一旦确立就可以拟定行动方案并付诸实践了。总的来说，确立目标意味着我们可以预期到潜在的动机冲突，对此做好准备将有利于日后冲突真正发生时我们可以从容处理。如此有利于我们减少应激对自身健康的冲击。

2. 培养意志品质

意志是有意识地支配、调节行为，通过克服困难，以实现预定目标的心理过程，构成人的意志的某些比较稳定的方面就是意志品质。意志行动中经常出现冲突，常见战胜动机冲突的意志品质主要有以下四点：

①独立性。指不屈从周围人的压力，而能根据自己的认识和信念，独立地做出决策，执行决定。与独立性相反的是依赖性。

②果断性。指有能力及时采取充分根据的决定，并且在深思熟虑的基础上实现这些决定。与果断性相反的是优柔寡断。

③坚定性。长时间相信自己决定的合理性，并坚持不懈地为执行决定而努力。具有坚定性的人，能在困难面前不退缩，在压力面前不屈服，在诱惑面前不动摇。

④自制力。指善于掌握和支配自己行为的能力，在采取决定时能够进行周密的思考，做出合理的决策，不为环境中各种诱惑所左右。与之相对的是任性和怯懦。

应用案例

我们小时候写作文时，写到内心矛盾冲突时常这么比喻：“我的心

里好像有两个小人在打架。”小时候的我，真不知道我当时竟顺口说出一个心理学原理。这两个小人，无非是“理智人”“原始人”和“纯真人”之中的两个。心理冲突要耗费大量心理能量，因此心理冲突多的人往往精神显得很疲惫，或者很忧郁。处于心理冲突中的人，极易得神经衰弱。或者不如这么说更合理：神经衰弱的起因主要是由于心理冲突。

[资料来源：朱建军.(2009). 走出迷惘——增强你的人格魅力. 安徽：安徽人民出版社.]

点评：日常生活中，自我冲突的主要成分是角色冲突。要消除角色冲突对人心理造成的不利影响，就要加强个体扮演各种“角色”的协调能力，这种协调能力越强的人，由于他们处理和协调各种不和谐的角色要求的本领很强，因而产生角色冲突的可能性就越少。当然，有些角色冲突是难以调和的，此时个体自身的协调作用是无能为力的，在这种情况下，个人应该明智地从过多的角色中解脱出来，把时间和精力运用于自身更有价值、更能胜任的角色上来。

别在伤口上撒盐 ——回忆应激事件

生活中会遇到各种各样的烦恼，比如工作上的成绩下滑，情感上的恋情失败，又或者亲朋好友的骤然离世等。这些事件所带来的心理应激反应会严重影响到人的身心健康。然而大多数人还有这样的体验：当我们不断思考痛苦的事件，会在心中重演苦恼和愤怒的场景，让我们在痛苦思想中陷得更深，感觉更糟。那么回忆曾经发生过的烦恼事件是否会导致第二次的心理应激呢？

理论介绍

遭遇过大灾难，或者经历过战争的人，很容易患上创伤后应激障碍（PTSD）。患上该疾病的人有一明显症状——闪回，即创伤性情境在患者的思维与记忆中反复地、不由自主地涌现，闯入意识中萦绕不去，梦境中亦经常出现；有时会“重演”性发作，仿佛再度身临其境，出现错觉、幻觉、意识分离性障碍等；有时产生“触景生情”式的精神痛苦，持续时间可从数秒到几天不等。

有研究者认为，创伤经历会形成表征（Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996）。第一种表征是有意识的创伤经历，即“可回忆的言语知识”，因为可以从自传体记忆中提取出来。这些自传体知识是以概要等级的形式排列的，从广泛的终生主题到事件的一般描述，再到创伤特有的详

细知识。与此对应的记忆系统称为可回忆的言语记忆，所提及的信息与情境的感官特征、当时的情绪和生理反应以及感知事件有关。第二种表征是由无意识加工形成的，称为“可回忆的情景知识”，因为这种表征始终保持着激活的脆弱性，当个体处于创伤类似的情景时，可以自动激活这种表征。创伤经历的感官、空间特征以类推编码的形式表征在可回忆的情景记忆中，这种类推编码能再现创伤经历。

当个体经历一件重大事件时，大脑的不同区域协同合作，分别记录事件的细节，如发生的时间、地点和人物等，同时也会记录事件引发的情绪情感。而当人经历一个强烈的情绪或高压状态，人体会释放两种主要的应激激素——去甲肾上腺素和皮质醇，从而增强记忆（Segal et al., 2014）。因而当个体经历某个烦恼事件的同时，也会增强在这个过程中的记忆。回忆烦恼事件，会激活个体在烦恼事件过程中的情绪情感体验，从而再次引起应激反应。

研究支持

格林（Glynn）等人（2007）做了一项探究对烦恼的应激事件的回忆是否会产生心血管反应的实验。实验程序如下：首先，他们招募了22名大学生被试，其中男性9名，女性13名，平均年龄为20.1岁。前一天晚上被试没有服用任何可能会影响实验因变量的药。然后，将被试随机分配到即刻回忆组和延迟回忆组。被试在实验之前被告知测量心率和血压的同时，要完成一项简单的但是受到干扰的心算实验，目的是为探究对应激事件的回忆是否会产生应激反应。实验过程中被试中指戴上指套用来测量心率和血压。首先进入6分钟基线阶段，在测试基线值期间，

被试必须静坐、放松，而实验者则离开实验室。基线阶段结束后，被试进入首次应激阶段或回忆测试阶段，在此期间一直检测被试的心率和血压。随后进行首次应激实验，应激源是令人烦恼的心算任务。时间共3分钟。被试刚进入实验室时，实验者要求被试尽量且正确地完成从2036连续减13的心算。当被试心算时，实验者根据实验要求不断地干扰被试，干扰被试的时间和次数均是事先设计为标准化的，不受被试表现的影响。心算任务结束后，要求即刻回忆组被试在30分钟以及1周后均要回到实验室完成实验，延迟回忆组被试1周后回到实验室完成回忆实验。当被试返回实验室，实验者告知被试：接下来的3分钟内，你要尽可能回忆上次完成任务的过程。请尽量回忆细节，集中精力感受你在上次3分钟之内的感受。回忆结束后，被试要在一个7点计分量表上评价整个回忆过程中的详尽程度，-3代表“一点也不”，+3代表“极端”。结果发现，即刻回忆组和延迟回忆组在心算任务后的心率和血压都显著高于基线值，而且两组在第一次回忆实验后的血压都高于基线值，但是心率没有显著差异，然而即刻回忆组在第二次回忆实验后的血压和心率与基线值相比没有显著差异。实验结果表明，对应激事件的回忆也能产生心理应激反应，但是在回忆过以后再回忆，就不会产生心理应激反应。

佐科拉（Zoccola）等人（2010）做了一项研究来探究特质沉思和状态沉思是否会预测在回忆应激事件过程中“可的松”（一种通过升高血糖水平帮助机体对付应激的激素）反应的激活。被试是通过选课平台招募的59名大学生，其中男生28名，女生31名，无吸烟史，无慢性或严重疾病。实验分为两个阶段，第一阶段中先给被试20分钟的休息时间，并让其填写人口学资料（如身高、体重、生理活动和睡眠质量），以及评定当前的情绪状态。同时，研究者会收集被试的唾液样本。实验为特里

尔社会心理应激测试的改良版本，即6分钟的演讲任务和4分钟的心算任务。在演讲部分，被试要谈论一下自己（如人格、为什么其他同学喜欢你）及一件成功事情和一件失败的事情（模拟工作面试）。经过2分钟介绍和3分钟准备阶段后，被试开始在两个小组成员（一男一女）和一台摄像机面前进行6分钟演讲和4分钟心算任务。小组成员需要做笔记而且在演讲过程中提问。在任务完成后，分别在第1分钟、10分钟、20分钟、30分钟、45分钟、60分钟和75分钟采集被试的唾液样本，在1分钟后的唾液样本搜集后，被试再一次评估他们的情绪，并且通过7点计分量表提供任务评估数据（如任务难度、信心、总体成绩），然后被试填写附加问卷（如特质沉思）。两周后的同一时间进行实验的第二阶段，时间和唾液样本采集的计划和第一阶段相同。与第一阶段不同的是，第一阶段在20分钟的基线时间和第一次唾液样本后进行特里尔社会心理应激测试，第二阶段是对第一阶段的回忆采访。此阶段的被试被随机分为“支持情境”和“非支持情境”，“支持情境”中的采访人员非常友好，经常微笑和点头，“非支持情境”中的采访人员非常冷漠，持中立、严厉的姿态，并且在这个情境中的被试被告知他们的表现都会被两个小组成员通过双向镜观察，并进行评估。持续时间和实验第一阶段相同。被试先自由回忆第一阶段发生的事件，然后实验者询问被试一系列关于上阶段的细节再认问题（共55题，全为是否题或者封闭式问题），整个过程为摄像机拍摄记录。研究者在回忆采访结束后的7个时间段（第1分钟、10分钟、20分钟、30分钟、45分钟、60分钟和75分钟）里分别采集被试的唾液样本，并且让被试在此期间完成问卷（情绪评定、任务评价和特质沉思），然后阅读中性材料。实验发现，第一阶段的被试均出现显著的唾液“可的松”反应，特质沉思和实验条件的交互作用会预测男性被试回忆

应激源时候的“可的松”反应。结果表明，与应激相关的特质沉思与“可的松”分泌反应相关，即被试回忆应激事件会出现应激反应，同时从心理应激源中恢复过来也更慢。

理论应用

当发生烦恼事件时，反复回忆无疑会加重事件本身带来的应激程度，因为回忆会让你不断重复当时的情绪状态。那么如何控制烦恼事件不在脑海里出现呢？

1. 选择性遗忘

自从弗洛伊德在20世纪早期提出“人类可以有意控制并忘记不愉快的记忆”这个假设后，争议就一直存在。瓦尔德豪泽（Waldhauser）等人（2009）在一项神经影像研究中证明了弗洛伊德的假设是正确的。他们认为，个体控制记忆的方式与控制运动冲动的方式是一样的。例如，我们可以即刻指示大脑不要去接从桌上掉落的仙人掌。瓦尔德豪泽等人（2009）在实验室里进行了相关测试，他们让志愿者练习遗忘或者尝试忘记一些事件。通过脑电图扫描得到的测量数据发现，当我们抑制一段记忆的时候，大脑的激活区域与我们在遏制运动冲动的活跃区域是一样的。既然我们可以训练自己抑制运动冲动，我们就同样可以通过训练来遗忘一段经历。

2. 暴露与宣泄

除了选择忘记，还有一种方式是直面事件本身。对创伤性事件的回忆是一种宣泄过程，彭尼贝克（1997）通过回忆和暴露来治疗心理创伤，结果发现，回忆一段创伤性情感经历并进行书面描写或者口头描述都

能改善个体的心理状态。书写表达可以帮助个体组织和重构创伤性记忆，以便形成更加适应的对自己、他人和世界的认知。除此之外，书写表达可能为暴露痛苦和创伤性经历创造条件，为消极情绪的宣泄提供一种安全而简便的方式。

应用案例

2008年汶川地震刚发生时，一些媒体不遗余力地报道灾难发生场面，采访在救灾过程中发生的故事。但是部分媒体人在挖掘受灾人物身上的新闻价值时，可能较少考虑强迫反复回忆事情发生的经过给当事人带来的伤害。

“可乐男孩”成为媒体采访的重点对象。他一遍遍地向来自全国各地的记者讲述当时要可乐的原因。记者不满足于此，于是他被埋在废墟中80小时，和同学一起报数、唱歌、聊家常的细节都被“挖”了出来。

点评：刚经历过重大事件的当事人本来应激程度就很高，在没有专业人士指导下贸然扒开当事人的“伤口”，毫无疑问会造成对当事人的二次伤害。回忆灾难发生的情况，会让个体犹如再经历一次当时的情景，痛苦的情绪再次席卷内心，严重者将会出现严重的身心反应。许多患上创伤后应激障碍的人很容易反复回忆事件发生时候的情景，从而造成更加严重的身心障碍。对于案例中遭受地震的受害者，首先需要的就是避免让他们过度回忆事件，将他们带离当时的情景和情绪，并接受专业人士的心理援助。

应激的免疫系统

——心理弹性

不论是面对重大的生活事件，还是日常琐事，抑或仅仅对曾经发生过的烦恼事件的回忆，都可能会造成个体的应激反应。那有没有一种方式或方法可以保护个体在面对应激事件时候少受伤害呢？前面提到的支持是一种非常有效的方式，本节将介绍一种与个体自身更密切相关的概念——心理弹性（**resilience**，又称心理韧性、复原力、抗逆力）。

理论介绍

心理弹性概念最早由美国心理学家安东尼（**Anthony**）于20世纪70年代提出，经30余年发展，现已成为国际心理学界研究的热点问题，并在心理学、临床医学、教育学、护理学等学科受到越来越多的重视。心理弹性指个体在应激事件中适应良好的过程，即一种动态过程。心理弹性既存在个体先天生物特质的差异，也受到后天环境、教育与训练的影响。

路特（**Rutter**）提出，心理弹性是一个动态的过程，是与危险因素产生交互作用的因素或保护过程（**Rutter, 1987**）。它涉及两个关键性因素——危险性因素和保护性因素。危险性因素是指阻碍个体正常发展，使个体更容易受到伤害而得到不良发展结果的生物的、心理的、认知的环境方面的因素。这一概念已经被研究者广泛接受和研究，特别是在

面对应激、逆境、挫折、创伤等处境不利儿童的研究中，更是备受关注。保护性因素是指能够促进儿童或青少年良好适应的人格、社会以及体制等方面的各种因素和资源，包括个体、家庭、社会中的影响因素。通常分为个体内部变量和环境变量两类。

危险性因素和保护性因素是如何作用于个体，从而使得个体获得心理弹性，并且在应激事件发生时产生作用的呢？理查德森（Richardson）提出了心理弹性的过程模型（见图4-5），描绘了个体在遇到大的应激事件时积极健康应对的整个过程。拥有心理弹性特质的个体，在遇到重大创伤时，通过与环境的复杂互动，最终获得了积极的适应性结果。根据心理弹性的过程模型，在任一时间点上，个体存在一个偏好的身心平衡区域，即身心灵感受舒适的适应状态，它可能是良性的也可能是非良性的，这一平衡态时刻受内外环境的压力、危机等的影响。

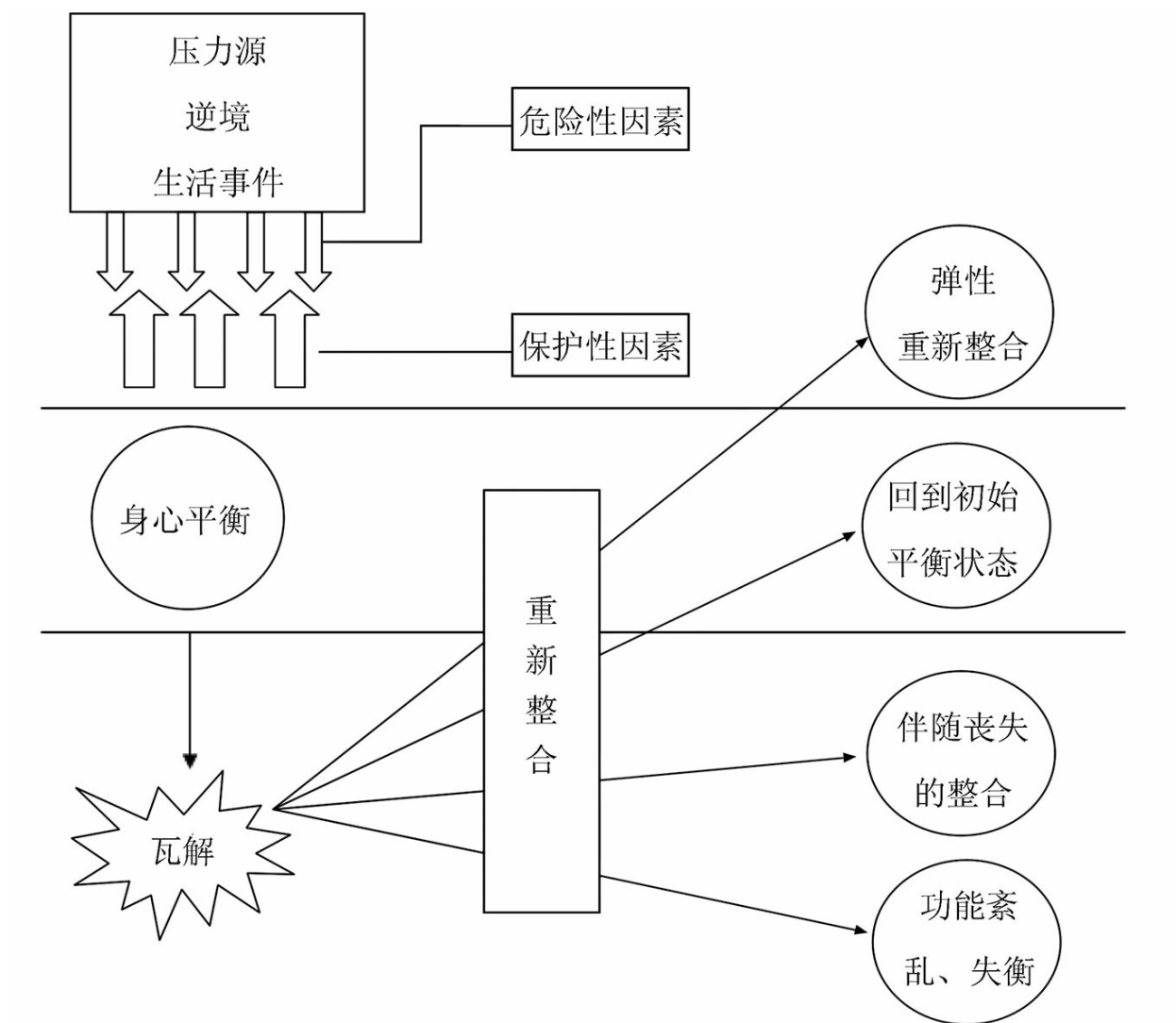


图4-5 心理弹性的过程模型

理查德森（2002）认为，个体是通过破坏和重整身心的平衡过程来培养和增强心理弹性的。个体在应对压力的过程中，会调动各种保护性因素抵抗应激以维持平衡。若压力过大、抵抗无效时，平衡态瓦解，个体不得不改变旧有的认知模式，并体验到迷惑、恐惧等情绪，随后会有意识或无意识地开始重新整合以达到新的平衡态。尽管在理论上，几乎所有的身心平衡态的破坏都可能导致促进个体成长的结果，但在现实中，破坏平衡态的结果也可能是消极的。身心的平衡状态被破坏所致的结

果通常可分为四种情形：

①心理弹性重整。当个体能够通过平衡态的瓦解而经历内省、体验到成长时，这就会是一个发现、培养和增强心理弹性品质的反思过程。这一积极过程导致获取新的心理弹性品质或强化已具有的心理弹性品质，同时个体达到更高水平的平衡态。

②重归平衡态的重整。若个体为逃避平衡态被打破而依然停留在舒适的适应状态，那么个体仅仅经历了一次平衡态的破坏而已，拒绝变化而失去成长的机会。

③伴随丧失的重整。个体因为压力而被迫放弃原有的希望、动机或动力，伴随着丧失而整合到更低水平的平衡态。

④功能紊乱的重整。个体在应对压力时，通过愤怒、不信任、破坏性或不健康行为来解决问题，处于功能紊乱的失衡状态。

理查德森的理论模型提示人们，在应对应激或危机的过程中，只有在保护性因素强于危险性因素的转折点上，个体才会适应良好。人们要为个人完成生命中的重要成长转折点而创造机会、获取资源，并不断培养和增强心理弹性以促进其良性循环。

研究支持

韦纳（Werner）和史密斯（Smith）进行了一项长达32年的追踪研究，探讨了考艾岛上高风险儿童（贫穷、父母不和、精神病遗传、围产期应激等）的保护性因子的长期效应（Werner & Smith, 1992）。研究者非常重视高风险儿童在应激事件中存在的保护性因子以及早期的风险性因素和保护性因素对他们成长产生的作用。结果发现，对于高风险儿

童，破坏性的风险性因素似乎对其中三分之一的人没有伤害。究其原因，研究者发现有两个主要的特征可以解释这些儿童的心理弹性：一是他们天生外向，二是他们能够调用支持资源（婴儿时期得到较好的照顾，智力和自我价值的知觉也可促成积极结果的产生）。其他三分之二的高风险儿童在儿童时期或者青少年时期确实出现了明显的生活问题。但是他们到了三十五六岁时，他们从生命早期面对的挑战中“恢复原状”了。随着时间的推移，超过80%的原本高风险的人恢复了原状。那些具有心理弹性的人中的大多数，把他们的心理弹性归因于关爱他们的一名成人的支持（如家庭成员、邻居、老师或指导者）。

路特（1995）对一百多名来自精神病家庭的儿童长达十年的追踪研究发现，大部分儿童并没有受父母的影响，而是过着正常的生活。尽管面对很多不利的危险因素，但是由于自身的保护性因素，个体在成长过程中也能保持平衡的状态。

