

苏联关于心理治疗问题的研究概述

段淑贞 周惠卿

(中国科学院心理研究所)

1948年全苏神经病理学家和精神病学家第三次代表大会的分组会议中,曾对心理治疗的问题进行广泛的讨论,而在会议后的几年来,苏联精神病学家在心理治疗的理论和实践方面获得了许多新的资料。苏联心理治疗家在掌握巴甫洛夫生理学说及其在治疗工作中的实际应用上也取得了巨大的成就。近年来,心理治疗机制的生理学研究以及心理治疗和心理学的密切联系都有显著的发展。苏联的心理治疗专家过去和现在都依据卓越的祖国精神病学家们(科尔萨科夫,别赫切烈夫,卡纳比赫)曾深刻阐述过的心理治疗问题的经验,同时也利用了外国心理治疗家的优良的经验。

1956年在莫斯科又举行了一次讨论心理治疗问题的全苏会议,会议中提出关于心理治疗的理论基础、生理基础、一般方法和临床应用等等问题的许多报告,为我们深刻地了解心理治疗的本质及其在临床中应用的价值,提供了极其宝贵的和丰富的资料。

本文中我们只就心理治疗的若干问题作综合性的概述,关于心理治疗在临床中的应用问题,将在另文综述。

心理治疗的理论问题

心理治疗是一个包括许多影响人的精神的方法体系。其目的是利用生理和心理统一的原则、机体和外界环境统一的原则改善病人的神经状态和一般状态。心理治疗的价值已由医学实践所证明。神经病学和精神病学以及其他领域的临床经验,使我们能把心理治疗看作不仅是心因性疾病,而且也是某些躯体性疾病的最重要的治疗方法。但是,在疾病的起源与发展中,心因性的因素愈多,则心理治疗的意义也愈大。

心理治疗理论的发展与研究,直接依赖于对人的心理特点的研究。没有科学的唯物主义心理学,要解决心因性疾病和心理治疗的问题是不可能的。医师常常把人的概念生物化了,只有把巴甫洛夫高级神经活动生理学与唯物主义心理学结合起来,才能克服这种生物化倾向,并将病人不仅看作是有机体,而是完整的人。心因性疾病是人的疾病,对它的研究就应该从人的概念以及个人以体验、动作和行为的形式对现实世界作反应的方法出发;高级神经活动生理学和病理生理学的成就,已给人们提供了关于正常高级神经活动的一般规律、各种活动间复杂的相互关系、病理障碍机制等的知识。但是在现有的水平上,无论心理学或高级神经活动生理学都不能单独解决心因性疾病和心理治疗的问题。巴甫洛夫说过,“精神病治疗家一定不可避免地也要是心理学家,即便是经验主义的也好”。因此发展巴甫洛夫的遗产是当前心理学家、生理学家和临床医学工作者的任务,但任务不只在重复巴甫洛夫说过的东西,而是要把心理学与生理学结合的思想在人和人的活动的

概念中擴大并具體化。

組成人格的基本因素是與客觀現實的關係。作為自然發展和社會發展最複雜的產物——人，對客觀現實的關係底具體內容和形式有着特殊的重要意義。人對周圍世界極為複雜而善變的關係都表現并反映在他的心理活動中。缺乏對這些關係的探討，就不可能有馬克思主義心理學的客觀研究。高度發展的人的關係是與客觀現實各个方面產生積極性、選擇性聯繫的整合體系，它源自人的全部發展歷史并內在決定着人的行動與體驗，其表現形式是極為特殊而複雜的，從最簡單的反射開始一直到以言語和思維的發展為基礎、作為綜合的社會性產物的信念為止。人的關係聯結的主要不是與事物的外部現象，而是與事物的內在性質和意義。既然事物屬性的存在對一切人說來是一樣的，但與之相聯繫的每個人的行動與體驗則有選擇性的不同，顯然，行動和體驗的重心與特征乃是在於作為關係的主體的人。

誰都知道，人的行動和體驗并非直接由外部影響所決定，而是受內部世界所決定的。內部世界就是決定着人對周圍世界反應的間接性以及外部行為的關係體系，這種關係體系也可理解為個性或人格。當我們考慮到個體經驗在人的發展與活動中的重大決定性作用時，必須指出人的關係還決定於作為他內部世界基礎的社會歷史經驗。

在神經官能症中，關係的失調起着致病的作用。個人主義、自我中心、孤僻、拘謹、缺乏自我批評、自我欣賞等，不僅是精神創傷的源泉，而且也是對困難的生活採取病態反應的原因。這時的心理治療就是對患者的失調關係進行改造，首先起作用的是醫師和病人的相互關係。例如催眠狀態的發生在很大程度上取決於被催眠者對催眠者的態度。

情緒問題在心理治療理論中有重大的意義，它在生理學的研究中被認為是皮質下的活動，是複雜的無條件反射。但當情緒涉及美感和道德感的領域時，就不能用皮質下活動來說明了。十分清楚，人的情緒表現是建立在強烈的皮質興奮與皮質下興奮暫時聯繫的動力系統上的。表現為所謂高級情緒的皮質興奮，包含着人所特有的神經活動成分，它促使着、指導着人的言語、思維和行動，由於興奮的力量建立起緊密的、持久的和優勢的暫時聯繫。精神振奋、激動、痛苦的道德沖突都影響到人的整個機體，成為不可控制的沖動力量以及鞏固的難忘印象的源泉。

情緒領域包括三種不同的概念範疇：1)有牢固痕跡效應的劇烈情緒反應；2)涉及整個人，在精神病時是支配他一切體驗、思維和行為的情緒狀態；3)在病理學中決定着知覺的歪曲，以及反應、動作和體驗的片面性和極端性的情緒態度的變化。病理性反應，心因性病理性反應（如反應性抑鬱症）和心因性病理性發展（如妄想狂等）都是與情緒表現的病理改變有聯繫的臨床形式。

心因性疾病是由情緒態度引起的，與劇烈的、悲痛的體驗聯繫着的，愛人的亡故或變心、侮辱、沖突等等都是致病的情境。這時，由人在生活歷史中形成的深刻而牢固的、帶有情緒的態度所決定的緊張度愈強，則這些情境對他來說愈成為難以忍受的。親人的亡故只在具有情緒態度（對死者的愛）的條件下才是一種打擊。侮辱只有當人們認為是受欺侮或他具有自尊心時才可能引起深刻的反應。關於這些沖突和過度緊張的生理機制已由巴甫洛夫的動物實驗所証實。在研究人的心因性疾病時，應該表明，促使引起最強烈的反應和傾向的人的態度是如何形成的，因為在發生矛盾的條件下，這種強烈的態度可引起高級

神經活动的破裂和病理性精神状态或躯体状态。

这里也必須談一談高級神經活动的类型問題。人的类型特点是以不同的体系分別地表現出来的。例如,生理上是弱型的,由于教育可使道德上成为坚强的、稳定的和刻苦耐劳的;智力的灵活性也可以和情緒的稳定性、巩固性和深刻性結合起来。因此,根据一个人的某些表現决定他是強型或弱型,灵活的或不灵活的是不太恰当的。这点并没有改变巴甫洛夫关于紧张的来源取决于生活上的难题与神經类型的相互关系的論点。对于人来说,要求特別考虑到,人的性格的类型特征表现在哪些方面,他在哪方面是弱的,哪方面是強的。必須不仅从整个类型,而且从神經活动的薄弱环节来找出其发病的原因。为查明某些疾病和神經类型之間的关系而进行的研究結果表明,这种关系与其說是存在于疾病和作为特性复合体的类型之間,不如說存在于疾病和某一特性或几种特性之間。例如在研究中看到了神經系統惰性和神經官能症之間的联系。对于病人神經活动特性的理解,使我們有可能对它們采取改造的措施。

最后,談談病点的問題。如果对于实验动物来说,这是与解决任务的困难性相联系的刺激;那么,对于人来说,是使他痛苦和难以忍受的人和环境,或者更确切地说,是人对这些使他痛苦和难以忍受的人和环境的態度。过敏的病感受性是与此种態度有关的。这种態度并不简单只是特殊感应性的表現,同时也从发生和历史上看作是病点感应性形成的原因。发病机制的分析可揭露病理状态的历史,并帮助安排治疗的任务。发病机制可分为两类:第一,完善的个性在困难情况影响下发生病理的 attitude 与障碍;第二,人的性格和 attitude 在长期不良条件影响下发生病理的改变。这只是大概的情况,实际上常存在有第一类到第二类的过渡,或者是两类的复合,这应该是研究的对象。