有研究者则采用问卷调查法，以马来西亚社会经济地位较低的青少年为研究对象，探讨了应激源、心理弹性资源和幸福感三者之间的关系（Noor & Alwi, 2013）。所有被试来自四所中等学校。被试选取标准为：家庭背景不好（社会经济地位低或者家庭破裂）——高应激源；学业成绩好——高幸福感。最后共挑选出197名12—16岁的被试，其中男生75名，女生122名。研究者采用生活事件量表、问题问卷测量应激水平，采用国际人格题库（IPIP）、母亲—儿童互动量表、多维领悟社会支持量表（MSPSS）、学校一致感量表、教师支持量表测量个体心理弹性资源，采用简易多维学生生活满意度量表（BMSLSS）和一般健康问卷（GHQ）测量个体的幸福感。结果发现，心理弹性高的青少年在定义心理弹性资源的量表上的得分显著高于心理弹性低的青少年。结构方程

模型结果也表明，心理弹性资源在应激源的幸福感的中介作用。由此可见，心理弹性能够缓解应激对个体造成的不利影响，从而提高个体的幸福感。

理论应用

不论是遭遇亲人的离世，还是在重大自然灾害面前，人们会悲伤或者痛苦一段时间，但是大多数人在一段时间过后都会自己慢慢恢复，这其中起作用的就是心理弹性。面临应激性事件时，心理弹性有助个体恢复到正常状态。在这一过程中，保护性因素和危险性因素共同影响个体重新整合到平衡状态的程度。危险性因素或许不能避免，但是保护性因素能加以利用，让个体在应激性事件面前能够更好地恢复原状。以下是马斯滕（Masten）和里德（2002）提出的广泛性儿童和青少年心理弹性的保护性因素。

1. 儿童自身的保护性因素：①良好的认知能力，包括问题解决和注意力管理技能；②婴儿期是容易型气质类型；后来发展成适应性人格；③积极的自我觉知；自我效能感；④有信念和生活中的意义感；⑤对情绪唤醒和冲动有良好的自我调节能力；⑥有被自己和社会重视的才干；⑦良好的幽默感；⑧对他人有普遍的吸引力或魅力。

2. 家庭中的保护性因素：①与负责养育的成人的亲密关系；②权威型的家庭教养（高温暖、高结构性/监控性及高期望）；③父母之间分歧很少的积极家庭环境氛围；④有组织的家庭环境；⑤接受过高等教育的父母；⑥父母具有儿童时期的自身保护性因子；⑦父母参与儿童教育；⑧社会经济优势；⑨家庭内关系或其他关系；⑩与有能力、亲社会的

和支持性的成人的亲密关系；与亲社会及遵守规则的同伴的关系。

3. 社区内的保护性因素：①高效能的学校；②与学校、俱乐部等亲社会组织联系；③高“集体效能”的邻居；④高水平的公共安全；⑤良好的紧急社会服务；⑥良好的公共健康和卫生保健的可获得性。

通过儿童自身以及来自家庭和周围生活环境而获得的保护性因素，都有利于儿童的心理弹性的培养。童年经验对一个人的成长影响深远，童年时期获得保护性因素多，心理弹性发展好，往后就有利于个体在面对应激事件产生的压力时候维持身心平衡，不至于因为心理失衡而产生极端思想和引发极端行为。

应用案例

史玉柱，1962年9月15日生于安徽省蚌埠市怀远县。1992年，史玉柱创办巨人集团，逐渐发展成中国第二大民营高科技企业。1994年，史玉柱开始进军保健品领域，推出“脑黄金”等产品。1997年，因一连串盲目扩张的决策失误和兴建巨人大厦造成资金链断裂，巨人集团盛极而衰，欠下2.5亿元的债务。史玉柱沦落为“全国最穷的人”。1999年，史玉柱再度创业，他带领一批巨人旧部开展“脑白金”保健品业务，在短短的两年时间内，“脑白金”创造了销售奇迹。2001年，史玉柱还清了2.5亿元债务，并将“敢于承担个人责任”写进新巨人集团的经营理念。

点评：坚持不懈是心理弹性的一种保护性因素，它能使人从困难和停滞不前中恢复斗志，继续向前。心理弹性强的人，内心十分强大，不轻易陷入崩溃的状态，这让他们在面对困难和打击时更多考虑的是解决

方案，关注的是事情的过程，对于结果的成败并不太在意。也正是史玉柱有这种品质，这种信念，才有了日后的东山再起。

参考文献

陈树林，郑全全. (2000). 应激源、认知评价与抑郁障碍的关系研究. 中国临床心理学杂志, 2 (2), 104-106.

贾晓波. (2001). 心理适应的本质与机制. 天津师范大学学报：社会科学版, 1 (1), 19-23.

任南，刘宝英，胡奇胆. (2006). 职业紧张与高血压危险因素的作用. 中国公共卫生, 3 (4), 343-344.

章明明，张积家. (2005). 心理冲突与应激水平、主观幸福感关系研究. 华中师范大学学报：人文社会科学版, 44 (4), 116-119.

Brady, J. V., Porter, R. W., Conrad, D. G., & Mason, J. W. (1958). Avoidance behavior and the development of gastroduodenal ulcers. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 1 (1), 69-72.

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. Psychological Review, 103 (4), 670-86.

Glynn, L. M., Christenfeld, N., & Gerin, W. (2007). Recreating cardiovascular responses with rumination: The effects of a delay between harassment and its recall. International Journal of Psychophysiology, 66 (2), 135-140.

Konnikova, M. (2013) . The Limits of Self-Control: Self-Control, Illusory Control, and Risky Financial Decision Making. Doctoral dissertation, Columbia University.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) . Stress, appraisal, and coping. Springer Pub. Co.

Lazarus, R. S., Speisman, J. C., Mordkoff, A. M., & Davison, L. A. (1962) . A laboratory study of psychological stress produced by a motion picture film. *Psychological Monographs*, 76 (34) , 1–35.

Manack, A. N., Serrano, D., Turkel, C. C., Lipton, R. B., & Bus e, D. C. (2013) . Major life events, stress appraisal, and migraine : results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) study. *Journal of Headache & Pain*, 14 (1) , 9.

Masten, A. S., & Reed, M. J. (2002) . Resilience in development. In: CR Snyder, SJ L ó pez (Eds.) , *Handbook of positive psychology* (pp.74–88) .

McNamara, S. (2000) . Stress in young people: what' s new and what can we do. Continuum International Publishing Group Ltd.

Noor, N. M., & Alwi, A. (2013) . Stressors and well-being in low socio-economic status malaysian adolescents: The role of resilience resources. *Asian Journal of Social Psychology*, 16 (4) , 292–306 .

Pennebaker, J. W. (1997) . Opening up: The healing power of expressing emotions. Guilford Press.

Richardson, G. E. (2002) . The metatheory of resilience and re

siliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (3) , 307–321.

Rutter, M. (1987) . Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3) , 316–331.

Rutter, M., & Smith, D. J. (1995) . Psychological disorders in young people : Time trends and their causes. Wiley.

Segal, S. K., Simon, R., Mcfarlin, S., Alkire, M., Desai, A., & Cahill, L. F. (2014) . Glucocorticoids interact with noradrenergic activation at encoding to enhance long-term memory for emotional material in women. *Neuroscience*, 277 (10) , 267–272.

Shang, C., Liu, Z., Chen, Z., Shi, Y., Wang, Q., Liu, S., Li, D., & Cao, P. (2015) . A parvalbumin-positive excitatory visual pathway to trigger fear responses in mice. *Science*, 348 (6242) , 1472–1477.

Totman, R., Reed, S. E., & Craig, J. W. (1977) . Cognitive dissonance, stress and virus-induced common colds. *Journal of Psychosomatic Research*, 21 (1) , 55–63.

Waldhauser, G., Johansson, M., & Lindgren, M. (2009) . Effects of preceding trials and the number of suppression attempts on the electrophysiological correlates of memory suppression. *Psychophysiology*, 46 (4) .

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992) . Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Cornell University Press.

Zoccola, P. M., Quas, J. A., & Yim, I. S. (2010) . Salivary cortisol responses to a psychosocial laboratory stressor and later verbal

I recall of the stressor: The role of trait and state rumination. *Stress*, 13 (5) , 435–443.

05

人格与健康

导致疾病的原因是多种多样的，既有生物因素的影响，又有社会因素的影响，而本章我们所强调的是另一个不容忽视的因素——人格。自19世纪50年代末以来，人格与健康的关系成为行为医学和健康心理学研究的主要内容之一。我们可以看到，不同人格的个体会形成不同的行为模式和认知模式。同时，我们的人格特征或人格类型对健康可能起着保驾护航的作用，例如拥有坚韧性人格的个体往往能够更好地应对外界事件，高自我效能感的个体也普遍更健康。我们在本章中所列举的研究是希望读者能更好地认识到人格与健康之间的关系，并为预防和治疗部分疾病提供一些启示。

冠心病风险 ——A型性格

1959年，几位美国心脏病专家在他们的临床研究中发现了冠心病病人具有一种非常典型的行为模式（Friedman & Rosenman, 1959）。这一发现源于弗里德曼（Friedman）对细微之处的仔细观察。一次，弗里德曼让人为他候诊室里的沙发重做皮套，负责维修的人告诉他，这些沙发的前边缘部分磨损得特别快，似乎这些病人都只坐沙发的前边缘。这暗示着大部分心脏病患者习惯准备随时起身，在候诊时也急不可待。这一现象促使弗里德曼怀疑这些心脏病患者的总体行为可能有些特异之处，继而对此展开了深入研究，最终提出了A型行为模式（又称A型性格）。这一概念的提出使得有效发现心脏病潜在人群和预防高危人群的心脏病发作成为可能。

理论介绍

弗里德曼和罗森曼（Rosenman）总结的A型性格具有6种基本特征：①强烈持久的目标动机；②处处追求完美的内在倾向；③强烈持久的追求赞誉与进步的欲望；④连续卷入多项事务，挑战极限压力；⑤习惯于突击完成工作；⑥经常特意地使自己的心理与身体处于机警状态。

总结起来，A型性格集中体现两大心理行为特征：过强的时间意识和过强的竞争意识。同时，他们也提出了B型性格，其特点与A型性格

完全相反。B型性格的人并不具备强烈的内驱力、进取心、时间紧迫感，也缺乏对竞争的渴望以及最后压力的期限。

研究发现，A型性格者的注意力比B型性格者更具有抗干扰性，他们的注意力总是集中于与手头工作有关的刺激，而较少注意工作之外的边缘刺激（Humphries, Carver, & Neumann, 1983）。他们长时间集中注意力在自己的事情上，但是由于对事情的长时间关注，他们会忽视边缘刺激包括忽视自己身体的不适，最终会延误对自身疾病的觉察，甚至当医生建议其适当休息以消除疲劳时，他们也可能很少照办。因此，A型性格者因长年累月处于准备或正在工作的状态，他们的头脑也长期维持着对工作的觉醒水平，因此他们的心血管系统也常处于过度紧张的状态，严重者可能会危及生命。

研究支持

罗森曼等人（1975）为了研究A型行为与冠心病之间的关系，共招募了3524名年龄在39—59岁的中年男性雇员为被试。他们首先对被试进行深入详尽的医学检查，如血压、血清胆固醇浓度等，然后运用A型行为的结构化访谈将被试分成A型行为类型组和B型行为类型组，在此后的八年半时间里他们对被试的健康状况进行追踪。

为了解被试的A型行为，研究者常常会从时间紧迫感，高度的敌意和侵犯这三个方面来访谈被试。例如，访谈者问：“当你和别人玩游戏时，你是为了娱乐，还是为了要赢？”同时，还特别设计了一些访谈的程序以刺激A型行为的发生。例如，访谈者会缓慢地询问：“大多数人因为工作，早上必须起得很早。像你这样的特殊情况，唔……什么时间…

...唔.....通常地.....唔.....你在.....唔.....唔.....唔.....什么时间起床？”如果对方是一个A型行为类型的人，早就迫不及待地打断访谈者的话并说出答案了。结构化访谈的过程将被录音或录像，并由专业人员进行评分。

在最初的医学检查中，研究者就发现，A型行为组有80名被试患有冠心病，而B型行为组有33名被试患有冠心病。在此后的八年半时间里，A型行为组患冠心病人数上升至178名，B型行为组患冠心病人数上升至79名。而通过统计方法排除年龄、吸烟、血压、血清、胆固醇浓度等因素的影响之后，这个比例仍然没有改变，这说明A型行为是冠心病发病的较强的预测因素。

之后又有许多研究支持了“A型行为是引起冠心病的一个危险因素”这一观点。如海恩斯（Haynes）等人（1980）针对1674例白领和蓝领工人开展的八年追踪研究发现，A型行为是预测45—64岁男性心绞痛和心肌梗死发生及同龄女性心绞痛发生的独立因素。比利时—法国协作研究组（Belgian-French Pooling Project）于1984年的研究中也得出了同样的结果，A型行为者患冠心病的相对危险度是B型行为者的2.2—2.8倍。我国研究者何耀和李兰荪（1991）对经冠脉造影确诊为冠心病者与非冠心病人群进行的对比研究发现，男性发生冠脉病变的相对危险性，A型比B型高6.33倍，女性则高5.05倍；A型与B型相比，发生心绞痛的相对危险性高7.1倍，发生心肌梗死的危险性高5.73倍。

理论应用

A型性格者因为易怒、易躁、易激动，容易引发冠心病。因此，在

行为干预这一领域中，研究者也积极地使用不同的心理治疗方法对个体的A型行为进行预防矫正，从而降低其患冠心病的风险。下面将详细介绍几种方法：

1. 针对“匆忙症”的自我训练

①应该建立一个新的习惯，每天定时记录自己的匆忙事例，并检查出现匆忙的原因，每周小结一次，以便找出克服匆忙事例的方法。

②听人谈话时，应该学会保持安静，不要打断他人说话。

③放弃同时思考多种问题或从事多种动作，要记住即使是爱因斯坦，当他系鞋带时也只是想“打结”而已。

④当你去理发或其他需要等待的地方时，带上几本书或杂志，这样你可以看书消磨等待的时间，而不至于焦躁不安。

⑤如果发现你前面的行人或自行车、汽车的速度太慢时，要迫使自己不要去超过它。

2. 移情训练

A型性格的人不能总是把自己投入工作中，要学会给自己减压，多培养广泛的兴趣爱好，多一些活动时间。多让自己静下来，平时可通过写书法、养花、钓鱼这种需要耐心投入的活动来培养自己平心静气的性格。也就是说A型性格的人在焦虑时可暂时把注意力逐渐转移到感兴趣的方面，以抑制冲动。

知识拓展

A型行为测量

1. 我常常力图说服别人同意我的	31. 我觉得世界上值得我信任的人
------------------	-------------------

观点	实在不多
2. 即使没有什么要紧事，我走路也很快	32. 对未来我有许多想法，并总想一下子都能实现
3. 我经常感到应该做的事情很多，有压力	33. 有时我会说人家的闲话
4. 即使决定了的事，别人也很容易使我改变主意	34. 尽管时间很宽裕，我吃饭仍然很快
5. 我常常因为一些小事大发脾气或跟人争吵	35. 听人讲话或做报告时我常想还不如我来讲
6. 遇到买东西排长队时，我宁愿不买	36. 即使有人冤枉了我，我也能够忍受
7. 有些工作我根本安排不了，只是临时挤时间去做	37. 我有时会把今天该做的事拖到明天去做
8. 我上班或赴约会时，从来不迟到	38. 人们认为我是一个干脆、利落、高效率的人
9. 当我正在做事时，谁要是打扰我，不管有意无意，我都非常恼火	39. 有人对我或我的工作吹毛求疵时，很容易挫伤我的积极性
10. 我总看不惯那些做事慢条斯理、不紧不慢的人	40. 我常常感到时间晚了，可一看表还早呢
11. 有时我简直忙碌得透不过气来，因为该做的事情太多了	41. 我觉得我是一个非常敏感的人
12. 即使跟别人合作，我也总想	42. 我做事总是匆匆忙忙的，力图

单独完成一些更重要的部分	用最少的时间办最多的事情
13. 有时我真想骂人	43. 如果犯了错误，我每次都愿意承认
14. 我做事喜欢慢慢来，而且总是思前想后	44. 坐公共汽车时，我总觉得司机开车太慢
15. 排队买东西时，要是有人插队，我就忍不住指责他或出来干涉	45. 无论做什么事，即使眼看着别人做不好，我也不想替他分担
16. 我觉得自己是一个无忧无虑、追求自在的人	46. 我常常为工作没做完一天又过去而忧虑
17. 有时连我自己都觉得，我所操心的事远远超过我应该操心的范围	47. 很多事如果由我来负责，情况要比现在好得多
18. 无论做什么事，即使比别人差，我也无所谓	48. 有时我会想到一些坏得说不出口的事
19. 我总是不能像有些人那样，做事不紧不慢	49. 即使受工作能力和水平很差的人领导，我也无所谓
20. 我从来没想过要按照自己的计划办事	50. 必须等待的时候，我总是心急如焚，像热锅上的蚂蚁
21. 每天的事都使我的神经高度紧张	51. 当事情不顺利时我就想放弃，因为我觉得自己能力不够强
22. 在公园里赏花、观鱼时，我	52. 假如我可以不买票白看电影，而且不会被人发现，我可能会这

总是那个最先看完的人	样做
23. 对别人的缺点和毛病，我常常不能容忍	53. 别人托我办的事，我只要答应了，从不拖延
24. 在我所认识的人里，个个我都喜欢	54. 人们认为我做事很有耐性，干什么都不会着急
25. 听到别人发表不正确的见解时，我总想立即纠正他	55. 约会或乘车、船时、我从不迟到，如果对方迟到了，我会恼火
26. 无论做什么事，我都比别人快一些	56. 我每天看电影，不然心里就不舒服
27. 当别人对我无礼时，我会立即以牙还牙	57. 许多事本来可以大家分担，可我喜欢一个人去干
28. 我觉得我有能力把一切事情办好	58. 我总觉得别人对我的话理解太慢，甚至理解不了我的意思
29. 聊天时，我也总是急于说出自己的想法，甚至打断别人的话	59. 人家说我是个厉害的、暴躁的人
30. 人们认为我是一个相当安静、沉着的人	60. 我比较容易看到别人的缺点，而不容易看到别人的优点

计分方法：

该问卷由60个条目组成，由被试根据自己的实际情况填写问卷。在每个问题后面，符合时回答“是”，不符合时回答“否”。问卷内容包括三部分：“TH”（time hurry）25题，反映时间匆忙感、时间紧迫感和做事快等特征；“CH”（competitive, hostility）25题，反映争强好

胜、敌意和缺乏耐性等特征；“L”（lie detection）10题，为测谎题。

“TH”的25题中，第2、3、6、7、10、11、19、21、22、26、29、34、38、40、42、44、46、50、53、55、58题答“是”和第14、16、30、54题答“否”的，每题记1分。

“CH”的25题中，第1、5、9、12、15、17、23、25、27、28、31、32、35、39、41、47、57、59、60题答“是”和第4、18、36、45、49、51题答“否”的，每题记1分。

“L”的10题中，第8、20、24、43、56题答“是”和第13、33、37、48、52题答“否”的，每题记1分。

应用案例

与“A型性格”相对的则是“非A型性格”：在工作中没那么强势，比较温和，会在工作和生活之间找到一种平衡。“非A型性格”员工在工作反应能力等方面可能不如“A型性格”员工那么强，对工作的狂热程度也没有“A型性格”那么高，但由于不过分强调自己，因而更有团队合作精神。

如今越来越多的人希望成为“非A型”员工。“在后工业时代，工作让人像火箭一样疲于奔命，身体应对已经超负荷，很多人便希望在适当的时候停一停自己的脚步，进入一种积极的慢生活状态。他们的生活目标已不再是创造无限财富，而是更看重生活的意义。”心理学家分析道。

[资料来源：广日．职场新宠——“非A型性格”员工．劳动保障世

界，（12），36.]