性格是在克服困难的过程中锻炼出来的。在生活道路上沒有困难的温室式教育,絕不能培养出坚强的性格来。在人的整个生活过程中,性格是不断地在形成,即便在成人时期,也会由于生活条件和社会影响而发生变化。但这种改造或再教育需要巨大的努力,有时某些特殊性格和 attitude 也难以改变。

人的特性和 attitude 的这种动力改变——亦即人格的改造——是心理治疗获得巨大成效的重要基础。

上面所談到的几个重要的心理学概念与心因性疾病的相互关系,为心理治疗的可能性提供了有力的科学論据。

心理治疗的生理基础

心理治疗也可說是言語治疗,它是医师在与病人的交往过程中通过言語对病人产生某种影响的方法,是为人所特有的,并且是按照人的社会的、自然的特点进行的。当医师与病人接触时,他的生动的言語可对病人起直接的治疗作用,这时,病人的高级神經活动是治疗的客体,而医师的言語是治疗的工具。詞一旦作用于大脑皮质的第二信号系統,就能扩散到与它有密切联系的第一信号系統以及具有高级植物中枢与最复杂的无条件反射(本能、情感)的皮质下部位,同时引起十分真实的、并能客观记录下来的治疗效果。因此,言語治疗是一种能对病人整个机体(包括精神和身体)有治疗作用的、有科学根据的方法。

巴甫洛夫高级神經活动生理学与病理生理学的巨大成就,使言語治疗获得了真正的

科学基础。根据巴甫洛夫关于现实信号系统的生理学說、特别是与第一信号系统协同作用的第二信号系统的学說，言語作用就可得到充分的闡明。巴甫洛夫把内外环境中直接作用于感受器的信号性条件刺激物系统，称为第一信号系统，它在动物对周围环境的适应中是唯一的系统，在人的高级神经活动中也占有主要地位。这一系统是人与动物所共有的。詞、言語是只为人所具有的第二信号系统，它是人类生活的經常调节者，是大脑皮层活动的特种附加物。

巴甫洛夫写道：“这种附加物关系到言語机能，并給大脑两半球机能带来新的原則。如果我们关于周围世界的感觉与表象，对我们来说是现实底第一信号，那么，言語，首先，尤其是那种从言語器官传到大脑皮层的动觉刺激，乃是第二信号，即信号底信号”。“第一信号系统活动中所确定的基本規律，应该也指导着第二信号系统，因为这是同一神经組織的活动”。因此，第二信号系统与第一信号系统一样，是服从同一皮层动力的生理規律。言語作用于第一信号系统，并能通过第一信号系统作用于皮层下部位，建立生理性反应和刺激物間的条件联系。

巴甫洛夫又写道：“对于人来说，詞也象人与动物所共有的其余的刺激物一样，乃是一种现实的条件刺激物，……詞，由于成年人过去的全部生活关系，是与那些达到大脑两半球的一切内外刺激相联系着的，并随时成为这些刺激的信号，随时代替这些刺激。因而，詞也能够随时对有机体引起那些刺激所能决定的行动和反应”。

許多生理学的研究証明，言語作用能随着它的内容有条件地引起人类机体各种生理和生化的变化，影响动物性-内分泌-植物性系统的整个分析器与效应器的机能。所以，人类机体中没有一个器官或系统的状态不受通过脑皮层的言語作用的影响的。

根据貝柯夫的意見，“来自脑皮层的冲动可在机体生活中引起巨大的变动”。在言語作用于皮层动力的情况下也可产生“巨大的变动”，例如，用一个简单的言語指示“睡吧！”可使某些人产生催眠性睡眠。暗示性情緒可使动物性-内分泌-植物性系统的状态产生巨大的变化。实验的观察指出：暗示性消极情緒(悲伤、恐惧等)会降低皮层的张力，降低某个器官和系统的机能表现，破坏同化过程，增加血液中的白血球等。暗示性积极情緒(快乐等)却引起了相反的作用。

对催眠睡眠下肌肉的机能状态进行的客观记录証实，脑皮层，特别是第二信号系统，对大脑低级部位的工作有很大的影响。一般言語作用和催眠暗示可改变触觉和痛觉感受性的閾限，影响对疼痛刺激的防御反射反应；同时也可建立或消除大脑皮层对外部环境刺激的歪曲反应，例如，在强烈声音影响下仍能入睡，对化学物品产生不真实的反应等。大家知道，由大脑皮层张力的降低，皮层神经过程强度、均衡性和灵活性的破坏而引起的高级神经活动的机能障碍是心因性疾病产生的基础，而言語作用在此疾病的发生和消除上起着主要的作用。