点评：“A型性格”的员工一般是“工作狂”型的员工，他们有远大的抱负，相信自己能够解决工作中的问题，有明确的目标，喜欢主动迎接挑战和压力，全身心地投入工作。但往往在生理或心理出现问题时，这种性格类型的人不会放下工作主动求医，而是一直死撑，这也就导致A型性格的人更容易患冠心病或心肌梗死。所以A型性格的人，最需要锻炼自己的耐性并学会控制自己的情绪。

癌症预警 ——C型性格

目前的研究认为，癌症的发生是一个复杂的过程而且受诸多因素的影响。随着科技水平的提高，医学模式逐渐从传统模式转变为生物—心理—社会模式，人们逐渐认识到心理因素在癌症的发生和发展中的作用。英国学者格里尔（Greer）等人（1979）的研究发现，癌症患者有某些人格特征，这些特征易使人患癌症。这一结论得到了巴楚斯克（Baltrusch）等人（1988）的支持，他们进一步提出了癌症易感性行为特征，即C型行为模式，也称为C型性格。

理论介绍

巴楚斯克等人所提出的C型行为模式的主要特征是：内心的痛苦不向外表达，过分压抑自己的负性情绪；倾向于悲观消极，易产生失望、无助的感觉；谦虚、息事宁人、容易满足、过分忍让，生活中没有主意和目标，这些个体常因无力应对生活压力而感到绝望和孤立无援。具有C型行为模式的肿瘤患者一旦确诊之后容易悲观失望，丧失生活的信心。

C型行为模式中有两个主要的特征较容易导致个体患上癌症，一是不表达自己的感情和情绪，如愤怒、害怕和焦虑；二是不能适当地应对压力，倾向于发展出无助、失望和抑郁的情绪。有研究表明，不表达愤

怒情绪对乳癌是致命性的（Morris & Greer, 1980）。也有研究曾指出，胃癌病人倾向于不表达愤怒，把愤怒的情绪控制住藏在心里（徐震雷，李心天，韩冰，刘军，唐树森，1995）。

此外，具有C型行为模式的人，即使与其他人经历相似的生活事件，他所体验到的应激性生活事件的频度和强度也可能增加，从而引起过分应激。C型行为作为一种个性特征，影响着机体对应激的评价和应对，进而影响应激反应的类型和强度（Reiche, Nunes, & Morimoto, 2004）。机体内外部环境中的应激（包括急性和慢性应激）可引起人体神经内分泌的变化，从而引起免疫功能发生改变，进而诱发癌症的发生。

研究支持

癌症对人类生命健康的威胁引起了生物学家、医学家、心理学家、社会学家的关注，大家共同致力于癌症的病因学和诱发因素的研究，以更好地促进人类对于癌症的预防。目前的研究认为，癌症的发生是一个复杂的过程而且受诸多因素的影响。下面我们来看C型行为模式与癌症之间的关系。

C型行为的人有易发癌症的倾向，这已为许多相关研究所支持。巴楚斯克等人（1988）研究发现，具有C型行为的人其癌症发生率比非C型行为的人群高3倍以上。乔文达和张瑶（1997）用C型行为量表调查了67例确诊的胃癌患者，并与67例年龄、性别、文化、职业1：1匹配的正常对照组比较发现，胃癌组抑郁量表分、焦虑量表分、愤怒量表分和愤怒压抑量表分均高于对照组，结果显示胃癌组患者有较高的C型行为倾向。另外，王丽梅等人（2012）采用C型行为量表探讨食管癌患者的行

为特征，总共调查了208例食管癌患者与210例非食管癌患者，结果发现食管癌患者相比非食管癌患者具有明显的C型行为特征。

行为因素可以通过神经内分泌系统降低机体的免疫功能，进而导致癌症。C型行为模式会影响内分泌系统的作用，进而降低个体的免疫功能。姚丽萍、尹利华和刘立娅（2002）曾采用C型行为量表对66例癌症患者（男性42例，女性24例）进行研究，结果发现，癌症患者的细胞免疫功能处于免疫抑制状态，癌症患者在行为、情绪、焦虑、抑郁、愤怒向内等方面具有C型行为倾向。

汪晓炜等人（2008）则探讨了胃癌患者的心理行为因素对各免疫指标（IgG、IgA、IgM、C3、CD3+、CD4+、CD8+、NK细胞含量）的影响。在研究中，研究者将被试分为胃癌组（70例）、正常对照组（70例）。所有胃癌组患者在手术前和正常对照组均完成C型行为量表，并同时抽取静脉血检查免疫全套和NK细胞含量。结果发现，胃癌组在焦虑、抑郁、愤怒、合理化、控制和愤怒向内等因子得分均明显高于正常对照组，而在愤怒向外、乐观、社会支持等因素得分明显低于正常对照组。在免疫指标方面，胃癌患者外周血IgG与IgA的含量、T淋巴细胞亚群CD3+、CD4+及NK细胞含量显著低于正常对照组。这说明胃癌患者的心理行为特征与C型行为特征密切相关，C型行为因素对胃癌患者的免疫起着不可低估的作用。

理论应用

C型性格的人特别容易出现不良情绪，如焦虑、愤怒、忧伤等，同时感觉自己无所依靠、无能为力，对不幸之事内心体验深刻，过分忍耐

，因而长期处于压抑状态，乃至不敢正视矛盾，郁郁寡欢。这种状态难免会使免疫功能下降，因而各种代谢机能发生障碍，诱发各种癌变。所以在平时的生活中，我们要特别注意自己的情绪，避免C型性格的养成。

1. 学会排解不良情绪

有不良情绪时，如果不能选择直接表达出来，可以选择找人倾诉、写在日记里或者通过其他方式宣泄。切不可一直将情绪压在心里，将愤恨泄在自己身上。

2. 改变不合理认知

有句话说，问题本身不是问题，如何看待问题才是问题。确实，有时转变自己看问题的角度就能海阔天空。C型性格的人需要改变自己看问题的角度，改变自己的不合理认知，比如别人不喜欢自己，不能把它归结为自身的问题，要想“我也有不喜欢的人，可见谁也不能做到人人都喜欢”。这样改变自己的不合理认知之后，就不会那么追求完美，跟自己较劲。

3. 进行心理治疗干预

对于癌症患者来说，心理治疗干预在临床中所起的作用也越来越重要。心理治疗干预虽然是在常规的生物治疗以外附加的一种方法，但是有研究显示，心理干预能够有效地帮助癌症病人改善情绪，提高生活质量（王建平，2000）。下面介绍几种对癌症病人的心理治疗干预方法：

①行为训练。行为训练可帮助肿瘤病人减轻心理应激和躯体并发症，干预技术有渐进性肌肉放松、催眠、生物反馈、主动放松和指导性想象（GI），如想象愉快的情绪和想象自己的免疫系统正在杀伤靶细胞。

刘艳等人（2001）按照随机匹配原则，将40名乳腺癌患者分入干预

组和对照组，对干预组患者进行为期4周的心理行为干预，干预措施如下：首先，介绍乳腺癌及免疫系统的一般生理知识，就放疗中的不良反应及相应的健康行为方式等问题进行讨论。其次，进行行为训练，每周2次，每次40分钟，包括程序性肌肉放松和内外境想象两部分，行为训练以播放磁带进行言语指导为主。对照组则仅接受相应的医药治疗。结果发现，心理行为干预有利于提高NK细胞（自然杀伤细胞，是人体重要的免疫细胞）活性，并有助于维持放疗期间患者的白细胞水平。

②音乐治疗。张鸿懿（1999）认为，音乐治疗是以心理治疗的理论和方法为基础，运用音乐特有的生理、心理效应，使求助者在音乐治疗师的共同参与下，通过各种专门设计的音乐行为，经历音乐体验，达到消除心理障碍，恢复或增进心理健康的目的。谢忠和黄钢（2001）曾采用音乐治疗加放松内心意象法，对260例化疗病人进行心理干预，实验结果显示，干预组的病人在化疗中和化疗后的生活质量各维度及总体情况均得到改善，对化疗病人进行干预，可加速肿瘤病人化疗期间和化疗后功能状态的恢复及症状的缓解，缩短化疗导致的不愉快体验的时间。

应用案例

30岁的小雨刚被诊断为乳腺癌，全家人陷入悲痛之中。几天后，着实不解的父亲找到了医生，探讨女儿为何会患上癌症。医生仔细了解了他们的家族病史，小雨平时的性格、表现和生活习惯。小雨从小体质就很好，在学校一直是游泳健将，家族也没发现癌症病史，而且其父是一个对生活十分认真的人，基本上家里没有不良的生活习惯。只是小雨性格比较内向，很少向人透露心事。大学毕业后她在一家企业做财务工作

，工作压力很大，而且精神压力特别大，有时候家人想和她唠唠，她都婉拒说：“没事，我自己的事自己处理。”有几次，小雨因为在工作问题上发生了一些不愉快，也只是自己扛着。这些都是事后父母听她的同事透露的。医生对此分析：癌症是由多种因素长期综合作用而引起的，绝非单一因素所致。除了机体上的一些因素以外，不良心理因素很可能是其中主要因素之一。

点评：《红楼梦》中的迎春是大观园众小姐里最懦弱的一个，她平日不善言辞，不喜欢出风头，时时处处与人为善，处处忍让。结果“金闺花柳质，一载赴黄粱”。迎春应该是C型性格的典型，案例中的小雨就和迎春很相似。这种类型的人遇事总是忍气吞声、逆来顺受，往往过度克制自己，压抑自己的悲伤、愤怒、苦闷等情绪。在生活中，这类人往往属于“大好人”“与世无争”的人。这类人在遇到挫折时，其实内心并不是无怒无恨，只不过是强行对自己进行压抑。C型性格的人首先应多交朋友，开阔心境，遇事及时向朋友倾吐，多参加集体文体活动等；其次，关心自己的同时更关心别人，在别人感到你是有用时，你就会体味自身价值，增强信心；最后，要学会认识自己的长处和短处，要克服回避矛盾和过分忍耐的缺点。如此这般，C型性格的人才能真正走上健康之路。

咬定青山不放松 ——坚韧性人格

“咬定青山不放松，立根原在破岩中。千磨万击还坚劲，任尔东西南北风。”郑燮的《竹石》写出了竹子虽然生长环境恶劣，却能直面风雪、坚持到底的品质。在人类的身上也有这样一种人格特质，它会让我们在面对困难时不轻言放弃，勇往直前！这就是心理学上所说的坚韧性人格（hardy personality）。

理论介绍

科巴萨（Kobasa）在进行有关应激反应的研究中发现，有一些经理人员在高度应激的情景下，由于保持一定的态度而表现出较少的心理和身体的疾病症状（Kobasa, 1979）。于是科巴萨提出了坚韧性人格的概念，用以描述那些体验高度的生活、工作压力，但由于表现出一系列的态度、信念和行为倾向而使自己免于疾病困扰的个体。

坚韧性人格包括相互联系的三个成分：承诺（commitment）、控制（control）和挑战（challenge）。因为承诺、控制和挑战三个英文单词都以字母“C”开头，后来的研究者把它们称之为坚韧性的“3C”结构。承诺是指个体对于生活目的和意义的感知，承诺水平高的人能全身心地投入生活和工作中去，并积极探寻其中的乐趣和意义。控制是指相信命运掌握在自己的手中，个体拥有通过自身的努力来改变生活的信念，并在

这种信念指导下积极行动。挑战是指个体乐于从积极的和消极的经验中学习，把变化当作生活的常态，而不是对自身安全的威胁。

关于坚韧性人格与健康的关系，马迪（Maddi）曾提出一个复杂的坚韧性与健康关系的理论模型（见图5-1），坚韧性模型中同时包含了损害和维护健康的各种因素（Maddi，2002）。

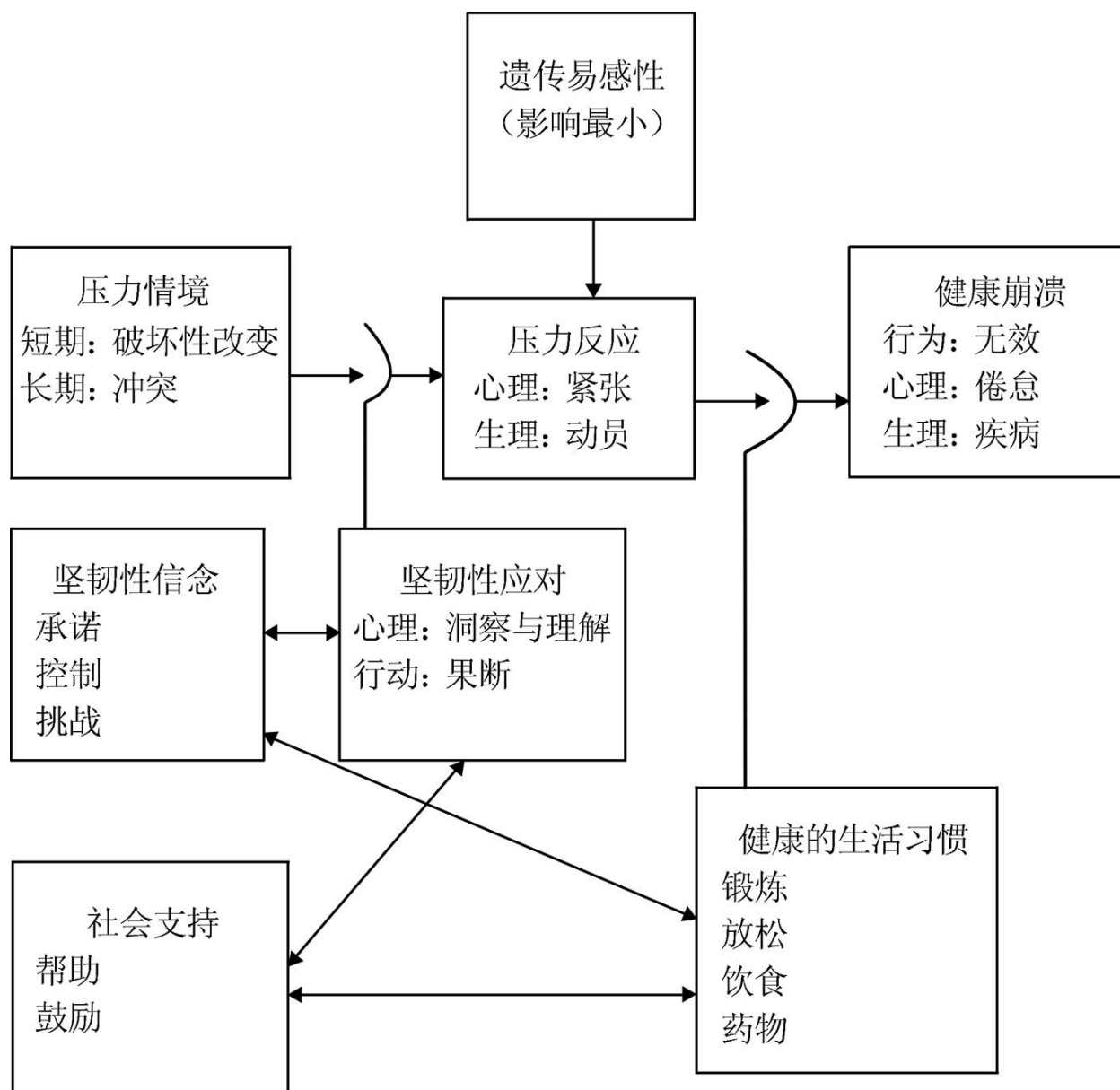


图5-1 坚韧性人格模型

该模型认为，损害健康的因素主要有短期压力和长期压力两种。压力会导致个体心理上的紧张和身体上的能量动员，引发个体强烈的身心反应，个体会做出“战斗或逃跑”反应。当短期或长期压力持续增加时，机体的疲劳感过于强烈或持续时间过长，会耗尽个体的应对资源，个体的健康就有可能崩溃。例如，在经历完一场决定前途命运的大考之后，

有时整个人会进入到一种虚脱状态。但是在应对压力时，个体的身体素质决定了个体所能承受的疲劳程度或疲劳持续时间，一旦超过这个限度，健康的崩溃就成为可能。健康崩溃不仅包括生理疾病，如癌症、心脏病、中风、流行性感冒；还包括心理的症状，如倦怠、焦虑、抑郁等；以及行为上的表现如暴力行为、不能抉择等。

关于健康的维护因素，主要包括三个：坚韧性应对、健康的生活习惯和社会支持，这三个因素构成了一个健康防御系统。

1. 坚韧性应对

坚韧性的信念会让个体产生坚韧性的应对方式，具体是指在面对压力时，个体积极地应对，用一种更广阔的视野来对面临的问题加以理解，从而决定需要采取什么行动。这样个体会正面面对问题，并用果断的行动解决问题。

2. 健康的生活习惯

良好的健康习惯，包括身体锻炼、放松、饮食和药物，它们可以增强机体的抵抗能力和疲劳后自我恢复的能力。比如适当的体育运动除了能降低血压、改善血液循环、促进消化和吸收外，还可以转移对压力的注意力，解除焦虑、抑郁等负性情绪。而一些放松训练如肌肉放松、呼吸放松等能够通过刺激副交感神经系统的活动让大脑和身体平静下来，从而平衡疲劳反应导致的交感神经系统过度唤醒。

3. 社会支持

社会支持是另外一个重要的缓冲变量，它是指在社会生存环境下，个体受到的来自社会各方面的心理上和物质上的支持或援助。坚韧性的态度本身并不对个体的健康产生直接效应，但是它能够促进个体的应对和健康锻炼，从而对于良好健康的维护具有重要的意义。

坚韧性应对、健康的习惯和社会支持等健康维护因素形成一个连锁系统，抵御来自短期和长期压力的攻击。在这个健康维护系统中，各种因素之间的作用是相互的，也就是说坚韧性的信念和社会支持不仅能够促进个体的积极应对方式和健康的生活习惯，而且应对方式和生活习惯能够巩固个体的坚韧性信念和社会支持网络。

研究支持

在坚韧性人格的理论模型中，坚韧性人格对健康的预测作用是通过主动的社会支持、积极的健康锻炼行为和坚韧性应对的使用来实现的。所以，理论上社会支持是坚韧性个体赖以抵御应激的有效资源，然而理论模型是否成立还必须在实践中进行检验。因此，研究者围绕坚韧性人格、社会支持与应激和健康的关系进行了探索。

科巴萨等人（1985）曾采用问卷调查法对坚韧性人格、社会支持、体育锻炼对应激的影响效力进行比较，结果发现，被试中那些处在样本应激水平中数以上的管理者，其坚韧性人格作为降低疾病危险的有效性是社会支持和体育锻炼的两倍。更有趣的是这三种应激调节变量存在协同有效性，即具备两种应激调节变量的管理者好于具备一种的；具备三种的则显著好于只具备两种的。

巴托尼（Bartone）则采用前瞻性设计，以战争压力、坚韧性为自变量，以自诉症状、一般健康状况及创伤后应激障碍为因变量，研究军事人员在各种压力情境下（如执行维和、作战任务）的表现（Bartone, 1999）。结果显示，坚韧性能有效缓解由各种战争压力、文化冲击等所带来的对军事人员身心健康的负面影响。

有研究者针对照顾智障儿的父母的调查也发现，社会支持、坚韧性人格与低应激水平和心理健康呈正相关，这表明社会支持作为外部资源可降低患者父母的心理痛苦水平，但进一步利用层级回归分析发现，控制了坚韧人格变量后社会支持对心理健康无显著意义（Ben-zur, Duvdevany, & Lury, 2005）。

黎少游（2006）采用SCL90和坚韧性量表对大学生进行问卷调查，结果发现，坚韧性人格及其各维度对大学生的心理症状有直接预测作用，即个体的坚韧性水平越高，心理症状越少。这也证明了个体的坚韧性人格对心理健康的保护作用。卢国华（2008）探讨了坚韧性人格如何发挥其对心理健康的作用，发现坚韧性人格不仅可以直接减轻个体的心理症状，还可以缓冲应激带来的消极影响，同时坚韧者更容易感知和利用社会支持，并通过这些有效的外部资源应对困难，保持良好的身心状况。因此，坚韧性人格是帮助个体抵御应激，保护个体身心健康的积极人格资源。

理论应用

既然坚韧性是一种积极的人格品质，它对我们的身体健康有着不可忽视的作用，那么我们是否可以通过训练来提高个体的坚韧性呢？马迪和卡恩（Kahn）曾开展过坚韧性训练的研究（Maddi & Kahn, 1998）。这是一个为期15周的小组辅导，小组内的参训者（实际为公司的管理者）每周要有一次使用训练时的技术来应对压力，并巩固这种坚韧性信念。训练不仅帮助他们相信自己可以解决自身和公司的问题，同时通过“把压力转化为机会”的训练方法来教给他们应对压力技巧。

关于训练方法的细节，第一步参训人员会通过对情境的重建，努力把压力转变为机会。研究者设计的想象练习就是让参训人员找出应对压力的各种选择，以对压力产生一种更深层次的理解。第二步则是让成员制订计划、执行计划、利用反馈、巩固其坚韧性信念。但是如果在第一步中他们对环境的重建没有成功，则使用聚焦技术，找出干扰想象练习的情绪反应，然后再进行第二步的过程。如果情境重建和聚焦技术均没有效果，这个时候要让参训人员把压力看作是一种理所当然的事。为了避免出现内疚情绪，要让参训人员使用自我打气技术，并通过让参训人员成功解救类似困难防止其坚韧性信念受损。结果显示，与对照组相比，接受培训的人不仅坚韧性得分提高，而且工作满意度、社会支持度增加，自诉症状减少，客观应激反应指征降低，这种坚韧性训练的效果至少维持半年。

应用案例

宋代文学家范仲淹自幼失去了父亲。母亲为了使自己 and 儿子得以生存下去，只得改嫁到长山的朱家。

等到范仲淹长到十几岁时，才知道这个父亲并非自己的亲生父亲。范仲淹觉得自己堂堂七尺男儿，改了别人的姓是一种屈辱，说什么也要恢复自己原来的“范”姓，因此他跟养父之间产生了矛盾。他从家里出来，住进了山上醴泉寺的僧房，开始了昼夜苦读。

寺庙里的日子是十分清苦的，而年仅十几岁的范仲淹正是长身体的时候，饭量特别大。每次吃饭时，他端起碗来，仅几口就吃得精光，还没到下一顿就已经饿得头晕眼花，所以看书时无法集中精力。怎么办呢

？想来想去，他想出了个办法，每天早晨煮好一锅稀粥，等到放冷了凝结成粥块之后，他就用刀在上面画个十字，切成四块，早晚饭各吃两块。而下饭的菜呢，更加简单，仅吃一点儿咸菜末儿。

范仲淹在醴泉寺住的这段时期里，读了很多书，懂得了许多道理，长了不少知识。为了开阔眼界，增长自己的见闻，三年过后，他不远千里来到应天府（今河南商丘），进了当时很有名气的南都学舍，拜著名学者为师。起初，他仍然像在醴泉寺时一样，每天早晚还能有稀粥可吃，可是后来连稀粥也供不上了。