由此可见，大脑皮层不仅是机体内各种器官和系统的活动机能、各种过程(生理的和生化的)的调节者，是人的行为以及他对周围环境态度的指导者，而且也是引起各种心因性机能障碍的场所。既然詞的刺激是作用于脑皮层(第二信号系统)，所以它对人类机体的各种生活过程也有广泛的、直接的影响。言語之有治疗作用的生理基础就在于此。

由上所述，作为高级神经活动心因性机能障碍的重要疗法之一的心理治疗的任务也

就是：

1. 揭露引起高級神經活动机能障碍发展的具体原因。
2. 消除使皮質机能弱化的因素所起的作用, 增强皮質的积极张力, 摒除消极性的情緒。
3. 消除高級神經活动已有的机能障碍, 如正常动力定型的破坏和病理性暂时联系。建立新的、正当的皮質关系并促进病人工作能力的恢复。
4. 调整病人的行为, 使之很好适应外界环境的条件, 预防他将来产生各种机能障碍。

心理治疗的应用范围和方法

近年来, 有生理学根据的心理治疗的应用范围是扩大了, 也就是说其适应症是增多了。它不仅适用于心因性的疾病, 而且在某些情况下也适用于非心因性的疾病, 起着辅助性医疗作用。

如前面已指出, 在疾病的起源与发展中, 心因性的因素愈多, 则心理治疗的意义也愈大。为此, 心理治疗特别广泛地应用于常见的神经官能症: 如神经衰弱, 歇斯底里, 强迫性神经官能症, 恐怖症, 精神衰弱等; 在某些情况下也应用于精神分裂症。临床观察指出, 特别在催眠性睡眠下的言语治疗, 可以消除疾病症状, 而其疗效十分巩固。

对内脏机能障碍占优势的心因性神经官能症, 心理治疗起着巨大的作用。例如, 代谢过程(水、糖、热)的障碍, 胃肠机能障碍, 某些排泄腺和内分泌腺活动的障碍(泌乳过多或过少, 甲状腺机能亢进), 呼吸气管的障碍(支气管气喘), 心血管系统的障碍(初期高血压病, 阵发性心动过速), 皮肤营养性障碍(湿疹, 神经性皮炎, 其他皮肤病)等。

在催眠性睡眠下进行暗示的那种言语治疗, 可消除某些非心因性躯体疾患的症状, 减轻病程, 改善病人的一般情绪和自觉状态。例如: 减轻或消除外科手术时, 手术后, 分娩时, 癌症和严重脊髓痨性的疼痛感觉; 阻止肺结核病程的发展, 在某些情况下可降低体温, 消除结核杆菌, 改善病人的睡眠和食欲以及一般躯体感觉; 消除机体对某些食物和药物(606, 奎宁)的过敏性; 对妊娠中毒, 自发性流产, 习惯性流产以及真性癫痫都有良好效果; 可治疗酒精中毒和烟草中毒; 对中枢神经系统器质性疾患的后遗症, 对由某些躯体性疾病引起的表现为机能失调的那种神经系统疾患起着辅助性医疗作用等等。

心理治疗的方法是与心理治疗的本质、理论基础和任务的问题密切联系着的。医师对病人那种自发的、缺乏目的性的治疗影响, 往往会引起不良的效果, 为此, 使每个医师能掌握心理治疗的原则和方法并广泛地、正确地应用于自己的医疗工作(无论是心理治疗的特殊场合, 检查病人或规定治疗措施)中是十分必要的。

心理治疗最重要的因素是动员病人的积极性达到医师在心理治疗过程中提出的具体任务。有效的心理治疗的重要条件是病人完全信任医师, 相信所采取的治疗方法是有效的。医师必须首先与病人建立良好的关系, 使病人确信医师的言行。所规定的治疗方法都对自己有益的, 相信医师是真诚地想帮助他, 了解他的情况。治疗前医师与病人之间能建立这种深刻了解的相互关系, 对以后进行的治疗有重大的意义。

在进行各种治疗之前, 还应该详细查明病人躯体的和神经精神的状态; 疾病的各种临床症状; 病人的神经活动基本特征和中枢神经系统的状态; 病人的个性特征(是乐观的, 还

是易傷感的或神經過敏的)以及引起病人精神創傷的一切因素。

最初了解病人所得到的材料不僅不完全,而且也可能是錯誤的。有時,起次要作用的體驗與事件都掩蓋了真正的因素。所以必須在病人周圍人們那里收集有關病人的材料,但是這總不如病人自己所報導的要真實而完善。醫師對病人親切的關懷,誠懇的態度和衷心的談話可以誘導病人向醫師敘述自己真實的體驗,主動與醫師進行談話。病人對醫師這種坦率的態度,不僅可以使醫師更好地了解他的病情,研究病人對自己、對周圍人們、對精神創傷的因素的態度,而且也為合理地安排心理治療方式和療程並有效地進行治療,準備良好的條件。此外,它本身也起着直接治療的作用,因為通過這種交談可使病人更好地了解醫師,相信醫師願意幫助他,樂意傾聽他的敘說,正確估計他所談的事;病人對醫師的這種信任會使他感到輕鬆,增加希望,減輕焦慮,這就對他的神經過程動力狀態給予良好的影響。

在大多數情況下,心理治療不是只用一種個別的方法,而應該根據治療的不同階段、每個病人的心理治療的個別任務、病人的個別症狀、心理特徵等,以各種不同的治療方法相互補充有計劃地進行。

心理治療的方法常見的有:在覺醒狀態下以安慰、鼓勵、解釋、說服、暗示等形式的言語治療;集體心理治療;以及在催眠睡眠狀態下的言語治療。

一、覺醒狀態下的言語治療:

覺醒狀態下的言語治療是在病人覺醒狀態下以令人信服的具体論證作為根據的言語作用。巴甫洛夫寫道:“即便是在正常的和強烈的皮質內所應發生的一種鞏固而合理的動作,也受着那些與許多現在的和過去的刺激、感覺和表象相聯系的一些聯想支持着”。對合理動作的本質的這種理解,也可以說明心理治療對覺醒狀態下病人的作用的基本特點。巴甫洛夫又說:比較心理治療的不同方法時,可以認為“說服方法較好,因為它時常保持清醒狀態”。覺醒狀態下的言語治療的最普遍的方式有:安慰、鼓勵、解釋、說服等。對有高度暗示性的病人可採用暗示的形式。

解釋和說服是心理治療中最普遍的方法。當病人期待着醫師的醫療幫助時,醫師的言語對病人有着特殊的、個別的意义。為了使病人了解自己疾病的本質、治療的目的及其措施,醫師必須耐心地對他說明。為了消除或減輕病人的病態觀念,要以具有充分理由的論證說服他,使他認識自己的想法是錯誤的,並誘導他建立對疾病、對自己、對周圍人們、對工作的正確態度。若在治疗結束時,病人身上尚遺留某些機能障礙或缺損狀態時,醫師應該向病人指出機體是有代償功能的,在適當的勞動條件下可使受損的器官恢復正常的機能。同時應該鼓勵病人重新估計作用於他的致病因素和周圍環境,要求他建立新的生活目標,看到自己生活的美好遠景。

覺醒狀態下有效地採用暗示能大大地擴大心理治療的作用。許多經驗指出,為了使暗示有效,完全沒有必要為病人設立特殊條件如暗室與隔音室,它可以在任何外界條件下進行,只要這些條件不妨礙暗示者與被暗示者之間建立言語和情感的接觸。在這種環境下進行的暗示不容易使病人引起催眠性睡眠,而能產生良好的效果。

可是,為了避免在這種情況下可能產生催眠性睡眠,可先給病人一些特殊的言語指示:“他將對催眠者的語言和手勢有高度感受性,能完全處於被動和順服的狀態”。或者在

治疗过程中經常用带有命令式語調的特殊指示：“你将完全失去意志，处在服从状态。你不会睡着，你完全不想睡。你是处于清醒状态，完全能分析周围环境。在这个状态下，你能高度接受我给你的指示。除掉我对你說的話以外，你什么都不要考虑。沒有事情使你不安与煩惱，你感觉得很好”。在此情况下，被暗示者能保持自己的姿态，完全保持对時間、地点和周围环境的定向。必須指出，病人在被暗示期間虽然未进入睡眠状态，但他們的精神状态与通常觉醒状态下的精神状态是不同的，为此，这时的言語才能起治疗的作用。