每当太阳落山时，他才胡乱吃点儿东西，算是一天的饭。可是他从来没有为吃饭这些问题分心，而是在学习上更加勤奋刻苦了。他为自己制订了严密的学习计划，每天不完成计划决不睡觉。到了严寒的冬夜里，每当学习感到疲倦时，他就用冷水来洗脸，提提精神。学习环境虽然这样艰苦，可是范仲淹却从没有叫过一声苦。

范仲淹凭着这样一股坚定的信念，十年如一日，每日勤学苦练，后来终于取得了成就，成为北宋中期著名的政治家、军事家和文学家。

点评：范仲淹的例子让我们看到中国人的坚韧之志自古就有。坚韧性让个体在面对压力时拥有积极的应对方式、拥有不畏艰难的勇气。如今的青少年大都在“温室”中成长，因此对他们进行坚韧性人格的培养十分有必要。

是坚持还是放弃

——自我效能感

面对失败时，人们往往有两种选择：一种是在失败面前低头；而另一种则是坚信自己能够成功而不断坚持。是什么造成了这种差别呢？心理学家班杜拉和瑟沃尼（Cervone）或许能够解释这种差别，他们提出了自我效能感这一概念，意思是个体对自己是否有能力完成某一行为所进行的推测与判断。个体效能的自我知觉会影响人们的行为选择，决定着人们行为活动的努力程度和坚持性，还会影响到人们的思维模式和情感反应方式。自我效能感自提出之后就成为教育心理学、社会心理学、人格心理学、临床和健康心理学等领域研究的重要内容之一，研究者们围绕着它开展了广泛的研究。

理论介绍

近年来随着生活方式的变换，人们面临着越来越复杂的环境，压力无处不在。自我效能感在压力的调节中起到了重要的作用。一般来说，自我效能感高的个体面对压力情境时很少会焦虑、抑郁、无助。他们的思维更敏捷，有积极的个人信念，有能力和勇气去面对压力。即使不断遭受失败，他们的心态还能一直保持积极状态，并且能力也并不会受到多大影响。他们乐于接受挑战，制定有挑战性的目标。而自我效能感低的个体在面对困难情境时显得很无助，感觉自己无法成功应对。他们采

用消极的应对方式，不能很好地解决问题，反过来又会对自身应对的环境能力产生怀疑。在这个过程中，外部环境和失败经历将对个体的自我效能评估产生很大的消极影响，这会形成恶性循环，使得他们更加没有勇气面对压力情境，更易产生情境威胁感。自我效能感究竟是如何发挥主体作用，如何对人们产生影响的？

1. 自我效能感的主体作用机制

从自我效能感的概念内涵可以看出，它既可以让个体对即将执行的活动是否成功有一个预先的估计，又对活动的执行过程及实际情况产生因果关系，而这些影响是通过若干的中介过程来实现的，即选择、思维、动机和身心反应（Wood & Bandura, 1989）。

①选择过程。根据班杜拉的个体、环境、行为三元交互论，我们可以知道个体对于环境的选择，一定程度上是受他的自我效能感影响。一般而言，个体会选择自认为可以应对的环境，而避免认为无法控制的环境。

②思维过程。大多数行为过程最初形成于思维，自我效能会通过思维过程对个体的活动产生自我促进或者自我阻碍的作用。人们对自己效能的信念，影响他们对情境的解释，以及对预期情况和想象未来的建构类型。自我效能感水平高的人会想象成功的场景，这为活动的真正执行提供指导；而自我效能感水平低的人会想象失败的场景，从而对实际的活动产生自我阻碍。自我效能感还可以通过归因来影响思维进而影响活动效率。自我效能感水平高的个体常常把成功归因于自己的能力和努力等内部因素，而把失败归因于运气、任务难度等外部因素，这样就促进了动机水平的提高。

③动机过程。自我效能感通过思维过程发挥主体作用，通常都伴有

动机的因素或过程参与其中。通过思维过程，想象的未来状态会变成当前行为的动机（张大均，2005）。在这种认知动机中，人们通过预想在事前就激励自己、指导自己的行为。个体形成自己能做什么的信念，预测不同追求之可能的积极和消极结果，并为自己设定目标、计划行为过程，以实现有价值的未来而避免不利。

④身心反应过程。班杜拉等人认为，自我效能感决定个体的应激状态、焦虑和抑郁等身心反应过程，这又会通过思维过程影响个体的行为及其功能的发挥。在面临可能的危险、不幸、灾难等厌恶性刺激时，自我效能感决定了个体的应激状态、焦虑、抑郁的程度等身心反应过程。这些情绪反应又通过改变思维过程的性质而影响个体的活动及其功能发挥。按照班杜拉所定义的自我效能感概念，我们可以假设：一个人如果对自己本来能够完成的任务缺乏自信，同样的压力源将给他带来更大的压力影响效应，即自我效能感会对压力的作用过程产生影响。

2. 自我效能感的功能

自我效能感的功能主要是调节和控制行为，并通过行为调控对个体的健康结果产生影响（见图5-2）。自我效能感对行为的调控主要表现在三方面（蒋晓莲，薛咏红，汪国成，2004）。

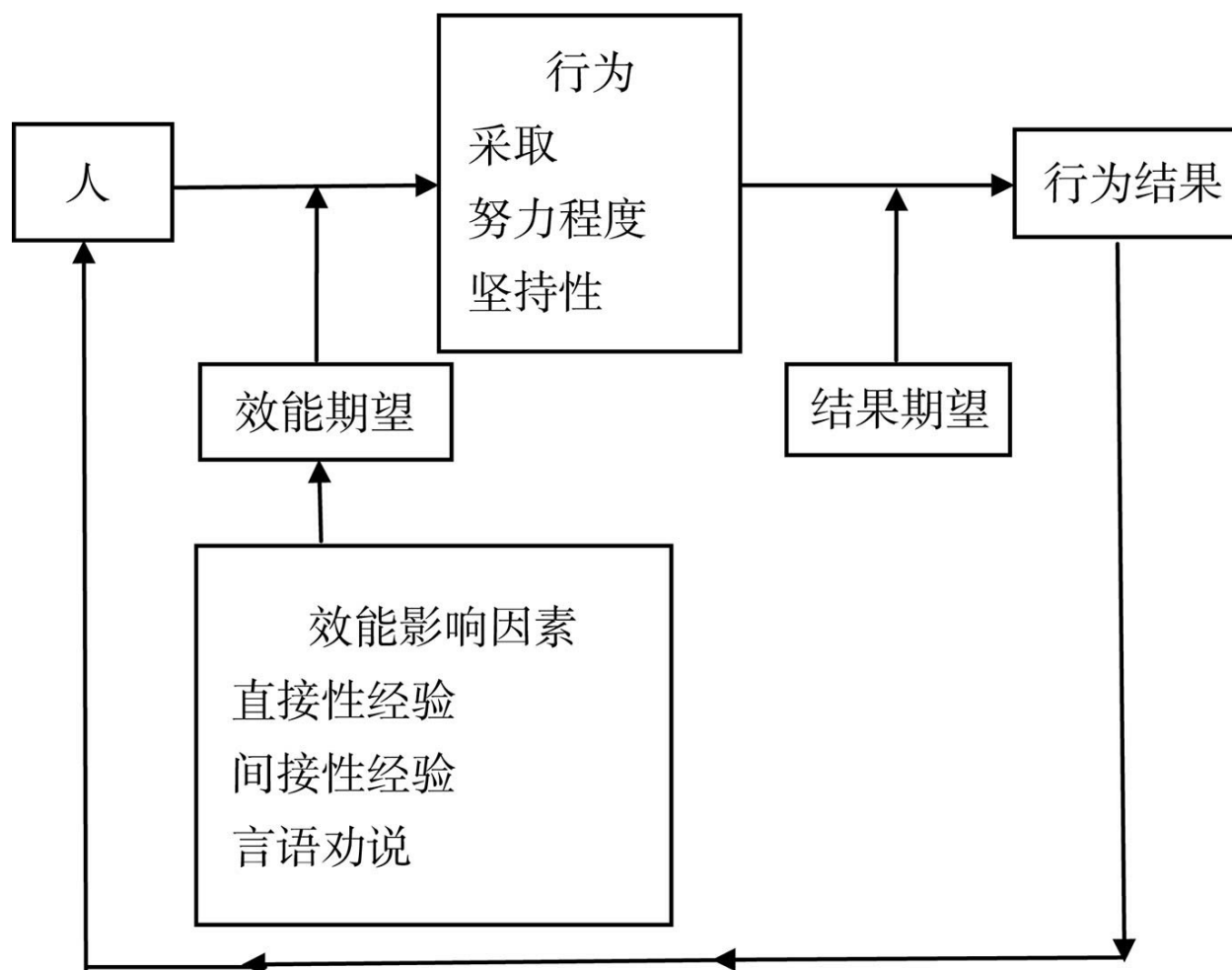


图5-2 自我效能感对行为的调控

①影响人们对行为的选择与坚持。自我效能感高的人倾向于选择适合自己能力水平或富有挑战性的任务；而自我效能感低的人恰恰相反。

②影响人们的努力程度和对困难的态度。自我效能感水平高的人，相信自己可以通过努力克服困难。所以，即使遇到了困难也不会轻易放弃；相反，自我效能感水平低的人则会怀疑自己的能力而在困难面前犹豫不决、不知所措，甚至对自己能够完成的任务也不敢问津。

③影响人们的思维方式和行为效率。自我效能感水平高的人会把注意力集中在问题的解决上；而自我效能感水平低的人会更更多地把注意力

放在可能的失败和不利后果上，并将潜在的困难看得比实际更严重，因而会产生焦虑、恐惧，阻碍问题的解决。

研究支持

自从自我效能感的概念提出后，众多学者对自我效能感的功能进行了研究，都发现了自我效能感的积极作用。而关于自我效能感与人类健康的关系，亦有诸多研究证实了自我效能感能有效促进个体的身心健康。如有研究者证实了一般自我效能感是调节环境需求和应激反应、身心健康之间关系的一个重要调节变量，较高的一般自我效能感能够降低个体对应激性生活需求的消极评价，因而能保护个体较少遭受情绪的困扰和健康的威胁。梁宇颂（2004）针对大学生的学业自我效能感与心理健康关系的研究也发现，大学生的学业自我效能感与躯体化、强迫症状、人际敏感、抑郁焦虑、恐怖、精神病性7个因子之间均呈明显负相关，这说明学生的学业自我效能感水平越高，心理健康状况越好。

此外，亦有诸多研究发现，高水平自我效能感有利于健康行为习惯的养成。如格沃特尼（Gwaltney）等人（2009）曾总结了自我效能感与戒烟效果关系方面的大量研究后发现，通过自我效能感确实能稳定地预测戒烟的效果，尤其在戒烟过程的前期，自我效能感与戒烟效果的关系更密切。另外一个与我们生活息息相关的习惯则是锻炼身体，威廉姆斯（Williams）等人（2008）调查了205名长久在家工作的被试，发现自我效能感水平越高的被试，越会坚持锻炼行为。另外，夏普（Sharpe）等人（2008）随机电话访谈了1176名被试（18岁以上），发现运动自我效能感是预测身体锻炼行为多少最强的因素，且没有种族差异。

理论应用

自我效能理论被广泛应用到各种疾病的康复过程当中，比如对缺血性脑卒中偏瘫（吴保平，郝正玮，赵雅宁，刘海娟，2014）、脊髓损伤（李泽辉，刘晓华，周虹，2014）、2型糖尿病（梁婵波，黄健宁，武革，2009）等多种疾病的治疗过程中进行的自我效能训练均取得了良好的效果，患者的康复信心得到了极大的提高。虽然不同研究者面对的疾病不同，但是所提出的自我效能训练方法的关键点是一样的，主要包括以下几个方法：

1. 自我管理

所谓自我管理，就是让患者积极参与疾病的护理过程，强调患者的主体作用。也就是护理人员可将患者最终的康复目标划分成一个个的小目标，在每一个小目标达成之后就给患者一定的奖励。在这个过程中患者可获得直接的成功经验，极大地提高了患者的康复信心。比如李泽辉、刘晓华和周虹（2014）的研究中对脊髓损伤患者进行的自我效能训练中就是采用这样的方法，将患者需要掌握的应对自身功能缺陷的康复技能分成子目标和总目标，在患者达到子目标时就给予口头表扬或物质奖励。

2. 替代性经验

替代性经验，即为患者提供榜样，让患者观察榜样的行为或者与榜样进行交流。一般榜样是自我管理比较成功的患者或者是已经治愈的患者，这样患者就可以间接地从榜样那里获得康复信心。比如刘向明和张鸿（2009）将34例酒精所致精神障碍康复期患者随机分为两组进行戒酒治疗，其中自我效能训练组患者会观察或与戒酒成功者交流获得替代性

效能信息。结果发现，患者会更加清晰地认识到复饮对身体健康的危害，极大地促进了患者的戒酒行为。

3. 社会和家庭支持

良好的社会和家庭支持是提高患者自我效能和自我管理行为能力的保证（Rat et al., 2010）。护理人员对待患者要耐心、亲切，与患者建立和谐的关系。而且家属不仅仅只承担照顾患者的责任，同时也要了解患者的康复过程、当前的心理状态。患者感受到来自护理人员和家属的支持和鼓励，自我效能感自然会随之提高。

应用案例

方华（化名）今年35岁，有10年的吸烟史。最近一段时间，他经常咳嗽、气闷，他知道这是因为吸烟太多了，妻子也常劝他戒烟，于是方华决定戒烟。同事们很快就发现方华打算戒烟了，有人跟他打赌“你要是能一个月不吸烟，我也把烟戒了”，还有人当场就把烟拿出来试图“勾引”他，但是方华很坚定地拒绝了。

方华认为吸烟与否完全能够由自己来控制，于是他使用了“自我管理法”。首先他为自己设定了一个总目标就是完全戒烟，同时又为自己设定了几个子目标，即从每天吸20根烟逐渐变为每天吸15根、10根、5根、不吸烟，这样依次递减。接下来当他完成一个子目标进阶到下一个目标时，他就给自己一个奖励，以继续坚定自己的决心。方华用了两个月的时间终于戒掉了烟瘾，每每达到一个子目标时，方华的自信心又增加了一分，自我效能感也得到了提升，方华就更加坚定了“我是可以把烟戒掉的”这一想法。有了这样的良性循环，方华终于成功地戒了烟。

点评：上述案例是自我效能感理论的成功运用。从案例中可以看出，方华是一个自我效能感很高的人，而且，“自我管理法”不仅提高了戒烟者戒除烟瘾的信心，还逐渐培养了戒烟者的良好习惯。

参考文献

何耀，李兰荪.（1991）. A型性格与冠状动脉病变的关系研究. 中华心血管病杂志，19（4），214-216.

蒋晓莲，薛咏红，汪国成.（2004）. 自我效能研究进展. 护理研究，18（5），763-767.

黎少游.（2006）. 坚韧性人格对大学生心理健康的保护作用及机制（硕士学位论文）. 华中师范大学，武汉.

李泽辉，刘晓华，周虹.（2014）. 自我效能训练对脊髓损伤患者生活质量的影响. 中国护理管理，1，15-16.

梁婵波，黄健宁，武革.（2009）. 自我效能训练对2型糖尿病患者生活质量的影响. 广东医学院学报，27（4），443-444.

梁宇颂.（2004）. 大学生学业自我效能感与心理健康的相关性研究. 中国临床康复，8（24），4962-4963.

刘向明，张鸿.（2009）. 自我效能训练对酒精所致精神障碍康复期患者的影响. 临床心身疾病杂志，15（6），516-517.

刘艳，林文娟，刘新帆，张冀岗，Hardy, E. M., & Mountainbear, M.（2001）. 心理行为干预对乳腺癌患者情绪反应及免疫功能的影响. 心理学报，33（5），437-441.

卢国华.（2008）. 坚韧人格与应激，心身反应的关系（硕士学位论文）

文). 天津师范大学, 天津.

乔文达, 张瑶. (1997). 生活事件, C型行为, 交感张力, 免疫力与胃癌的相关性研究. 医学与哲学, 18 (10), 555-557.

吴保平, 郝正玮, 赵雅宁, 刘海娟. (2014). 自我效能训练对缺血性脑卒中偏瘫的疗效. 中国康复理论与实践, 20 (4), 351-355.

王建平. (2000). 癌症病人心理干预新进展. 国外医学: 肿瘤学分册, 27 (5), 298-300.

王丽梅, 丁树荣, 石晶, 刘梅, 彭洋, 王瑞, 王云. (2012). 食管癌患者C型行为特征分析. 中国公共卫生, 28 (9), 1150-1152.

汪晓炜, 汪萍, 关泉林, 张洁. (2008). 胃癌患者C型行为特征及其与机体免疫指标相关性研究. 细胞与分子免疫学杂志, 24 (6), 615-616.

徐震雷, 李心天, 韩冰, 刘军, 唐树森. (1995). 人格特征对胃癌发病的影响. 心理学报, 27 (3), 263-267.

谢忠, 黄钢. (2001). 音乐治疗加放松内心意象法对癌症化疗病人生活质量的影响. 中国心理卫生杂志, 15 (3), 176-178.

姚丽萍, 尹利华, 刘立娅. (2002). 癌症病人T淋巴细胞亚群水平与C型行为相关性研究. 西南民族大学学报, 29 (3), 369-370.

张大均. (2005). 教育心理学. 北京: 人民教育出版社.

张鸿懿. (1999). 音乐疗法 (一). 中国自然医学杂志, 1 (1), 51-52.

Baltrusch, H. J., Stangel, W., & Waltz, M. E. (1988). Cancer from the biobehavioral perspective: The Type C pattern. *Activitas Nervosa Superior*, 30 (1): 18-21.

Bartone, P. T. (1999) . Hardiness protects against war-related stress in Army Reserve forces. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51 (2) , 72–82.

Ben-Zur, H., Duvdevany, I., & Lury, L. (2005) . Associations of social support and hardiness with mental health among mothers of adult children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (1) , 54–62.

Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959) . Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169 (12) , 1286–1296.

Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979) . Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The Lancet*, 314 (8146) , 785–787.

Gwaltney, C. J., Metrik, J., Kahler, C. W., & Shiffman, S. (2009) . Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (1) , 56.

Haynes, S., Feinleib, M., & Kannel, W. B. (1980) . The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111 (1) , 37–58.

Humphries, C., Carver, C. S., & Neumann, P. G. (1983) . Cognitive characteristics of the Type A coronary-prone behavior pattern.

Journal of Personality and Social Psychology, 44 (1) , 177–187.

Kobasa, S. C. (1979) . Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37 (1) , 1–11.

Kobasa, S. C. O., Maddi, S. R., Puccetti, M. C., & Zola, M. A. (1985) . Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. Journal of Psychosomatic Research, 29 (5) , 525–533.

Maddi, S. R., Kahn, S., & Maddi, K. L. (1998) . The effectiveness of hardiness training. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 50 (2) , 78.

Maddi, S. R. (2002) . The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 54 (3) , 173–190.

Morris, T., & Greer, S. (1980) . A Type C for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. Cancer Detection and Prevention, 3 (1) , 102–113.

Rat, A. C., Guillemin, F., Osnowycz, G., Delagoutte, J. P., Cuny, C., Mainard, D., & Baumann, C. (2010) . Total hip or knee replacement for osteoarthritis: Mid-and long-term quality of life. Arthritis care & research, 62 (1) , 54–62.

Reiche, E. M. V., Nunes, S. O. V., & Morimoto, H. K. (2004) . Stress, depression, the immune system, and cancer. The lancet oncology, 5 (10) , 617–625.

Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975) . Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 80.5 years. *Journal of American Medical Association*, 233 (8) , 872–877.

Sharpe, P. A., Granner, M. L., Hutto, B. E., Wilcox, S., Peck, L., & Addy, C. L. (2008) . Correlates of physical activity among African American and white women. *American journal of health behavior*, 32 (6) , 701–713.

Williams, D. M., Lewis, B. A., Dunsiger, S., Whiteley, J. A., Papandonatos, G. D., Napolitano, M. A., ... & Marcus, B. H. (2008) . Comparing psychosocial predictors of physical activity adoption and maintenance. *Annals of Behavioral Medicine*, 36 (2) , 186–194.

Wood, R., & Bandura, A. (1989) . Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*, 14 (3) , 361–384.