二、集体心理治疗：

集体心理治疗是医师对一組病人进行有系統、有步驟的談話，通过它在病人皮質中建立一些較強烈的新的兴奋灶，根据負誘导的机制消除皮質中某些病理动力結構，促进恢复正常机能。这种方法已被苏联精神病学家及临床医师所重視，对神經官能症、高血压、肺結核特別有效，也有用于广场恐怖、口吃、精神分裂症单纯型的患者。根据上述的治疗任务，医师必須考虑到对病人进行的每次談話的内容能使他們感到兴趣，能使他們相信自己的病是能治愈的，并能以冷靜的态度对待自己的病以及主动采取各种措施来克服疾病的过程。医师要通俗地讲解关于他們所患疾病的一般資料并引証一些病历，使病人更好地了解該病的病原、发病机制和一般症状。医师要特別詳細分析那些阻碍疾病痊愈的条件，指出克服病状的具体方法。这种治疗可分几个阶段，每周举行2—3次談話。为了說明各个治疗阶段談話的内容，这里用神經官能症集体心理治疗的方法作为例子。

第一阶段也可以說是預备阶段，先对組内每个病人进行調查了解，查明引起神經官能症的复杂生活条件，医师的这种表示关心的初步訪問，会使他們感到医师是热心想帮助他們，而乐意主动地参加即将开始的集体心理治疗。

第二阶段，医师最初几次講話要使病人認識到自己对疾病的不正确的态度，如抑郁、焦虑、疑病、想“逃入病中”等，医师把这些态度与那种認為此病是机能性的、可逆性的冷靜态度相比較，指出在良好的情緒体验下可以消除或減輕病象。鼓励病人分散对疾病的注意力，肯定疾病好轉的各种象征。詳細說明治疗的过程以及可能有的预后，指出摆脱疾病的途径。例如经过治疗，疾病的症状会逐渐減輕，但是有波状的变动，也就是說在一切病象趋向緩和时，也可能出現疾病的复发；主要症状消失时也會出現一些新的、早先未被体验到的感觉；但这些并不会影响良好的病程。預先使病人了解疾病的动态，可預防病人在治疗过程中具有暂时恶化而感到失望，建立恢复健康的信心，并乐意主动向医师傾訴自己的情况。

第三阶段是与病人詳細討論他的生活条件，查明那些致病的、妨碍痊愈的精神創伤性因素和其他不良影响。鼓励病人对自己生活各个方面进行具体分析，自觉地改变对精神創伤性因素的不正确的态度。分析由中枢神經系統过度紧张而产生的神經官能症症状的种种表现，把病人所有的临床症状与其病原和发病机制的一般規律結合起来，并指出所規定的生活制度和治疗措施与这种規律的关系。此外，在談話中要列举一些他人在生活中所遇到的困难，这样就能使病人認識到自己的疾苦并不是独特的，而會更有信心去克服这种困难。当医师与病人建立知心的接触后，病人的情緒就会轻松愉快，这就促使建立并增強新的兴奋灶与新的动力定型。

最后阶段，医师要鼓励病人积极参加生产劳动和社会工作。強調指出劳动是訓練神

經过程較好的治疗方法。为了防止病人因为治疗结束时见到个别病人还具有某些病理现象而产生悲观失望的情绪，必須再进行一次解释性谈话。对出现好转的病人决定结束治疗，同时指出病人以后如能遵照医师的劝告与指示，病理现象会彻底消除的。对經集体心理治疗而没有显著进步的病人，則再安排进行个别心理治疗。

最后，必須強調指出，多年的經驗証明，集体心理治疗比个别进行的心理治疗有許多优越性。例如，1)它可大大增加接待就医病人的人数；2)增加医师与病人接触的机会。医师有系統的解释性谈话使病人感到这是重要的、有科学根据的說明，而不是“为了工作任务”而做的一般安慰；3)在这种治疗过程中，医师的言語对病人的影响十分有力，这就使医师有可能訓練病人主动地与疾病症状作斗争；4)在住院治疗的病人中間造成良好的影响，特別当刚接受治疗的病人通过与治疗将结束而有显著疗效的病人的接触，可加强自己对治疗的信心。

三、催眠睡眠下的言語治疗：

催眠睡眠状态下的皮質是处于催眠位相，特别是反常相的抑制状态。在这种状态下，病人对医师的言語作用有高度的感受性。大家知道，在催眠状态下，暗示性会增高，这种暗示性的增高首先是与大脑皮質某些点处于孤立醒觉状态有关的。此时，与語言暗示内容相关的細胞羣，在大脑皮質普遍抑制的背景上兴奋起来并解脫抑制，因此，这种暗示在事先就决定了第一信号系統及第二信号系統方面会引起某种反应。按巴甫洛夫的意見，这时就“排除了其他一切現存的及旧有的刺激痕迹的任何竞争作用”，也就是缺乏能够影响反应的批判能力。巴甫洛夫說：“这就是为什么在催眠的时候，甚至在催眠以后，作为一个刺激物的暗示具有巨大的、几乎不可克服的力量”。根据巴甫洛夫学說的資料，在催眠时也与普通睡眠时期一样，大脑皮質的阳性张力減低了，也就是說由于睡眠抑制的扩散，基本动力过程的紧张度減低了。落在这个皮質的言語刺激物，容易使兴奋集中在相应点上。这种集中的局部兴奋，按照誘导規律使皮質其他細胞机能同时发生抑制，而这种抑制由于张力的減低就沿着整个皮質发展起来。此时，局部的兴奋愈强，周围的抑制也就愈强，这就說明言語刺激为什么具有孤立的影响。

根据上述生理基础的論点，我們知道这种方法有二个重要的治疗因素：第一，引起睡眠性保护抑制，能为恢复正常的皮質活动保証最良好的条件。第二，由于睡眠抑制，就能对皮質一定部位給予有目的的和孤立的作用，因为这时它与皮質其他区域是隔絕的。此外，在这条件下的言語作用所引起的兴奋灶，由于誘导而更加强了，为此，这时进行的說理性言語指示，就能有助于彻底消除高級神經活动已有的机能障碍，或使病人机体內引起一些比通常休息和安静状态下产生的更为隱蔽而广泛的生化变化。

在波波夫领导下对不同深度的催眠性睡眠的生理特点进行的研究資料証明，随着催眠程度的加深，言語刺激的生理影响增加了，直接刺激的效能降低了。随着皮質中抑制过程扩散的广度和強度的增加，建立良好情緒关系的(Rapport)选择性的范围更狹小了。言語刺激在催眠的第三阶段(即梦行阶段)所引起的反应比同一刺激在觉醒状态和第二阶段所引起的反应更为強烈的这一实验事实說明：在催眠的第三阶段进行言語治疗是最有效的。

催眠睡眠下的言語治疗特別适用于須要加強言語作用的那些情况，例如：1)由于使皮

质张力降低的精神创伤而引起的神经官能症,以及皮质内存在有病理惰性“病灶”的那种病理状态;2)反应性神经官能症状态。这时,病人对其病因是了解的,但他本人不能独立战胜它,同时,在觉醒状态下,言语治疗不能克服已发生的障碍;3)伴有妄想观念的心因性反应性抑郁症以及医源性抑郁症和虚弱-抑郁状态;4)必须使病人适应那些使他精神受创伤而又不能避免的外界条件的那种情况,特别在觉醒状态下解释性言语治疗是无效的。

催眠性睡眠状态下言语治疗的积极意义是:治疗的时间要比用其他方法(物理治疗,药物治疗,更换环境)治疗的时间短得多,而且那些方法的效果又不如此方法好,因为在这种治疗下往往能起集中和加速治疗因素的作用。

最后,还要谈一谈苏联学者在催眠性言语治疗下对脑生物电活动的动态进行的研究及其在临床上的意义。

关于催眠时人的脑生物电活动的研究指出,健康人逐渐进入催眠睡眠时产生四种生物电位相(节律平展相、 α 纺锤相、最小电活动相、 β 波相)。健康人在催眠睡眠时的特点是脑生物电活动的降低,其降低的程度和性质是决定于催眠睡眠的阶段。

催眠前健康人的脑电图上呈现了规律的、被调幅的 α 律,频率与电压都正常的 β 律。随着睡眠加深出现四个位相:

1)轻度睡眠时(第一阶段),出现 α 律的平展状态, α 波低的振幅增高,高的略为降低或不变,但大的波度则变平,称为节律平展相。

2)不能睁眼,不能作随意动作的睡眠阶段(第二阶段), α 波和 β 波的活动性被抑制了, α 波呈纺锤状,开始密而高,而后稀而低, α 波呈纺锤状出现继续 $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ 秒,并以节律抑制期交替着。 α 波呈纺锤状的压缩和消失,同时伴有 β 律的减弱,这证明已过渡到更深的睡眠。这时用言语暗示可引起各种伴有阳性和阴性幻觉的梦幻性体验,但并不伴有遗忘症。这称为 α 纺锤岭相。