06

疾病与健康

我们知道，生病的时候会出现诸如发热、疼痛、食欲减退等症状，这些症状常常导致个体身体不舒服，心情变得烦躁不安或闷闷不乐。疾病威胁着我们的健康，它带给我们病痛、压力甚至是恐惧，那么我们要怎样才能降低疾病带来的负面影响？或者说我们怎样才能更好更快地去战胜疾病呢？

信不信由你 ——安慰剂效应

医生对病人说：“这是止痛片，这个可以缓解你的疼痛。”随后病人的疼痛就真的得到了缓解，而这个所谓的“止痛片”其实只是糖片。为什么糖片也有了止疼的作用呢？这就是本节要探讨的安慰剂效应（placebo effect）。

理论介绍

安慰剂效应是比彻（Beecher）在1955年发表的论文《强大的安慰剂》（The powerful placebo）中提出的，此后开始进入人们的视野。尽管安慰剂这个概念受到了诸多研究者的关注，但关于它的定义尚无定论。沃尔夫（Wolf）将其定义为任何药物、药剂或程序产生的与其药理活性无关的效应（Wolf, 1959）。夏皮罗（Shapiro）则认为，安慰剂效应是药物、手术、心理治疗甚至是欺骗等任何形式的理论上无效的治疗对疾病或症状起到的缓解作用（Shapiro, 1971）。此外，还有诸多研究者用公开—隐蔽范式下的疗效差别来定义安慰剂效应。在公开范式下，治疗由医生进行，医患之间有交流，患者清楚何时进行了某项有效治疗；而在隐蔽范式下，治疗过程完全由电脑管理，患者完全不知道是否进行了某项有效治疗。隐蔽范式也许更能代表有效治疗的效果，而两种范式的疗效差异则可视为无药理活性的安慰剂效应（邓潇斐，罗非，郭建友

，2015）。

对于安慰剂效应是如何产生，有被试期望效应和条件反射两个假设（张莹，黄希庭，2008）。被试期望效应是指病人有意识或无意识地报告病情得到改善，因此导致安慰剂效应的出现。条件反射是一种关联学习模式，使受训者学习在特定情况下做出特定的反应。例如，在每次给狗喂食物之前，都发出铃声，经多次反复后，每当铃声一响，狗就会自动分泌唾液，原因是狗已经学习到将铃声及食物关联起来。安慰剂效应的出现，可能是因病人产生了与有效药物相似的生物反应。

研究支持

比彻（1946）在“二战”战场中观察到，护士迫于无奈给伤兵注射生理盐水却意外发现伤兵的疼痛真的得到缓解。战后，他回到美国，开始了一系列实验。1972年，比彻分析了1082例患者的临床研究后发现，有26%—58%（平均35%）的患者可以从安慰剂治疗中获益，安慰剂能缓解生理性及心理性疾病的疼痛。

贝纳德蒂（Benedetti）等人（1995）的实验研究发现，在实验对象身上制造疼痛，然后使用吗啡控制这种疼痛，每天重复多次，连续进行几天，直到实验的最后一天，用生理盐水取代吗啡，实验对象的疼痛也得到有效的抑制。后来，贝纳德蒂（1996）又证明，用生理盐水做成的安慰剂还可以缓解帕金森病患者的震颤和肌肉僵直症状。此外，在给病人注射生理盐水的同时，贝纳德蒂还对病人脑部的神经元活动进行了测量。结果发现，随着生理盐水的注入，病人丘脑下部的神经核团兴奋程度有所降低，神经元的应激兴奋次数也有所减少，显然是生理盐水产生

了效果。

费尔南德斯（De la Fuente-Fernández）等人（2001）的一项研究中也发现，安慰剂效应几乎相当于有效药物阿扑吗啡的治疗效果。而在麦克雷（McRae）等人（2004）的研究中则观察到了更强大的安慰剂效应，在其研究中，麦克雷等人对一部分患者进行了细胞移植手术，这是目前一种相当有效的治疗帕金森症手段；对另一部分患者进行了假手术，但谎称是细胞移植手术，结果在手术后一年的时间里，接受了假手术的患者其生活质量和运动能力的提高甚至高于接受了真手术的患者。

那么有什么因素会影响安慰剂效应的大小呢？洛佩兹（Pacheco-López）等人（2006）认为，研究安慰剂效应的本质就是研究影响康复过程中与患者相关的心理社会背景，而这一心理社会背景由众多因素共同构成，包括患者的人格特质、安慰剂的特征和医患关系等，这些因素之间还存在着复杂的交互作用。吉尔斯（Geers）等人（2007）的研究发现，在改善睡眠方面，特质乐观水平高的患者更容易产生安慰剂效应。除了患者本身特质外，安慰剂以何种形式出现也很重要。摩斯利（Mosley）等人（2002）认为，手术的安慰剂效应大于注射药剂，注射药剂的安慰剂效应大于口服药物。另外，药物的品牌、颜色、数量、使用频率、服用环境等也都会影响安慰剂效应（Pacheco-López et al., 2006）。如1981年英国的研究人员开展的实验研究发现，标记着品牌的药物镇痛效果明显优于没有标记的药物。1996年阿姆斯特丹大学的研究人员系统回顾了12个药物实验，结果发现，红色、黄色和橙色会产生更强烈的刺激性效果，而蓝色和绿色会产生更加强烈的镇静效果。

安慰剂效应基本都是人们不知情的情况下产生的，那么当我们知道是安慰剂的时候，还能产生安慰剂效应吗？答案是会的，即便被试知道

是安慰剂，还是能产生安慰剂效应。哈佛大学研究者凯普查克（Kaptchuk）等人（2010）就做了这么一个实验，他们找来80名患有肠易激综合征的病人，分成两组，给其中一组的药物的外包装上明确写着“此为安慰剂，没有任何药物成分，类似于糖果，但是临床实验显示此安慰剂能通过思想使身体自愈作用产生很好疗效”。另外一组病人则不给任何治疗。治疗开始后21天，第一组明知道是安慰剂的病人仍然出现了很高比例的症状缓解，而第二组则没有显示明显缓解。

理论应用

安慰剂效应是一种非常强有力的现象，能使至少三分之一的患者病症得到显著改善。安慰剂药物和安慰剂医疗过程已证明对一大批病症有疗效，包括高血压、心绞痛、抑郁、精神分裂症甚至癌症。

安慰剂效应不仅在药物治疗上使用，在心理咨询中也有广泛的应用。安慰剂效应本质上可以说是属于暗示效应，它是多种心理咨询方法的综合，包含催眠疗法、认知疗法、暗示疗法、以人为中心的心理治疗方法，以及意象对话技术、自我防御、行为疗法等心理咨询理论与技术的原理。心理咨询的终极目标是帮助来访者自立自强，所以心理咨询的安慰剂不仅仅是使用药物，还包括引导来访者心理向积极方向发展。药物的安慰剂主要是通过来访者对药物的认识、感受以及服药行为本身引起心理—生理的相互作用而产生效果的。安慰剂效应在心理咨询中适用对象包含两方面：一是容易受暗示的人群，这些个体的人格特点包括爱与人交往、有依赖性、易受暗示、自信心不足、喜欢注意自身的各种生理变化和不适感；二是容易受暗示的心理疾病，如癔症、强迫症、恐怖症

、焦虑症、疑病症和神经质。如果两者同时具备，安慰剂就更容易产生疗效。

与此同时，我们还需要注意反安慰剂效应，这个现象是由于病人不再认为所接受的药物具有治疗效力，因而抵消了安慰剂效应，出现了反安慰剂效应。这个效应并不是由所服用的药物引起，而是基于病人心理上对康复的期望（Benson, 1997）。由于人道主义的原因，反安慰剂效应很难进行研究。目前最有价值的进展来自新药的临床试验，因为临床试验必然涉及副作用（Colloca & Miller, 2011）。有研究显示，如果医生事先告诉被试可能产生的副作用，那么大约会有四分之一的对照组被试报告说自己感觉到副作用，虽然他们服用的是完全无效的安慰剂。与此类似，大约有60%的癌症病人在接受化疗之前就会感到恶心，这也是反安慰剂效应在作怪。反安慰剂效应往往会让医生处于两难的境地。按照规则，医生必须事先告诉病人某种药的副作用，但如果直言相告，就会增加副作用的概率和强度。要想解决这个矛盾，医生们必须掌握同病人讲话的技巧（Wells & Kaptchuk, 2012）。

最后，一些专家认为，能给病人服用价格低廉并无任何副作用的安慰剂而又能起到疗效自然是美事一桩，但遗憾的是，在大多数情况下，安慰剂未必能起到真正又持久的疗效，而真正意义上的治疗却被耽搁了（La Rosa et al., 2003）。目前，有关安慰剂效应的心理和生理上的原因仍然是一个难解的谜，还有待进一步深入研究，所以我们应该规范使用安慰剂，理性地看待它。

应用案例

1998年11月12日早晨，美国田纳西州华伦郡的一所中学的100多名学生和教职员工因浑身乏力、头晕、恶心、呕吐等住进医院。与此同时，警方迅速将学校查封，并请来有关专家对学校的空气、水和物体表面进行了采样，但化验结果没有发现任何可疑物质。一个月之后，几位心理学家来到学校，给学生们发放了一份调查问卷。结果显示，大多数中毒者都自述闻到某种异常的气味，自述中毒的学生中，女性占了69%，其中绝大多数人都曾经亲眼看到过旁人中毒后的样子，或听到旁人一共使用了超过30个形容词来描述这种味道。一年之后，参与此事的科学家在《新英格兰医学杂志》上联合发表了一篇论文，对此次事件做了总结，并提出了一个可能的解释。他们认为这是一起典型的群体癔症（mass psychogenic illness）事件，病人并没有接触到任何有毒物质，而是受到某种强烈的暗示，从而产生了上述那些中毒症状。

[资料来源：Wessely, S. (2000). Responding to mass psychogenic illness. *New England Journal of Medicine*, 342 (2), 129-130.]

点评：往往我们自己对某个事物的看法或者说态度的影响是很大的，你觉得它有用便加强了安慰剂的作用，相反，若觉得它的效果不好便加强了反安慰剂的作用。不论是安慰剂效应还是反安慰剂效应，都直接证明了在治疗疾病的过程中，病人的态度是至关重要的。

抑郁、焦虑治疗良方 ——认知行为疗法

近年来，随着城市的高速发展和工作、生活压力的增大，抑郁症、焦虑症等精神疾病发病率逐年升高。世界卫生组织研究显示，全球抑郁症的年患病率约为11%。从疾病负担看，目前抑郁症已经成为世界第四大疾病，预计到2020年可能将成为仅次于冠心病的人类第二大疾患。据不完全统计，目前我国抑郁症发病率高达5%—6%。另据一项流行病学调查估算，中国抑郁、焦虑患者已达9000万人。在抑郁症患者中，75%—80%的患者会多次复发，而每4个人当中就有1人会在一生中的某阶段患上某类型的焦虑症，其中女性终身焦虑症患病率达20%—26%，几乎是男性的两倍。

那么抑郁症、焦虑症可以被治愈吗？相关专家表示，其实抑郁症、焦虑症不可怕，它就像伤风感冒一样“常见”，只要遵从医嘱，尽早接受治疗，一般情况下患者病情都可以痊愈。对于抑郁症、焦虑症的药物治，常见的抗抑郁药有氟西汀、帕罗西汀、舍曲林等，抗焦虑药有帕罗西汀、艾司西酞普兰、度洛西汀等；心理治疗方法有精神分析、行为疗法、森田疗法等。那么何种心理治疗方法对抑郁症、焦虑症的治疗最有效呢？一些研究发现，认知行为疗法（cognitive behavior therapy, CBT）在抑郁症和焦虑症上都有很好的疗效。

理论介绍

认知行为疗法是通过改变思维和行为的方法来改变不良认知，达到消除不良情绪和行为的短程的心理治疗方法。其中具有代表性的疗法有：艾利斯的合理情绪疗法（RET）、贝克和雷米（Raimy）的认知疗法（CT）、梅肯鲍姆（Meichenbaum）的认知行为矫正（CBM）。

合理情绪疗法（RET）

1. 合理情绪疗法的原理

合理情绪疗法的基本理论是ABC理论。A指诱发性事件（activating events）；B指个体在遇到诱发事件之后相应而生的信念（beliefs），即他对这一事件的看法、解释和评价；C指特定情境下，个体的情绪及行为结果（emotional and behavioral consequences）。人们通常认为，人的情绪的行为反应是直接由诱发性事件引起的，即A引起了C。但艾利斯认为，事件本身并非是引起情绪反应或行为后果的原因，人们对事件的不合理信念才是真正原因所在。因此，要改善人们的不良情绪及行为，就要干预非合理性观念的发生与存在，而代之以合理性的观念。

2. 合理情绪疗法的常用技术

（1）与不合理信念辩论技术（质疑式、夸张式）

艾利斯认为，与不合理信念辩论的技术，是咨询师用其所学的方式，向来访者所持有的关于他们自己的、他人的及周围环境的不合理信念进行挑战 and 质疑，从而动摇他们的这些信念。采用这一技术的咨询师必须积极主动地、不断地向来访者发问，对其不合理的信念进行质疑。

①质疑式。咨询师直截了当地向来访者的不合理信念发问，如“你有什么证据能证明你自己的这一观点”“请证实你自己的观点”等。患者

一般不会简单地放弃自己的信念，面对咨询师的质疑，他们会想方设法为自己的信念辩护。因此，咨询师借助这种不断重复和辩论的过程，使对方感到自己的辩解理屈词穷，从而让他们认识到：那些不合理的信念是不现实的、不合逻辑的东西，是站不住脚的，以及什么是合理的信念，什么是不合理的信念，最终以合理的信念取代那些不合理的信念。

②夸张式。咨询师针对来访者信念的不合理之处故意提出一些夸张的问题。这种提问方式把对方信念不合逻辑、不现实之处以夸张的方式放大给他们自己看。

（2）合理情绪想象技术

首先，使来访者在想象中进入产生过不适当的情绪反应或自感最受不了的情境之中，让他体验在这种情境下的强烈情绪反应。然后，帮助来访者改变这种不适当的情绪体验，并使他体验到适度的情绪反应。最后，停止想象。让来访者讲述他是怎样想的，自己的变化，以及是如何变化的。对来访者情绪和观念的积极转变，咨询师应及时给予强化，以巩固他获得的新的情绪反应。

（3）认知家庭作业

认知家庭作业是咨询师与来访者之间的辩论在一次治疗结束后的延伸，即让来访者与自己的不合理信念进行辩论，主要有RET自助表和合理的自我分析报告（RSA）。

①RET自助表（见表6-1）。先让来访者找出A和C，然后再找B。表中列有十几种常见的不合理信念，来访者可从中找出符合自己情况的B，若还有其他的不在此列中的不合理信念可单独列出。接下来请来访者自己做D，对自己所有的不合理信念一一进行质疑式的辩论。最后是填写E，即通过自己与自己的不合理信念辩论而达到了什么情绪的和行

为的效果。

表6-1 RET自助表

(A) 诱发事件。(我感到情绪困扰或产生自损行动之前发生的事件、思想或感受)
(C) 后果或情况。(在我身上出现的, 也是我想要改变的情绪困扰或自损行为)
(B) 信念。(导致我产生情绪困扰或自损行为的不合理信念, 圈出所有你应用于诱发事件的不合理信念)
(D) 辩论。(与每一圈出的不合理信念辩论) 例如“为什么我必须干得非常棒?”“哪儿写着我是个笨蛋?”“何以证明我必须受人赞赏?”
(E) 有效的合理信念。例如“我希望干得很棒, 但并不是非如此不可。”“我是个行动有些差劲的人, 但我这个人不是笨蛋。”“尽管我喜欢受人赞赏, 但没有理由必须如此。”
1. 我必须干得棒或非常棒! 2. 如果我做事蠢笨, 我就是个笨蛋或一无是处的人。 3. 我必须受到我看重的人的赞赏。 4. 如果我被人拒绝, 我一定是个不好的、不可爱的人。 5. 为什么老天总是待我不公平, 总是不满足我的要求! 6. 老天一定要惩罚那些无德的人, 否则就没有天理良心。 7. 别人绝不能辜负我的期望, 否则就太可怕了。 8. 我的生活为什么就不能够一帆风顺, 没有麻烦呢?

(F) 感受和行为。(我获得了自己的理性信念之后感受到的): ____

②合理的自我分析报告(RSA)。合理的自我分析报告目的与RET自助表相同,但这是一种完全由来访者自己完成的报告。其内容即为ABCDE五项。没有什么特殊的要求与规定,但报告的重点在D上。事实上,这种自我分析人人都可以做。按合理情绪治疗的观点来看,每个人都可能存在不同程度的不合理的信念。

认知疗法(CT)

1. 认知疗法中常见的认知歪曲

贝克认为,有情绪困难的人倾向于犯一种特有的“逻辑错误”,其实质就是将客观现实向自我贬低的方向歪曲。贝克指出了下列7种歪曲认知。

①主观推断:没有支持性的或相关的根据就做出结论。

②选择性概括:仅根据对一个事件某一方面细节的了解就形成结论。

③过度概括:由一个偶然事件而得出一种极端信念并将之不适当地应用于不相似的事件或情境中。

④夸大和缩小:用一种比实际上大或小的意义来感知一个事件或情境。

⑤个性化:个体在没有根据的情况下将一些外部事件与自己联系起来的倾向。

⑥贴标签和错贴标签:根据缺点和以前犯的错误来描述一个人和定义一个人的本质。

⑦极端思维：用全或无、非白即黑的方式来思考和解释，或者按不是/就是两个极端来对经验进行分类。

2. 认知疗法的五种具体技术

①识别自动性思维：咨询师要用更为具体的技术包括提问、指导来访者自我演示或模仿等，帮助来访者学会发掘和识别这些不能意识到在不良情绪反应以前会存在着的自动化的思维过程。

②识别认知性错误：咨询师应听取并记录来访者诉说的自动性思想（在概念和抽象性上常犯的错误），以及不同的情境和问题，然后要求来访者归纳一般规律，找出其共性。

③真实性验证：在严格设计的行为模式或情境中对来访者的自动性思维和错误观念这一假设进行验证，让来访者认识到他原有的观念是不符合实际的，并能自觉加以改变。这是认知疗法的核心。

④去中心化：通过行为的变化去体验，让来访者发现自己并不是别人注意的中心而达到去中心化的目的。

⑤抑郁或焦虑水平的监控：鼓励来访者对自己的抑郁或焦虑情绪加以自我监控，就可以使他们认识到这些情绪的波动特点，从而增强治疗信心。这也是认知疗法常用的方法。

认知行为矫正（**CBM**）

认知行为矫正主要关注的是来访者的自我言语表达的改变。认为一个人的自我陈述在很大程度上与别人的陈述一样能够影响个体的行为。梅肯鲍姆认为，认知结构是思维的组织方面，它似乎监督和指导着想法的选择。认知结构就像一个“执行官”，它“掌握着思维的蓝图”，决定什么时候继续、中断或改变思维。

压力接种训练（**SIT**）是认知行为矫正中使用最多的技术。它是一

系列技术、过程的组合，包括信息给予、苏格拉底式讨论、认知重组、问题解决、放松训练、行为复述、自我监控、自我指导、自我强化和改变环境情境。它既可应用于当前问题，也可应用于未来困难。压力接种训练有一个三阶段模型：

①概念阶段。此阶段的重点是与来访者建立一种工作关系。这一点主要是通过帮助他们获得对压力本质的一个更好理解，以及用社会交互作用观点来对它进行重新定义而做到的。

②技能获得和复述阶段。本阶段的关注点是教给来访者各种行为和认知应对技术以应用于不同的压力情境。除学习认知应对外，通过一些直接行动，帮助来访者认识到适应性与适应不良的行为都是与他们的内部对话相联系的，使他们获得和复述一种新的自我陈述。

③应用和完成阶段。该阶段关注的是将治疗情境中发生的改变迁移到现实生活中，并将之维持下去。可以开始练习难度逐步提高的行为家庭作业，且安排后续和加强治疗。

研究支持

洛佩斯（Lopez）和巴斯科（Basco）对166名抑郁症患者进行认知行为疗法与常规治疗的疗效对比研究发现，随着时间的推移，所有患者（包括接受CBT治疗组和常规治疗组）在抑郁的严重程度上有显著的改善，但认知行为疗法组比常规治疗组表现出更多的抑郁症状减少。其中，年轻的患者比年长的症状改善得更快，女性比男性症状改善得更快，并且开始接受治疗时的抑郁程度越严重症状改善得越快，对严重患者的治疗所产生的反应早于较轻的患者（Lopez & Basco, 2015）。

维克（Weck）等人（2015）对80名被诊断为躯体焦虑的患者进行了认知行为疗法疗效的实验研究。在研究中，研究者共对被试进行了三次测量，分别是在治疗前、治疗后和12个月后。结果发现，在疑病症状上，三次测量间均存在显著的时间效应，即通过认知行为疗法治疗后，患者疑病症状得到了明显的改善。在躯体症状上，事后检验发现，在治疗前和治疗后之间，症状有明显的减少，但在治疗后和随访期间没有差异，即认知行为疗法可以明显减少心理病理学和躯体化症状，且在治疗结束后效果依旧能够维持。

我国研究者王逸、吴巧益和李长瑾等人（2015）对99名乳腺癌患者手术后进行的12周的干预研究中也发现，认知行为疗法在抑郁焦虑上有明显的效果。在其研究中，研究者先将被试随机分为两组，干预组进行认知行为疗法结合临床管理的干预，对照组则只进行临床管理的干预，然后观察两组患者的抑郁焦虑情绪的改善效果。干预第2周后，干预组的汉密顿焦虑量表（HAMA）评分与干预前的差值显著高于对照组；干预8周后，干预组的汉密顿抑郁量表（HAMD）评分与干预前的差值显著高于对照组相应的差值。这一结果表明，认知行为疗法在减少乳腺癌患者术后焦虑抑郁上呈现出尤其显著的效果。此外，尹桂华（2014）对前后冠状动脉旁路移植术（CABG）的患者进行的认知行为干预的研究也发现，认知行为干预能改善患者围手术期的心理状况，有效降低手术患者因应激而引起的反射性心率、血压升高，降低焦虑、抑郁评分，同时能够稳定围手术期血流动力学，增加术后心排血量，促进术后康复，提高患者的生活质量。因此，研究者认为，认知行为疗法值得在临床上推广应用。