3)睡眠的第三阶段, α 律消失, β 律减弱,脑生物电流曲线急剧简化。即是最小电活动相。

4)深度催眠阶段,出现频率为4—7赫兹的慢 β 波,即 β 波相。这时引起的梦幻性暗示体验,通常都伴有遗忘症。在这一阶段,言语暗示和直接刺激可引起 α 律的恢复与加强,这说明在梦幻阶段,大脑对落于皮质的刺激能引起生物电反应。但在暗示以及与此有关的梦幻性体验消失后几分钟或几秒钟,脑电图上重新出现脑电活动的降低。醒来后则出现与催眠前一样的 α 律与 β 律。

对神经官能症患者进行催眠言语治疗前后的脑生物电活动的研究指出,根据治疗前后脑电活动所表现的客观指标,可助以判断患者的预后。

这个研究在临床上有着重大的意义,因为研究证明,治疗过程中出现脑生物电节律的正常化和脑生物电活动曲线的改善,与病人状态的好转有一定的联系。若在治疗期间,病人脑电活动的变化性质愈接近我们所描述的健康人活动变化的性质,则病人的痊愈愈快,愈巩固;治疗过程中脑生物电活动的变化不显著,则表示病人的预后不好。

心理治疗过程中应该结合一些能训练神经过程的治疗方法,例如,劳动、体育运动、合理的生活制度等。此外,在治疗过程中或治疗前后,应尽量避免造成一些会影响病人精

神的因素：如多余的化驗检查，X光检查，医师的慌张和不耐烦的态度，不必要的治疗措施，无原則地延长疗程，以及未經慎重考虑作出不正确的診斷，或者决定病人停止工作长期休息等。

最后，需要指出，心理治疗之所以得以成功，其主要条件是医师与病人建立良好的关系。医师对病人有深刻的了解，有热情关怀的态度，为此而取得了病人高度的信任，使他能积极地接受治疗，主动地与疾病作斗争。医师具有丰富的心理治疗知識，并能熟练地掌握心理治疗的主要方法。

失败的原因是診斷的錯誤；医师与病人之間缺乏相互了解和信任，医师沒有全面地考虑到病人的生活情况和情緒反应；病人缺乏暗示性，因此就妨碍了催眠暗示疗法的效果；病人隱藏地愿意用害病来摆脱生活中遇到的困难；医师坚持应用一种言語治疗，忽視根据病人的具体情况結合其他疗法等。

参 考 文 献

- [1] В. Н. Мясичев. Некоторые вопросы теории психотерапии. "Вопросы психотерапии", стр. 7.
- [2] К. И. Платонов. К вопросу о современном положении физиологически обоснованной психотерапии и о границах ее применения. "Вопросы психотерапии", стр. 20.
- [3] М. С. Лебединский. Общие вопросы методики психотерапии. "Вопросы психотерапии", стр. 33.
- [4] В. Е. Рожнов. К вопросу о физиологических особенностях гипнотического сна различных стадий глубины. "Вопросы психотерапии", стр. 46.
- [5] И. И. Короткин и М. М. Сулова. К физиологическому анализу нервного механизма действия внушения в гипнозе. "Вопросы психотерапии", стр. 57.
- [6] М. П. Невский. Динамика биоэлектрической деятельности мозга при гипнотерапии и ее клиническое значение. "Вопросы психотерапии", стр. 62.
- [7] И. О. Нарбумович. Исследование избирательности раппорта в гипнозе. "Вопросы психотерапии", стр. 76.
- [8] А. К. Трошин. К вопросу о физиологических основах психотерапии. "Вопросы психотерапии", стр. 84.
- [9] Н. В. Иванов. Основные вопросы методики коллективной психотерапии неврозов. "Вопросы психотерапии", стр. 86.
- [10] А. Г. Галачьян. О психотерапии в широкой врачебной практике. "Вопросы психотерапии", стр. 92.
- [11] И. С. Сумбаев. К методике внушения в бодрственном состоянии. "Вопросы психотерапии", стр. 97.
- [12] 普拉托諾夫，根据巴甫洛夫学說观点論暗示与催眠，赵传釋、段淑貞譯，人民卫生出版社，1958。
- [13] 米亚西舍夫，人的关系及其在心理学中的地位，“心理学譯报”，1958年，第2期，37頁。
- [14] 捷普洛夫，关于神經系統类型特点及其心理表現的研究，“心理学譯报”，1958年，第2期，22頁。

(1959年10月14日收到)