理论应用

认知行为疗法在抑郁焦虑上有很好的疗效，那么又应该如何将认知行为疗法运用到咨询或治疗中呢？个体咨询与团体咨询是心理咨询的两大支柱，两者相辅相成，又各有其优点。下面根据许若兰（2007）以及柳艳松等人（2011）的研究报告总结出个体咨询团体咨询中认知行为疗法的一般咨询方案。

1. 一般个体咨询方案

首先，根据认知行为疗法理论分析来访者症状的起点以及随后的症状泛化，来推断来访者在自身构筑的情景中，是否存在认知偏差以及是何种认知偏差。

其次，应用RET和CT对来访者的症状从认知和发展两个层面进行分析。在认知层面上，来访者的思维模式是否存在一些不合理的信念，导致了焦虑和抑郁情绪的产生，从而引发了其优柔寡断和自我封闭等自我挫败行为。当想法和事实有差距导致焦虑、抑郁情绪的加剧。从发展层面上看，早期经验形成焦虑矛盾的不安全图式，会存在于来访者的潜意识中，决定着他对事物的看法和评价。这种不安全图式在遇到来访者不适应的场景中被激活，导致大量的负性自动想法在脑中出现，即上升到意识层面，进而导致情绪抑郁、焦虑和行为障碍。理性情绪理论假设每个人天生就有理性思维的潜能。贝克的认知疗法理论强调积极、指导、来访者中心、结构化地改变消极的思想和不适应的信念。

最后，在认知行为疗法的指导下，咨询方案分为两个阶段：一是修正认知、信念。运用认知行为疗法，帮助来访者了解如何看待他过去的经历和问题，了解现在面临的问题，以及他对未来的期待和担忧，并引

导他看清自己的负性自动思维 and 核心信念，调整和修正思维方式。二是帮助来访者建立新的人际关系，特别强调“开放”和“成长”这两个概念。开放可以促使来访者放宽精神视野，学会用多向度的眼光来看待一切问题，理直气壮地欣赏生命的多重性，走出自我讨厌、自我拒绝的无价值感，学会关注自己、接纳自己、欣赏自己，达成自我的成长。这一过程正好决定了心理咨询具有的目标性，这种目标性就是成长和发展。

2. 团体咨询方案

团体认知行为心理干预治疗由接受过系统心理咨询理论与实践培训的专职心理咨询师实施。团体治疗形式为同质性开放式团体，每组6—8人，每周1次，每次90分钟，共12次，治疗结构分为4个阶段：

①建立良好治疗关系，来访者与咨询师之间相互熟悉，团体成员熟悉团体治疗的规则、明白参与团体治疗的目的（第1次至第2次）。在这一阶段中，团体领导者真诚地对待每一名成员，鼓励团体成员表达其对自身症状的想法，全体成员共同制订好团体规则，指导其对团体治疗的投入性，并承担自己肩负的责任。

②识别与抑郁形成有关的原因、消极的信念与评价（第3次至第7次）。在本阶段，让团体成员学会如何了解自己抑郁形成的原因，识别消极的信念、负性的自动思维等。最重要的是，通过团体活动让成员学会面对自己的疾病，作出愿意改变承诺。

③具体的行为步骤与策略（第8次至第9次）。本阶段着重成员在执行过程中自己的领悟和改变，成员制订一些计划，评估计划的可行性，从中选取最有可能成功实现的方法，合并成一个计划并付诸实践。

④转换策略和阻止复发（第10次至第12次）。这一阶段中主要是回顾治疗过程可以让大多数成员获益的因素。为适应康复后的生活做准备

，鼓励成员在治疗场景外，反复练习治疗过程中习得的认知方式与行为反应，结束治疗。

应用案例

来访者，男，25岁，某大学三年级研究生。

主诉一个月来经常失眠、无食欲。常感到浑身无力，对任何活动和事物都不感兴趣，活动水平明显下降；同时情绪低落，忧郁烦闷，提不起精神。总感到生活中面临着许多难以解决的问题，故认为自己活着很累，产生自杀念头。结合SCL-90中抑郁量表的较高分数，初步诊断此来访者为抑郁症。

原来一个多月以前，来访者的女友因某种原因中断与其长达两年的恋爱关系。来访者本来准备毕业后就结婚，但没想到临近毕业却出了这样的事，为此情绪低落。本以为自己能很快解脱出来，但没想到越陷越深，终于到了不能自拔的地步，以至于影响了自己的学业和求职，从而使得抑郁情绪进一步严重起来。

来访者除上述表现外，对自己的问题尚有一定的自知力，也有一定的求助动机，而且无幻觉、妄想等精神病状，因此他的抑郁状态主要是神经症性的，适采用认知疗法加以改变。

1. 第1次治疗

咨询师通过关注、共情及理解等技术与来访者建立良好的医患关系。形成一种密切合作的气氛，在此基础上进一步了解来访者的基本情况。咨询师所提出的问题大都是基于可见的事实，很容易被验证。重要的是，这些问题通常都是来访者所忽略的经验和感受。

2. 第2、3次治疗

在这两次治疗中，来访者逐步暴露出一些不正确的观念，如认为自己不能像以前那样和人交往，自己的吸引力也不如从前，对自己的印象不好，感到做什么事都做不好等。这都是一些具体事件，代表着来访者的表层错误观念。针对这些观念，咨询师建议他在实际情境中加以验证，让他去询问周围的人对他的印象是否真的那样不好。同时鼓励来访者从事一些简单活动，看看他是否真的不能做这些事情。

实际反馈回来的结果是，来访者周围的人除了觉得他情绪不好外，在其他方面和以前并无很大差别，对他的评价仍然较高。来访者对此结果感到高兴，因为他一直认为别人会因那件事看不起他，并坚信自己做不好任何事情。

通过几次实际验证与讨论，来访者的一些表层错误观念便不攻自破了，来访者的情绪也因此有了好转。但遗憾的是，这种效果并没有持续多长时间，他仍然坚持认为自己无法像以前那样生活。虽然一些人对自己印象很好。但他认为那只是个别的人，他无法保证所有他认识的人，特别是那些对他很重要的人也能这样看待自己。他觉得自己在这些人面前表现得像个懦夫，在很多的重要事件上表现得毫无能力。他不再用具体事件来解释自己的行为，而是代之以更为隐蔽和抽象的另一种解释，即他坚持认为自己是个笨蛋，是个毫无能力和毫无价值的人。

3. 第4—6次治疗

来访者的某些想法显然是深层错误观念。咨询师利用语义分析技术来纠正这些观念。

咨询师是引导（而不是灌输）来访者按照合理的思维逻辑完成一种扩充句子的练习，即把代表来访者深层错误观念的“主语+谓语+表语

”句子结构扩充为“定语+主语（特定的客体和行为）+状语（时间限定）+谓语+表语（可以进行有意义的评价）”的句子。这样就把原来无意义的句子转换成为更具体更客观的句子。使来访者学会了用客观标准来看待自己的问题。

咨询师在引导来访者做这种练习时是按一定层次进行的。从时间状语——“我”及其组成部分——表语“笨蛋”一词进行转换。

咨询师把这种技术教给来访者，并以家庭作业的方式布置给来访者。让其在治疗后练习完成。

4. 第7—9次治疗

在前面几次治疗中，咨询师主要是通过言语技术来改变来访者错误的认知过程和观念。而在这几次治疗中，咨询师的主要目的是通过行为技术来进一步改变原有的认知观念，以及通过认知复习来巩固来访者已经掌握了、新的、正确的认知过程和观念。这一步的工作主要有以下内容：

一是重新唤起来访者对愉快情绪的体验。来访者在恋爱上的失败感是一种泛化性的负性体验，因此他对自己的过去、现在及将来的行为都予以否定性的评价。这样他就完全忽略了对愉快情绪的感受，即使有一些，也在那种泛化的、强大的抑郁情绪的压力下变得模糊不清了。针对这种情况，咨询师有意引起来访者对以前经验的回忆，包括他从小时候起许多成功的经历。当来访者出现愉快情绪或其他积极的表现时，咨询师及时予以肯定和强化，促使他体验到更多更深的愉快情绪。

二是对来访者行为的重新塑造。来访者在治疗中多次提到他在学习方面的困难。实际上他的学习能力并没有真的下降，而是他对自己的这种能力有不正确的看法。于是咨询师采用了“梯级任务作业”的技术，

帮他克服这种不正确的认识。让来访者一下子达到他原来的学习状态是不可能的，因此咨询师根据来访者的专业特点帮助他制订了几个学习等级，如补上落下的功课，查文献，开始论文工作等。来访者每完成一级，咨询师或来访者自己就给予强化，从而使来访者逐步达到他原来的学习水平。对于来访者的人际交往问题，咨询师也采取了类似的行为矫正技术。让他对那些能引起他愉快体验和控制感的活动加以关注和标定，促使他建立起人际关系。这样不仅使来访者感受到自己努力的效果，也帮助他注意到那些给他带来良性体验的活动和行为，逐步建立起新的观念，学会新的、适应性的行为。

三是认知复习。认知复习并不是从这一阶段才开始的。在前面几个咨询过程中，咨询师要求来访者在实际生活的情境下演示自己，观察、模仿别人，以及自己进行的语义分析，不断记录、反省自己参与的活动和情绪体验，完成梯级任务等作业，都是认知复习的工作。

[资料来源：郭念锋（编）.（2012）. 国家职业资格培训教程·心理咨询师（二级）. 北京：民族出版社.]

点评：当来访者暴露出他的主要问题时，咨询师把会谈的注意力集中在问题背后的不合理信念上，这些不合理信念不仅存在于这个问题之后，同样存在于其他认为不公平、不合理、不合意和被批评的情形下。因此，咨询的基本工作在于帮助来访者提高对挫折的接纳能力和忍受能力。按照认知疗法的原则，咨询师告诉来访者，人的任何一个单独品质或行为都不等同于这个人的全部价值。一个人过去的失败并不意味着将来不能成功。在每次会谈中，与这些不合理信念争论的结果，使来访者有了一些相对应的合理信念，并需要时间和行动来强化这些合理信念。

在咨询中，对于来访者的每个问题，咨询师首先要致力于减轻他所面对具体情境产生的过度情绪反应，如愤怒、内疚、自我贬低、焦虑等。然后，再与他一起分析讨论引起这些问题背后不合理信念的核心是什么，以扩大治疗的影响，使之能从更高、更宏观的层面上理解情绪反应的缘由，有更多的机会确立建设性的、健康的适应模式。

鱼知水恩，幸福之源

——感恩

以往对慢性疾病患者的研究多集中在慢性疾病症状及其不良心理对患者健康的损害等方面，近年来的积极心理学研究揭示，感恩（gratitude）也是促进个体健康和幸福的一种有效手段，可以提高患者整体健康水平、生存质量及其幸福感体验（喻承甫，张卫，李董平，肖婕婷，2010；雷卫勇，杨芳，朱碧华，孙曙青，黄维肖，2012；张薇，汪淼芹，2015）。积极心理学是关注和强调人类积极心理品质与自我价值的心理学思潮，通过挖掘个体内在潜能和积极力量帮助人们应对不幸。感恩作为人类最重要的品质之一，有助于增强个体幸福感和生活满意度。随着积极心理学的兴起，感恩的研究扩展了心理学研究领域，弥补了以往心理学只关注负性情绪研究的不足，近年来也越来越受到国内外学界的广泛关注。那么感恩是如何促进个体健康与幸福的呢？我们又应该如何将感恩的理论研究成果应用于慢性疾病患者的健康管理实践呢？

理论介绍

“感恩”一词源出于拉丁文“gratia”，意为慈悲、好心、感激（Emmons & Shelton, 2005）。而从现代心理学的观点看，感恩是个体对自己受到别人帮助之后的积极认知和情绪（McCullough, Kilpatrick, & Emmons, 2001）。关于感恩的心理结构，根据罗森伯格（1998）提出的情

绪理论，感恩可以归为三种水平：情绪特质、心境和情绪状态。作为情绪特质，感恩是对积极生活的关注和感激的一种生活定向，可称为感恩倾向；作为一种心境，感恩是持续一段时间的心理状态，它会影响人们在某种特定情境中的信息加工和反应能力；作为一种情绪状态，感恩是指个体在受到恩惠时产生的一种感激和喜悦的感受，即状态感恩。

目前，有关感恩的理论主要有认知动机理论、拓展—建构理论、道德情感理论。

1. 认知动机理论

感恩的认知动机理论由拉扎鲁斯首先提出，认为感恩是一种人际移情情绪。该理论指出个体在受到某种恩惠时会对该恩惠进行三方面的评价：施惠者做出该施惠行为代价的高低；该恩惠的价值的高低；施惠者的行为是否真诚，是否另有所图。常感恩的个体倾向于认为施惠行为代价高、价值高、施惠者真诚，而较少感恩的个体则倾向于认为施惠行为代价低、价值低、施惠者另有所图，这种认知偏见导致高感恩个体在受惠后更加感恩（状态水平），而低感恩个体受惠前后无显著变化。

2. 拓展—建构理论

积极情绪的拓展—建构理论认为，每种积极情绪都有着独特的进化目的和适应性功能。弗雷德里克森（2004）将这一理论引入感恩研究中，指出感恩作为一种积极情绪对于认知具有启动和拓展效应，能够扩大个体的注意范围，增强认知灵活性，以及更新和拓展个体的认知地图；同时感恩能够建构个体的资源，包括身体资源、智力资源、人际资源和心理资源等。高水平的认知能力和丰富的资源提升了个体的适应能力。

3. 道德情感理论

麦卡洛（McCullough）等人（2001）认为，感恩是一种促进个体亲

社会的道德情感，同时提出了道德情感理论。该理论认为，感恩是通过亲社会行为对个体幸福感起作用的，即施惠者对受惠者的亲社会行为能使受惠者产生感激之情，而受惠者的感激之情能够激发受惠者的亲社会行为以及加强施惠者的亲社会行为。

研究支持

国外曾有报道，感恩的个体在面对健康受损而产生的压力时更倾向于采用积极应对方式，感恩还作为激发行动的动机，对个体运动的参与、坚持和习惯形成起着重要作用。还有研究表明感恩的个体是幸福的（Watkins, Woodward, Stone, & Kolts, 2003）。感恩不仅会作用于我们的情绪，还与我们身体症状的改善有关。

拉扎鲁斯（1996）指出，感恩具有一种典型的积极情绪效价，高感恩个体更倾向于表达积极的情绪情感。麦卡洛等人（2002）以大学生为被试的研究就发现，感恩个体较不感恩个体报告经历更多的生活满意度、乐观、活力、更少抑郁和妒忌。威特金斯（Watkins）等人（2003）的研究也发现，高感恩个体能经历更多的幸福、满足和希望，其抑郁、妒忌等消极情绪却相对较少。另外，莱尔德（Laird）等人（2004）在针对风湿性关节炎患者的研究中发现，习惯于感恩的个体较少体验到抑郁、焦虑情绪，对疾病的康复抱有更大的希望。此外，艾尔高（Algoe）等人（2008）的研究还发现，感恩不仅可增强人际关系和促进其更好地形成和维系，而且更有利于群体内人际关系联结和提升相互满意度。

弗罗（Froh）等人（2009）针对青少年的研究显示，感恩与个体自我报告的诸多身体症状（头痛、头晕、胃疼、咽喉痛等）呈显著负相关

，对生活采取感恩的态度，能减少压力性生活事件对身体健康的影响。肯德勒（Kendler）等人（2003）选取了2616对双胞胎作为被试的研究发现，感恩能减少各种内、外在功能紊乱的发生率。除了可改善疾病症状，感恩还对个体睡眠状况也有促进作用。如伍德（Wood）等人（2009）在对401名社区居民（40%经临床诊断有睡眠障碍）进行感恩和睡眠相关关系的探索性研究中发现，感恩可通过引发积极睡前认知（如不会做噩梦，好人有好报等）提升个体睡眠质量和数量，减少睡眠潜伏期，促进精力恢复。麦卡洛（2002）则以实验方式诱发65名慢性疾病成人患者的感恩情绪体验，结果发现，感恩情境组的睡眠时数、早晨起床后恢复精神的程度等均显著优于控制组。

理论应用

感恩能构建个体正性心理资本，可以帮助个体建构持久的身体、智力、心理和人际资源有效适应和抵抗逆境（Fredrickson & Losada, 2005）。感恩同时也可消解负性情绪的滞存影响，具有对负性情绪的纠正、修复和缓释效应，充满感恩之心的人会感受到更多积极情感，这将使人保持良好的状态，积极情感获得可抵消个体因疾病困扰而产生悲观、抑郁等负性情绪，对其身心健康更为有利。所以，把感恩运用到慢性疾病的健康管理中也是一件值得我们探讨的重要的事情。

1. 将感恩理念融入慢性疾病患者健康管理实践过程

慢性疾病患者由于长期身处逆境，面临各方面的压力，他们容易出现消沉抑郁、孤独、悲观等心理适应不良现象，这些直接影响着患者的身心健康。根据拓展—建构理论，在慢性疾病患者健康管理的实践

过程中，护理人员可以引导患者去发现生活中具有积极力量事物，比如感恩家庭、感恩生命和个人的优点等，有效利用个体自身资源和内在潜能应对逆境和适应压力。埃蒙斯（Emmons）也认为，充满感恩之心的人会受到更多积极的情感，比如喜悦、热情、爱恋、幸福和乐观等，这些能够使人保持良好的状态。慢性疾病患者健康管理全程融入感恩理念，不仅深入分析其心理反应历程，而且从心理社会层面挖掘感恩介入方案干预过程患者的心理体验，这对慢性疾病患者提高疾病自我管理能力、调整良好生活方式和提升生存质量等均具有十分积极意义。

2. 重视感恩对慢性疾病患者生活方式和生存质量的影响和作用机制

大量研究显示，影响慢性疾病患者健康和生存质量的主要因素是生活方式。在慢性疾病患者的健康管理中应重视感恩对疾病自我效能、生活方式和生存质量干预成效，重视挖掘个体内在潜能，通过对患者感恩生命、感恩家人和心理护理模式干预，促发患者积极情感而使患者内心充满愉悦和幸福感，尤其可通过患者感恩之情激发其亲社会行为以消除其敌视他人、自暴自弃等负面情绪产生，从而更好地改变患者的疾病认知，促进其创造性学习和实施健康教育方案，并做好慢性疾病自我管理并实践良好健康行为，这对开展临床慢性疾病管理和社区慢性疾病预防等均颇具价值。

3. 构建促进慢性疾病患者生存质量和健康行为的健康管理模式

我国慢性疾病患者健康管理的研究起步较晚，较少见集生理、心理、精神及社会健康层面综合干预于一体的实证研究及管理模式探讨。借鉴国外相关研究思路，可立足感恩理论和积极心理学视角，厘清感恩与应对、社会支持、心理弹性、抑郁及生存质量各变量的潜在因果关系，

探讨感恩对慢性病患者行为方式、生存质量影响的作用机制模型和对疾病症状、负性心理及生存质量等的干预效果，以及从心理社会层面探索医务人员可控操作的提高慢性疾病乃至某种特定疾病如糖尿病、冠心病等患者健康水平和远期生存质量的健康管理模式。这不仅是感恩在健康领域研究的探索，也是对慢性疾病管理过分关注疾病症状和负性情绪的研究现状拓展新的方法和思路。

应用案例

傅（化名）是上海一名高中教师，不幸患上了淋巴瘤。但他一直以积极、乐观的心态对待自己的疾病，并且留下了完整的治疗记录。他虽于2008年秋去世了，但他对待疾病的积极态度使他患病后仍然保持很高的生命质量，也使不少病友受到教育和鼓舞。以下是与其家属的聊天实录：

A：你好，请简单介绍一下傅老师的发病过程好吗？

B：好的。1997年春，他的手臂出现了一些红斑，渐渐地，背上也出现了一些皮肤黑色素沉着。到上海一家大医院去就诊，并且住了院，经过多次活体组织检查，未能找到病理依据。奇怪的是，出院半年后，皮肤症状却消失了。既没有手术，也没有吃药。

A：这是不是说，他本来就没有病，或者说，病已经消失了呢？

B：不是的。这只能说明疾病的发展是呈波浪形的，或者说，我们对有些疾病的认识，还处于“低级阶段”。

A：后来怎么样了呢？

B：2003年，他再去检查，查出了是淋巴瘤。从身体异常到确诊，

前后花了6年时间。

A：确定是癌，这对他打击不小吧？

B：他很镇定，内心也很平静。他有自己的哲学，有他自己的认知方式。第一，他说，人生如四季，四季寒来暑往，有寒潮热浪，有雨雪风暴。天天晴空万里是不可能的，总有下雨刮风的时候，生病是正常现象。第二，他认为有结论比没有结论要好。有了结论等于发现了敌人，知己知彼，才能打败它。第三，他相信现代科学的能力。

A：他的态度是比较恬淡、理性的，这对治疗非常有益。

B：他一方面很配合医生，另一方面，又充分发挥自己的能动性。他认为，最后的医生是自己。因为自己最了解自己，自己最能挖掘自己的保健潜力。

A：这话很有道理。有学者认为，人体自身有能力治愈60%的疾病。

B：他将治疗分为药疗、食疗、体疗和心疗四个方面的综合过程。他认为第一部分主要是医生的工作，但需要病人的配合；后三方面主要是自己的主观能动性。他相信，内经上说的“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来”是有道理的。调适好自己的精神，才能使正气充盛。

A：听说他治疗过程中，也参加一些旅游活动。

B：是这样的。他平素就喜欢旅游。他曾经把人生看作是一次旅游，他希望人生更丰富些。患病后，在精力允许的情况下，他参加了一些旅游活动，每次他都觉得很快活，有收获。我们觉得这对他的治疗和康复是有积极意义的。但以不过度疲劳为度。

A：他生病后，与家庭人员、与朋友之间的感情怎么样？

B：感情更深了。这是他得病以后，细细反思人生的收获。他觉得

一生接受别人的惠泽很多，因此，对世界、对他人充满了感恩的心态。学生故旧探望，家人为他担心操心，他都抱着感激之情。这是他内心善良的一种表现，也是对别人爱心的表达。爱都是相互的，这种感恩心态使他在与疾病斗争中，时时处处感受到融融的暖意，这对他增强身体的抵抗力也是有积极意义的。

人生路上，虽有痛苦和折磨，但也有很多人和物一路陪伴着我们，我们感恩父母，感恩社会，感恩大自然的馈赠，生命中处处都存在着值得我们感恩的东西，学会感恩，让生命充满爱。

点评：积极心理学研究表明，无论是通过说、写还是做的方式，只要对他人表示感恩，就对身心健康有益。当然，感恩之情必须发自内心才有效。生理心理学的研究进一步揭示了，感谢别人这一小小的举动会让大脑释放出包括多巴胺和五羟色胺在内的“奖赏”化学物质，让人感到平静与快乐。同时，大脑还会释放催产素，可以帮人缓解焦虑，促进人与人之间的社会联系，人体内的压力激素如皮质醇等的水平会降低，让人感觉压力减轻。所以，如果我们想感觉更好，那么花上15分钟写封信感谢他人，或者花上几分钟打个电话向带给我们快乐的人表示感谢吧。假如身边没有什么人可以感恩，那我们仅仅在日常生活中表现得有礼貌，也可以促使大脑释放“奖赏”化学物质。感恩是无法忽略的力量源泉，我们要用它来提升我们的健康水平。

参考文献

邓潇斐，罗非，郭建友. (2015). 对立的双生子：基于疼痛的安慰剂效应和反安慰剂效应机制. 心理科学进展, 23(5), 822-835.

雷卫勇, 杨芳, 朱碧华, 孙曙青, 黄维肖. (2012). 感恩拓延—建构理论: 慢病患者健康管理的新视角. 中国公共卫生管理, 28(2), 195-198.

柳艳松, 周振和, 吴震卿, 王志强, 王国强. (2011). 团体认知行为疗法对轻度抑郁症患者概括化自传体记忆的干预. 中国健康心理学杂志(10), 1168-1170.

王逸, 吴巧益, 李长瑾, 何金彩, 郑乐环, 吴珊. (2015). 认知行为疗法结合临床管理对改善乳腺癌患者术后抑郁焦虑情绪的疗效观察. 护理与康复, 14(8), 776-778.

许若兰. (2007). 运用认知行为疗法改变大学生抑郁情绪的个案报告. 中国心理卫生杂志, 21(10), 710-713.

尹桂华. (2014). 认知行为干预对CABG患者焦虑, 抑郁状态及心脏功能恢复的影响(硕士论文). 山东大学.

张薇, 汪淼芹. (2015). 感恩拓延—建构理论在慢性阻塞性肺疾病的研究进展. 现代养生B, (10), 31-32.

张莹, 黄希庭. (2008). 关于安慰剂效应的研究. 心理科学, 31(1), 214-217.

Algoe, S. B., Haidt, J., & Gable, S. L. (2008). Beyond reciprocity: Gratitude and relationships in everyday life. *Emotion*, 8(3), 42-54.

Beecher, H. K. (1946). Pain in men wounded in battle. *Annals of surgery*, 123(1), 96-101.

Benedetti, F. (1996). The opposite effects of the opiate antagonist naloxone and the cholecystokinin antagonist proglumide on p

placebo analgesia. *Pain*, 64 (3) , 535–543.

Benedetti, F., Amanzio, M., & Maggi, G. (1995) . Potentiation of placebo analgesia by proglumide. *The Lancet*, 346 (8984) , 1231 .

Benson, H. (1997) . The nocebo effect: History and physiology. *Preventive medicine*, 26 (5) , 612–615.

Colloca, L., & Miller, F. G. (2011) . The nocebo effect and its relevance for clinical practice. *Psychosomatic medicine*, 73 (7) , 598.

De la Fuente-Fernández, R., Ruth, T. J., Sossi, V., Schulzer, M., Calne, D. B., & Stoessl, A. J. (2001) . Expectation and dopamine release: Mechanism of the placebo effect in Parkinson's disease. *Science*, 293 (5532) , 1164–1166.

Emmons, R. A., & Shelton, C. M. (2005) . Gratitude and the science of positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.) , *Handbook of positive psychology* (pp. 459–471) . New York: Oxford University Press.

Fredrickson, B. L. (2004) . Gratitude, like other positive emotions, broadens and builds. In R. Emmons & M. McCullough (Eds.) , *The psychology of gratitude* (pp. 144–166) . Oxford: Oxford University Press.

Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005) . Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60 (7) , 678–681.

Froh, J. J., Yurkewicz, C., & Kashdan, T. B. (2009) . Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences. *Journal of adolescence*, 32 (3) , 633–650.

Geers, A. L., Kosbab, K., Helfer, S. G., Weiland, P. E., & Wellman, J. A. (2007) . Further evidence for individual differences in placebo responding: An interactionist perspective. *Journal of psychosomatic research*, 62 (5) , 563–570.

Kaptchuk, T. J., Friedlander, E., Kelley, J. M., Sanchez, M. N., Kokkotou, E., Singer, J. P., ... & Lembo, A. J. (2010) . Placebos without deception: A randomized controlled trial in irritable bowel syndrome. *PLoS one*, 5 (12) , e15591.

Kendler, K. S., Liu, X. Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A. (2003) . Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160 (3) , 496–503.

Laird, S. P., Snyder, C. R., Rapoff, M. A., & Green, S. (2004) . RESEARCH: “Measuring Private Prayer: Development, Validation, and Clinical Application of the Multidimensional Prayer Inventory” . *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14 (4) , 251–272.

La Rosa, M., Bottaro, G., Gulino, N., Gambuzza, F., Di Forti, F., Ini, G., & Tornambe, E. (2003) . Prevention of antibiotic-associated diarrhea with *Lactobacillus sporogens* and fructo-oligosaccharides in children. A multicentric double-blind vs placebo study.

Minerva pediatrica, 55 (5) , 447–452.

Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (1996) . Passion and reason: Making sense of our emotions. Oxford: Oxford University Press.

Lopez, M. A., & Basco, M. A. (2015) . Effectiveness of cognitive behavioral therapy in public mental health: Comparison to treatment as usual for treatment-resistant depression. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42 (1) , 87–98.

McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. A. (2002) . The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. Journal of personality and social psychology, 82 (1) , 112.

McCullough, M. E., Kilpatrick, S. D., Emmons, R. A., & Larson, D. B. (2001) . Is gratitude a moral affect. Psychological bulletin , 127 (2) , 249–251.

McRae, C., Cherin, E., Yamazaki, T. G., Diem, G., Vo, A. H., Russell, D., ... & Freed, C. R. (2004) . Effects of perceived treatment on quality of life and medical outcomes in a double-blind placebo surgery trial. Archives of General Psychiatry, 61 (4) , 412–420.

Moseley, J. B., O' Malley, K., Petersen, N. J., Menke, T. J., Brody, B. A., Kuykendall, D. H., ... & Wray, N. P. (2002) . A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. New England Journal of Medicine, 347 (2) , 81–88.

Pacheco-López, G., Engler, H., Niemi, M. B., & Schedlowski, M. (2006) . Expectations and associations that heal: Immunomodulation

ory placebo effects and its neurobiology. *Brain, behavior, and immunity*, 20 (5) , 430–446.

Rosenberg, E. L. (1998) . Levels of analysis and the organization of affect (Vol. 2, No. 3, p. 247) . Educational Publishing Foundation.

Shapiro, A. K. (1971) . Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

Watkins, P. C., Woodward, K., Stone, T., & Kolts, R. L. (2003) . Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude , and relationships with subjective well-being. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 31 (5) , 431–451.

Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W., & Bleichhardt, G. (2015) . Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety) . *Journal of anxiety disorders* , 30, 17.

Wells, R. E., & Kaptchuk, T. J. (2012) . To tell the truth, the whole truth, may do patients harm: The problem of the nocebo effect for informed consent. *The American Journal of Bioethics*, 12 (3) , 22–29.

Wolf, S. (1959) . The pharmacology of placebos. *Pharmacological reviews*, 11 (4) , 689–704.

Wood, A. M., Joseph, S., Lloyd, J., & Atkins, S. (2009) . Gratitude influences sleep through the mechanism of pre-sleep cognition

ns. Journal of psychosomatic research, 66 (1) , 43–48.

07

秩序与健康

秩序的状态可以分为有序（order）和无序（disorder）两种，即“整齐的”和“混乱的”。它是人类社会中常见的现象，如整齐有序街道和杂乱无序的小巷。心理学研究发现，有序和无序都具有功能性，两者均可以激活个体不同的心理状态以及影响个体的行为。一般而言，有序的状态是人类生存的基本需要。人们倾向于保护有序的状态来保障自己的生活处于安全、可控和健康的状态。相反，无序的状态则会给人带来更多不确定性和模糊性，导致人们置身于不安全、不可控的情境中，最终使人们做出有损社会健康、公共健康和个人健康的行为。由此可见，秩序对于健康同样具有重要意义。

城市“牛皮癣”

——破窗理论

判断一个社会是否处于健康的状态，犯罪率是一个重要的指标。打击犯罪，降低犯罪率有助于为社会的健康发展保驾护航，也有利于营造健康的社会气氛，促进人们的身心健康。那么影响社会犯罪率的重要因素是什么？又该如何降低犯罪率？这两个问题都是政府和学者们为社会的健康发展所不可回避的问题。

理论介绍

20世纪80年代，哈佛大学的政治学家威尔逊（Wilson）与犯罪学家凯林（Kelling）首次提出破窗理论（broken window theory）。他们以一则真实的故事为喻，阐明了破窗理论的核心内容：

在某城市里，有一栋建筑常年空置。一次，顽皮的孩子们不小心打碎了一扇玻璃窗。由于无人看管，破损的窗户长期未得到修缮，于是越来越多的玻璃窗被打碎。直到有一天，一些破坏者闯进了屋子，发现房内空无一人，于是，拾荒者偷走了一切有价值的物品，流浪者迁来在此定居，纵火犯甚至前来放火取乐。最后，原本好好的楼房，只因为一个破窗未能及时修复，而变得破败不堪。

由此，威尔逊和凯林（1982）将“破窗”类比为在无序环境中发生的

犯罪。正是由于秩序的存在，潜在的违法者才不敢肆意妄为，挑战法律和社会规则；反之，如若社区中出现了一个失序现象，即使是小到如打碎一块玻璃窗，都足以引起更多、更严重的失序现象，如犯罪、违法。这是因为一扇未被修复的破窗，就等同于向外界表明，根本没有人注意到这些窗户，因此就算你打破了更多的窗户，也未必会付出代价、受到惩罚，而且还能让人感到刺激、有趣。根据学者李本森（2010）的观点，破窗理论的核心在于两点：一是无序与犯罪的相关性；二是对无序的干预，与减少犯罪之间的关系。破窗理论中所描述的无序状态，大多带有破坏性、反社会性、威胁性，是具有衰败、颓废、哀怨气息的，支离破碎而混乱的状态。“破窗”实际上是无序的代名词，而大量的、集中的和被忽视的无序更容易引发犯罪。无序的环境直接导致该环境中人们对犯罪产生恐惧感，进而导致该区域社会控制力的削弱，最终导致严重违法犯罪的产生。

研究支持

破窗理论的提出，是基于美国社会心理学家津巴多（Zimbardo）的一个有趣实验。在这项实验中，津巴多找来了两辆没有牌照的汽车，将它们分别弃置于社会环境完全不同的两个街区：一辆摆放在美国加利福尼亚州的一个中产阶级社区，另一辆则停在纽约市相对杂乱的贫民街区。对于停在贫民街区的那辆车，津巴多不仅摘掉了车牌，还打开了汽车的引擎罩。最终，一台好端端的车变成了一台“被废弃”的车。10分钟内，这辆车就遭到了破坏。最初的“破坏者”是一个三口之家，父母带着年幼的儿子卸走了车上的冷却器和电池。接着，仅仅在一天之内，汽车上

几乎所有值钱的东西都被拆了个精光。然后就是各种随意的破坏：车窗被砸碎、组件被扯下、内饰被撕坏，最后的车壳子也变成了孩子们的游乐场。而放置在中产阶级社区的那一辆车，过了一个多星期也无人问津。后来，津巴多用锤子把那辆车的玻璃砸了个大洞，结果过路的行人立刻加入到了对车辆的破坏中，仅仅过了几个小时，这辆车就被拆了个底朝天。此外，津巴多还观察到，大多数参与破坏的成年人，都是衣冠楚楚、穿着体面的白人。对于长期脏、乱、差的贫民街区，遗弃物品或偷盗赃物的事情时常发生，就算有人对遗弃的汽车进行打、砸、抢的活动，居民们往往也不以为然、漠不关心。而中产阶级社区的事例也表明，实际上相同的情况可能发生在任何一个文明的社区，一旦公共行为的约束被打破，旁人不以为然的态度，反过来就等于是对这些行为的默许和纵容。如果任由这些行为蔓延开去，社会的健康发展也就无从谈起了。

理论应用

李本森（2010）认为，无序的现象对人的越轨行为和违法犯罪具有强烈的暗示性，社区或街区混乱的迹象表明这些地方的犯罪控制很薄弱，潜在的犯罪者将利用这里的机会进行犯罪活动。无序本身就是一种不良的信号，暗示着那里是一个无政府的场所和自由主义的乐园，在那里你可以为所欲为且无所顾忌。破窗理论对于政府构建健康社会有莫大的裨益。

1. 社会秩序是社会健康发展的重要基础

无序与犯罪之间存在相关性，并且大的、集中的和被忽视的无序更容易引发犯罪。根据破窗理论，无序的环境直接导致该环境中人们对犯

罪产生恐惧感，进而导致该区域社会控制力的削弱，最终导致严重违法犯罪的产生。从社会学角度看，破窗理论中所关注的无序大多是带有破坏性、反社会性、威胁性的，具有衰败、颓废气息的混乱状态。“破窗”实际上是无序的代名词。一个或两个无序的社会现象并不会轻易引起犯罪，而如果无序状态达到一定规模或无序活动非常频繁时，犯罪等复杂、消极的社会现象就会出现。无序与犯罪之间的因果关系大多发生在无序处于相当规模和程度时，并需要经过一定时间的积累才会出现。所以，维护好社会的秩序，减少“破窗”的出现，是社会健康发展的重要基础。

2. 零容忍政策是社会健康发展的重要保证

对于公安机关来说，对付“破窗”的最有效策略就是“零容忍”。“零容忍”政策和破窗理论密切相关，该政策在一定程度上是对破窗理论的延伸和补充。它要求公安机关对于任何犯罪或违法扰乱公共秩序的行为，无论大小均依法打击，绝不妥协。大众也会因警察的严格执法，与警察合作防范，从而实现预警式警政、快速反应、积极主动攻击，以对付街头犯罪及骚扰行为，维护公共秩序，最终有助于社会的健康发展。

应用案例

威尔逊和凯林不单是破窗理论的提出者，也是运用破窗理论解决实际问题的积极践行者。在他们的学术生涯中，大部分研究内容都是对破窗理论的探索和发展。在20世纪的八九十年代，凯林被任命为纽约市警察局（NYPD）的政策顾问，亲自参与了纽约市社会秩序的重建与治理，其中对纽约地铁的整治成效最为显著。1994年，纽约市市长朱利亚尼（

Giuliani) 面对纽约市老大难的治安问题，强调通过增进治安、加强公共建设、提高城市活力来恢复纽约的社会秩序，改善城市形象。他随即任命布拉顿 (Bratton) 为纽约市警察局局长。两人将破窗理论作为施政基础，以打击犯罪、增强执法效率为主要目标，制定了“积极执法、有效威慑”的战略，并联手发起了许多大规模的执法行动，重点打击在城市内肆虐的轻微罪犯活动，例如街头涂鸦、地铁逃票、街头擦车、强行乞讨、私藏大麻、乱丢垃圾、随地便溺等。此外，通过建立警务责任系统，借助计算机等新技术，在互联网尚未普及的年代，便将大规模的数据分析引入治安管理中，这使得警务人员的执法效率显著提高。

布拉顿要求，即使小到一块玻璃窗被砸破的投诉，接警中心也要一律认真对待，而且警务人员不能仅仅是打击违法犯罪人员，还需要真正解决这些问题，例如对流浪汉以及酗酒、卖淫和吸毒人员，必须刨根问底：他们从哪里来？有什么困难？需要什么帮助？而不是让这些人从一个区域转移到另一个区域。

第二年，纽约的犯罪率应声而降。凶杀案从1994年的1561宗下降到1177宗，车辆盗窃案由95420宗下降到72679宗。此后，这些重要的指标不断下降。2009年，凶杀案下降到466宗，创下了50年之最低。这个指标，已经使纽约跻身全美最安全的大城市行列。

由于取得了不俗的整治效果，破窗理论也因此声名大噪，“零容忍”原则也开始逐渐推广到社区治理之外。1994年的美国国会通过《学校无枪法》，使得“零容忍”政策成为联邦教育法的一部分。1999年5月，“零容忍”被克林顿政府引入司法部“打破毒品和犯罪恶性循环执法政策”。此后各州教育部门都相应立法，例如，得克萨斯州的《学校安全法》等，都有基于“零容忍”原则的法规和条款。

点评：如今破窗理论在经济学、管理学、教育学和图书馆学等诸多学科，都能找到运用破窗理论的实践案例。随着破窗理论被引入中国，“零容忍”也迅速得到了响应，被运用于打击学术造假、考试作弊、假冒伪劣、虚假广告等诸多领域之中。小到个人层面的日常工作，如班主任、图书管理员、医护工作者的服务和管理，大到国家层面的反腐倡廉、打击假冒伪劣商品，破窗理论在不同的应用层次也都取得了相应的成效。

谈笑有鸿儒，往来无白丁 ——邻居秩序

著名社会学家斯科根（Skogan）将邻里无序性（neighborhood disorder）定义为社区里显而易见的缺乏秩序和社会控制的表现（Skogan, 1992）。有序是一种和睦、安全、遵守法律的状态，控制则指的是维持这种有序的行为。居民能够通过显而易见的表现感知到这种有序和控制。这些显而易见的表现既包括物理性的，也包括社会性的。社会性无序（social disorder）是指包括人在内的一种缺乏社会控制的状态，包含特殊的事件和活动。典型的社会性无序表现有：邻里纷争，社会闲散人员到处游荡，酗酒、吸毒、乞讨人员泛滥，以及一种危险的感觉。类似乱扔垃圾、墙面涂鸦、破坏公物这些社会性无序的表现表明社区邻里缺乏社会控制。物理性无序（physical disorder）指的是邻里之间的物理性质方面的表现，是一种持续的、日常的环境方面的表现。典型的物理性无序表现有：吵闹、脏、建筑物破损失修、烂尾楼以及处处可见的破坏公共设施行为等。而邻里有序的典型表现包括：干净整洁、安静、安全、建筑维护良好、良好的保安监管系统、社区低犯罪率、街道上无社会闲散人员游荡。显然，邻里秩序与居民的身心健康有着密不可分的关系，而心理学研究在这方面也有着丰富的研究成果。

理论介绍

自破窗理论提出以来，有研究者就将“破窗”与邻里的秩序联系在一起，他们还关注邻里秩序与人们身心健康的关系上。其中，以米罗斯基（Mirowsky）和罗斯（Ross）的两阶段模型理论为典型代表。他们认为，邻里秩序混乱可能会频繁地或慢性地激活“战斗或逃跑”反应（Mirowsky & Ross, 2003）。从短期来看，这种反应的频繁激活能够激起恐惧和焦虑的感觉。从长期来看，当个体察觉到自己没有逃脱威胁或危险的能力，并明显地感觉到惊恐和焦虑时，可能会陷入抑郁中——感觉到精疲力竭、没有生气以及对未来不抱有希望，最终导致身心健康水平的下降（Hill, Ross, & Angel, 2005）。其理论模型见图7-1。

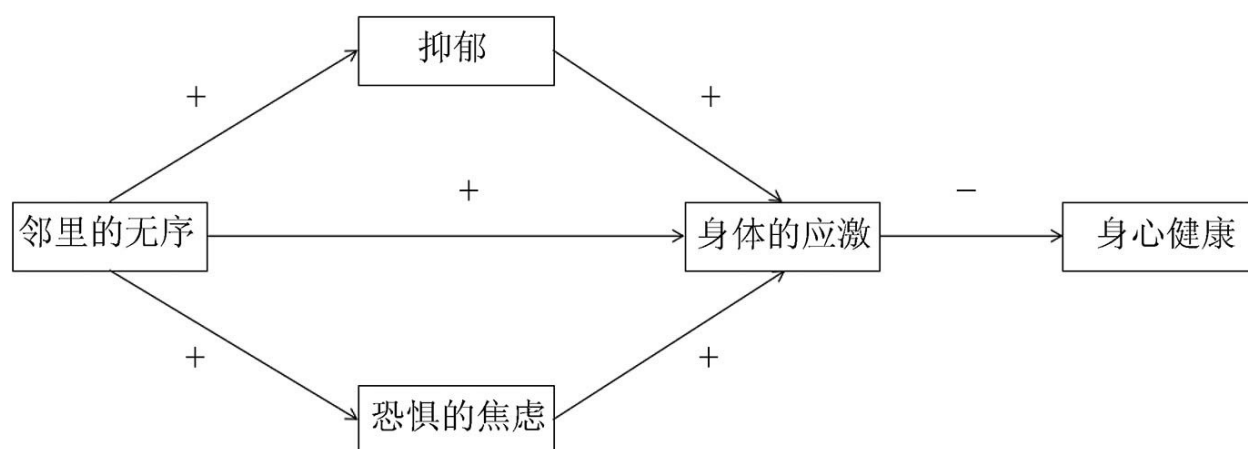


图7-1 邻里的无序损害个体身心健康的作用机制

研究支持

自斯科根提出邻里无序性以来，关于邻里秩序与个体身心健康的研究便成为一个热点。目前国外已有诸多研究证实：邻里秩序与个体的睡眠、肥胖、酗酒、压力等都有着密切关联，而这些指标是个体身心健康的重要体现。如希尔（Hill）等人（2005）基于2004年美国得克萨斯州的成年人的调查数据，探究了邻里无序性评价与睡眠质量和心理健康之

间的关系，结果发现，个体感知到的邻里无序与更低的睡眠质量、更大的心理压力有一定程度的相关，表明个体感知到的邻里无序会降低个体的睡眠质量，影响个体的心理健康。希尔等人（2005）的研究还发现，邻里的混乱与个体的心理应激和酗酒行为呈正相关。卡西亚诺（Casiano）和马西（Massey）的准实验研究也发现，邻里的混乱与个体的焦虑呈正相关（Casiano & Massey, 2012）。此外，近年来更有研究者通过大范围样本的调查得出类似的结果。如黑尔（Hale）等人（2013）以美国威斯康星州居民为样本进行了调查，结果发现，邻里的无序性能预测个体低水平的睡眠质量。希尔等人（2014）则从六个国家的样本着手进行调查，发现邻里的无序性的确能预测个体的睡眠质量。

理论应用

邻里秩序与居民的身心健康关系密不可分。社区和居民要想获得良好的健康状态，邻里秩序是关键因素。对邻里秩序的调控和居民自身对邻里秩序的构建均是健康社区的核心任务。

避免混乱的邻里秩序，也就减少了不健康现象的潜在因素。现有证据已经表明，混乱的邻里秩序，如暴力事件、噪音、污染以及年久失修的建筑等，都会对个人的身心健康产生负面作用。如果能减少出现这些混乱的因素，就能避免相关有损健康的行为。

构建良好的社会支持网络有助于居民的身心健康发展。一个强大的社会支持网络与个人健康密切相关，支持系统主要包括亲人和朋友，而友好的邻里关系是人脉体系的延伸。感知到的邻里社会凝聚力是社会支持的一个类型，并且对个人非常有用。因此，这需要我们的政府、社区

与居民们同心同德，一起构建邻里秩序良好、和谐的生活小区，这将是居民们健康生活的必经之路。

应用案例

孟子（名轲）是战国时期的大思想家。孟子从小丧父，全靠母亲倪氏一人日夜纺纱织布，挑起生活重担。倪氏是个勤劳而有见识的妇女，她希望自己的儿子读书上进，早日成才。一次，孟母看到孟轲在跟邻居家的小孩打架，孟母觉得这里的环境不好，于是搬家了。又一天，孟母看见邻居铁匠家里支着个大炉子，几个满身油污的铁匠师傅在打铁。孟轲当时正在院子的角落里，用砖块做铁砧，用木棍做铁锤，模仿着铁匠师傅的动作，玩得正起劲呢！孟母一想，这里环境还是不好，于是又搬了家。这次她把家搬到了荒郊野外。一天，孟子看到一队穿着孝服的送葬队伍，哭哭啼啼地抬着棺材来到坟地，几个精壮小伙子用锄头挖出墓穴，把棺材埋了。他觉得挺好玩，就模仿他们的动作，也用树枝挖开地面，认认真真的把一根小树枝埋了下去。孟母实在看不过去，再一次搬家了。这次她把家搬到一所学堂旁边，有个胡子花白的老师教着一群大大小小的学生。老师每天摇头晃脑地领着学生念书，那声音就像唱歌，调皮的孟轲也跟着摇头晃脑地念了起来。孟母眼见儿子喜欢念书了，高兴得很，就把孟轲送去上学。由于孟轲天资聪明，又勤奋好学，终成儒家学说的代表人物之一。

点评：良好的邻里环境对个体身心健康的发展是十分重要的，对儿童而言更是如此。著名心理学家班杜拉认为外部环境会影响个体的毕生发展。换言之，儿童能否得到健康的发展也与他们生活中的社会榜样息

息相关。邻居作为儿童常见的社会榜样，会是一个影响儿童身心发展的重要因素。因此，保证和维护邻里秩序的良好与稳定将是政府、街区与家长共同合作的重点。对于成年人而言，如果邻里秩序处于混乱的情况，根据破窗理论以及米罗斯基和罗斯的理论模型，成年人可能会更多地表现出酗酒、失眠、肥胖等不健康现象。

房间秩序见健康

——世界随机性模型

当代心理学家普遍认为，自我控制往往有利于人们的身心健康，即个人的健康行为往往是人们自我控制能力的体现（Clark, Gong, & Kaciroti, 2014; Moffitt et al., 2011）。换言之，我们可以认为，自我控制行为是健康行为范畴中的典型，诸多健康行为和良好习惯都有赖于人们的自我控制。然而，自我控制常常会受到物理环境的秩序性的影响。近年来，一种有趣的现象逐渐引起心理学家的重视——身处混乱房间的个体会表现出较低的自控能力，从而做出不健康的行为。这给我们提供了一个探讨个人健康影响因素的全新心理学视角，也为我们维护个人健康提供了一个新的路径。

理论介绍

混乱的房间通常指没有条理、杂乱的房间环境，如书桌上的文件无序摊放、鞋子在地板上东一只西一只等。有学者指出，混乱的房间将使人思绪混乱，而整齐的房间将使人思路清晰（Williams & Bargh, 2008）。混乱会分散人们的注意力，而当注意力被分散时，人们就很难进行仔细的思考。另外，根据卡尼曼（Kahneman）的观点，在注意力被分散的情况下，人们难以进行精细系统的思维（elaboration likelihood model, ELM），而进入直觉思维的模式（heuristic systematic model, HSM

）。在直觉思维模式下，人们会倾向于使用简单的线索乃至直觉对事物进行判断，面对充满诱惑的刺激时就难以抵抗（Kahneman, 2011）。简言之，混乱的物理环境会让人们失去理性，从而难以实现成功的自我控制。

最近，有环境心理学研究者结合卡尼曼的思想提出了世界随机性模型（the world is random, WIR）来解释混乱环境是如何影响个体的健康行为的。小田部（Kotabe）指出，混乱的环境（如杂乱的环境）会激活人们一种心理模式，即“世界是随机的”（WIR mindset）。这种心理模式其实就是相关概念的集合，如随机、运气、机会等。这些概念都具有一个共同的特点——“不确定的”。不确定感的感知，意味着人们会处于一种自我控制降低的状态，而自我控制的下降则会导致人们表现出诸多负面的、不健康的情绪、认知和行为。图7-2是这个理论的概况（Kotabe, 2014）。

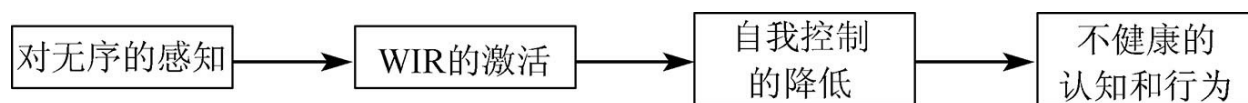


图7-2 世界随机性模型

研究支持

关于混乱的房间减少个人健康行为的直接证据可见于福斯（Vohs）的研究（Vohs, Redden, & Rahinel）。在其研究中，福斯等人布置了一组房间，整齐的和混乱的，如图7-3所示。然后，他们将被试随机安排到不同房间中，要求被试要求他们填写一叠无关的问卷。10分钟后，主试向被试出示两种报酬以供挑选。一种是苹果，代表健康的食物选择

；一种是巧克力棒，代表不健康的食物选择。结果发现，在整齐房间的被试更多地会选择苹果作为实验报酬，而在混乱房间的被试则会更多地选择巧克力棒作为实验报酬。这个实验从健康饮食的角度得出了混乱的房间会降低个人的自我控制能力这一现象。

有研究者的一系列实验以不同的自我控制测量范式——冲动性消费行为（impulsive buying）、经典斯特鲁普（stroop）任务、不可能任务范式（frustrating task/unsolvable puzzle）证实了混乱的房间对个体自我控制的消极影响（Chae & Zhu, 2014）。

除了国外的研究，我国的研究也得到了同样的结果。如范筱萌等人（2012）的研究发现，在混乱房间中的被试更倾向于做出不健康的食物选择（薯片），也表现出较低的延迟满足水平。



图7-3 左侧的是整齐的房间，右侧的是混乱的房间（Vohs et al., 2013）

理论应用

混乱的房间会削弱个体的自我控制能力，从而使得个体表现出不健康的认知判断和行为。上述理论和研究都提醒我们，容易忽略“混乱”这一日常生活现象对自身健康的影响。这为我们看待如何提高自身的自控能力，维护自身健康提供了一些新的思路。

1. 秩序感是人类健康发展的基本需要

我国学者易晓明（2002）指出，人的生命体是一个有规律运动，充满秩序的统一体，这种节律性和秩序性的形成是生物长期演化的结果。进化理论揭示了人的进化是从单细胞向多细胞不断分化、整合，从无序逐渐到有序的发展过程。正是这种生命秩序要求人避免混乱，追求有序。人从诞生那一天开始，整个生命呈现出多种节律的相互作用、相互制约，从而构成了一个复杂、丰富的多层次节律体系。可见，人体中没有哪一种物理和化学变化是没有节律的，人就是秩序的生命体。因为只有面对秩序时，人的内心诸种心理功能才能和谐运动，生命结构才会与外界秩序结构发生同构和契合，从而产生愉悦、舒服的情感体验，并从中获得生命的安宁和健康的发展。

2. 自我控制能力会受到物理环境的影响

肥胖、酗酒、养成良好生活习惯等都与自我控制有关，所以自我控制能力良好是一个人的身心健康的重要体现。一直以来，我们常常认为自我控制是个体内部的事，换言之，自我控制与否与我们自己的意志力有关。一般认为，人们自控失败往往是因为自己的意志力不够坚定。但是，当代心理学研究已经发现，人们自控失败不仅是因为自己不够坚定，更有可能是因为物理环境的原因。混乱的物理环境会使得个体偏向于采用非理性的、直觉的思维模式，这种思维模式往往会导致自控失败。所以，对于人们而言，要想避免肥胖、酗酒、冲动性消费等不健康表现

和行为，不妨从营造整齐的生活环境，摆脱混乱的生活环境开始，最终一步一步地提高自控能力，得到良好的健康发展。

拓展阅读

混乱是否有益

俗语说，一个硬币有两面。虽然乱糟糟的房间会让我们处于失去自控的潜在危险，然而混乱无章的房间在另一个角度却有益于我们的创造力发展。心理学家福斯（2013）用两间办公室进行了对比实验，两间办公室的内部摆设、家具及阳光照射等都一样，其中一间办公室收拾得干净整洁，另一间杂乱地摆放着电脑及文件资料等。研究人员随后对坐在不同办公室的人进行了一项问卷调查，让他们列举出乒乓球的10种用法。结果显示，坐在凌乱办公室里的人，想出的用法更有趣、更具创造性。福斯对此的解释是，创造力主要特征是要突破规则，打破固有的条条框框。而混乱的环境中充满着不确定性和非规则性，如此有助于人们冲出常态。研究表明，杂乱无章的环境的确能促进人们的创意活动，让人摆脱制约和束缚。不少名人都喜欢在杂乱环境中工作，爱因斯坦、乔布斯、扎克伯格的工作间、办公桌从来都很乱。原因是周边环境的各种不同事物能让我们的思维变得灵活，充满灵感。但是，我们并不能否认，肯定也有不少厉害的人物喜欢在整洁的环境下工作。所以，混乱的工作环境与创造力的关系，并不是直接的线性关系。因为，懒人的房间肯定是乱七八糟的，这跟他的创造力高低并没有丝毫关系。这些人不仅身体懒惰，思维也是懒惰的。所以，无论“混乱有害”还是“混乱有益”，我们都要学会在混乱的环境下学习、工作、成长。如此，我们才能不受

环境的影响。

应用案例

肥胖已经成为一个现代人无法避开的热门话题。人们通常认为，饮食无度和缺乏运动是导致肥胖的主要根源。不过，最近一名来自澳大利亚的健康专家彼得·沃尔什（Peter Walsh）在其著作《瘦子房间的秘密》（Does this clutter make my butt look fat?）中提出了一个有趣的新鲜观点——混乱的房间也会导致肥胖，进一步而言，对混乱的感知会促进个体的不健康行为，从而导致肥胖。他调查了数千名住房或办公室混乱的人后发现，混乱的生活环境确实会让人们的体重攀升，而且人们一旦摆脱了这种生活方式，那么体重就会下降。

其原因是，乱糟糟的生活方式（典型代表就是混乱不堪的房间）会使人们产生非常不健康的饮食行为，最终导致肥胖。物件混乱不堪的房间并非是一天造成的，同样的，体重超标也非“一日之寒”。房间混乱与身体发胖两者都有一个共同点——毫无秩序，失去控制。人们对诸多不健康生活习惯的危害性都心知肚明，但是经常会放松警惕，最终才会造成身体肥胖。沃尔什强调，住处是否整齐有序往往可以反映出人们的心态和身材。例如，混乱的厨房和寝室会导致人们糟糕的饮食；客厅的混乱会导致不容易找到运动装备，如此便导致人们难以坚持健身。因此，按照沃尔什的观点，减肥的第一步是重新评估自己的生活环境，合理安排，让自己的房间变得整齐有序，为自己告别不良习惯打好基础。

点评：现今国人对互联网的使用越来越频繁，大量的时间都被网络活动所占据。在这种情况下，可能会分配更少的时间去整理房间，这就

让我们更多地处于混乱的物理环境之中，自我控制受到损害。对于那些想要减肥，想要成功自我控制，想养成健康生活习惯的人们，其实可以从整理自己的房间、办公桌开始。

【关注公众号】：**奥丁读书小站（njdy668）**

- 1.每日发布新书可下载。公众号首页回复书名自动弹出下载地址。
- 2.首次关注，免费领取**16**本心里学系列，**10**本思维系列的电子书，**15**本沟通演讲口才系列，**20**本股票金融，**16**本纯英文系列，创业，网络，文学，哲学系以及纯英文系列等都可以在公众号上寻找。
- 3.我收藏了**10**万本以上的电子书，需要任何书都可以这公众号后台留言！看到第一时间必回！
- 4.也可以加微信【**209993658**】免费领取需要的电子书。
- 5.奥丁读书小站，一个提供各种免费电子版书籍的公众号，提供的书都绝对当得起你书架上的一席之地！总有些书是你一生中不想错过的！上千本电子书免费下载。

参考文献

曹珩. (2014). 破窗理论视野下的微博传播研究 (硕士学位论文). 苏州大学.

范筱萌, 郑毓煌, 陈辉辉, 杨文滢. (2012). 混乱的物理环境对消费者自我控制的影响研究. 营销科学学报, 8 (4), 71-78.

李本森. (2010). 破窗理论与美国的犯罪控制. 中国社会科学, (5), 154-164.

易晓明. (2002). 秩序感是儿童道德成长中的重要情感资源. 学前教育研究, 2, 4-7.

Casciano, R., & Massey, D. S. (2012). Neighborhood disorder and anxiety symptoms: New evidence from a quasi-experimental study. Health & Place, 18 (2), 180-190.

Clark, N. M., Gong, M., & Kaciroti, N. (2014) . A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Education & Behavior*, 41 (5) , 499–508.

Chae, B., & Zhu, R. (2014) . Environmental disorder leads to self-regulatory failure. *Journal of Consumer Research*, 40 (6) , 1203–1218.

Hale, L., Hill, T. D., Friedman, E., Nieto, F. J., Galvao, L. W. , Engelman, C. D., & Peppard, P. E. (2013) . Perceived neighborhood quality, sleep quality, and health status: Evidence from the Survey of the Health of Wisconsin. *Social Science & Medicine*, 79, 16–22.

Hill, T. D., Ross, C. E., & Angel, R. J. (2005) . Neighborhood disorder, psychophysiological distress, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (2) , 170–186.

Hill, T. D., Trinh, H. N., Wen, M., & Hale, L. (2014) . Perceived neighborhood safety and sleep quality: A global analysis of six countries. *Sleep medicine*, 18, 56–60.

Kahneman, D. (2011) . *Thinking, fast and slow*. Macmillan Press.

Kotabe, H. P. (2014) . The world is random: A cognitive perspective on perceived disorder. *Frontiers in psychology*, 5, 1–5.

Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., & Caspi, A. (2011) . A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108 (7) , 2693–2698.

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003) . Social causes of psychological distress. Transaction Publishers.

Skogan, W. G. (1992) . Disorder and decline: Crime and the spiral of decay in American neighborhoods. University of California Press.

Wilson, J. Q., & Kelling, G. L. (1982) . Broken windows. Atlantic monthly, 249 (3) , 29–38.

Williams, L. E., & Bargh, J. A. (2008) . Keeping One's distance: the influence of spatial distance cues on affect and evaluation. Psychological Science, 19 (3) , 302–308.

Vohs, K. D., Redden, J. P., & Rahinel, R. (2013) . Physical order produces healthy choices, generosity, and conventionality, whereas disorder produces creativity. Psychological Science, 24, 1860–1867.

后记

健康长寿一直是人类的永恒追求。拥有健康的身心，享受美好的人生，是无比快乐的事情。美国健康与社会福利部（OSDHHS）1990年曾发布报告指出：尽管现代医学和外科手术高度发达，大大减轻了疾病对人类的威胁，减少了人类因疾病而过早死亡的概率，但却不能掩盖这样一个事实，即70%以上的疾病原本都是可以避免的。那么如何去避免？为什么能够避免？相信这是许多关注健康的人们都迫切想知道的。而对这两个问题能够做出较好回答的就是当下我们所熟知的健康心理学这一新兴学科。

健康心理学作为一门学科形成于20世纪70年代后期，它是在医学由生物—医学模式向生物—心理—社会—医学模式转化的过程中出现的。美国从节约医疗保健经费开支与降低发病率的目的出发，率先开始了对健康心理学的研究。1976年，美国心理学会讨论了心理学在人类健康中的重要作用，除了强调心理学在心理卫生中的作用外，还指出心理学应当研究有损人类健康或导致疾患的心理与社会行为因素，探讨预防和矫正不良行为以及帮助人们学会应付社会的紧张刺激。随后，成立了一个由心理学家组成的健康研究小组，并在此基础上，于1978年8月正式成立了健康心理学分支，成为美国心理学会的第38个分支学会，创办了《健康心理学》和《行为医学杂志》。由于健康心理学的研究及其工作实践与人类健康的各种问题紧密相连，甚至直接关系到社会的进步与个人

的幸福，所以它在建立后的短时间里就获得了迅速的发展。实践表明，健康心理学在与相关学科协同合作的过程中，已经并将会越来越显示出其造福人类的重要作用。

本书旨在向读者介绍国内外健康心理学领域的相关理论观点、研究主题与研究成果，普及健康心理学的重要理念，提供科学的方法，以帮助读者预防疾病，促进健康，乐享幸福。作者在参阅了大量与健康心理学有关文献的基础上，确立了“情绪与健康”“社会化与健康”“行为、生活方式与健康”“人格与健康”“应激与健康”“疾病与健康”“秩序与健康”7个经典而又常新的领域，共选取了31个与个体健康密切相关的研究主题，以此向读者展示国内外健康心理学领域的研究成果，指导健康生活。

本书是多人共同合作的结果。郭成、赵小云负责拟定全书结构体系，参加编写的人员是张玉青、郭成（绪论），杨玉洁、郭成（第一章），谭蔓、赵小云（第二章），苏瑜蓉、郭成（第三章），曹欢、赵小云（第四章），李卫卫、赵小云（第五章），游雪勤、郭成（第六章），黄俊锋、郭成（第七章）。全书由郭成、赵小云统稿，郭成定稿。

本书在编写过程中参考了大量的文献资料，部分内容取材于网络，在此谨向原作者致以诚挚的谢意！同时本书的出版得到了浙江教育出版社编辑的大力支持和帮助，在此深表谢意！

编写本书对作者来说，是一次新的尝试，由于学识与经验有限，书中疏漏及争议之处在所难免，恳请读者批评指正！

郭成
于西南大学
2015年12月