

焦虑理论与诊断 治疗策略

JIAOLÜ LILUN YU ZHENDUAN ZHILIAO CELÜE

罗增让 张 昕 著



人 民 教 育 出 版 社

焦虑理论与诊断 治疗策略

JIAOLU LILUN YU ZHENDUAN ZHILIAO CELUE

罗增让 张 昕 著



人 民 大 学 出 版 社

责任编辑:李椒元

装帧设计:徐 晖

责任校对:吕 飞

图书在版编目(CIP)数据

焦虑理论与诊断治疗策略/罗增让,张昕著.-北京:人民出版社,2015.10

ISBN 978-7-01-014978-3

I. ①焦… II. ①罗… ②张… III. ①焦虑-诊疗 IV. ①R749.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 141363 号

焦虑理论与诊断治疗策略

JIAOLU LILUN YU ZHENDUAN ZHILIAO CELUE

罗增让 张 昕 著

人民出版社 出版发行

(100706 北京市东城区隆福寺街 99 号)

北京市文林印务有限公司印刷 新华书店经销

2015 年 10 月第 1 版 2015 年 10 月北京第 1 次印刷

开本:710 毫米×1000 毫米 1/16 印张:27

字数:316 千字 印数:0,001-3,000 册

ISBN 978-7-01-014978-3 定价:42.00 元

邮购地址 100706 北京市东城区隆福寺街 99 号

人民东方图书销售中心 电话 (010)65250042 65289539

版权所有·侵权必究

凡购买本社图书,如有印制质量问题,我社负责调换。

服务电话:(010)65250042

陕西省社会科学基金项目 批准号：13HQ010

宝鸡文理学院重点学科——教育学建设经费资助

目 录

第一章 焦虑的定义	1
1.1 焦虑的定义	1
1.2 愤怒与恐惧	4
1.3 恐惧与焦虑	5
1.4 焦虑与紧张、抑郁	10
1.5 西西弗斯(sisyphus)情结	12
1.6 病因性评论	12
第二章 精神分析的焦虑理论及相关的解释	14
2.1 弗洛伊德的毒性焦虑理论	15
2.2 弗洛伊德的信号焦虑理论	19
2.3 焦虑的人际关系理论	23
2.4 焦虑的对象关系理论	26
2.5 焦虑的自我心理学理论	28
2.6 总的看法与整合	29
第三章 行为主义的焦虑理论	32
3.1 学习理论	32
3.2 行为主义对恐慌障碍成因的探讨	40
3.3 行为主义对社交恐惧成因的探讨	43
3.4 行为主义对广泛性焦虑成因的探讨	44
3.5 行为主义对创伤后应激障碍(PTSD)成因的探讨	46
3.6 行为主义对强迫性障碍成因的探讨	47

2 焦虑理论与诊断治疗策略

3.7 结论	49
第四章 存在主义的焦虑理论	50
4.1 现象学对心理的简单看法	51
4.2 存在主义者对焦虑的初步看法	52
4.3 存在主义的心理治疗	56
4.4 评价与评论	62
第五章 焦虑的认知理论	64
5.1 焦虑的定义	65
5.2 焦虑的基本假设	67
5.3 焦虑的信息加工过程	68
5.4 焦虑障碍的素质因素	70
5.5 焦虑的社会心理因素	74
5.6 理论与病例概念形成	76
5.7 关于焦虑认知模式的普遍误解	79
5.8 结论	80
第六章 焦虑障碍的遗传学	81
6.1 焦虑性神经症	82
6.2 非临床人口中焦虑症状	90
6.3 分子遗传和生物标记研究	92
6.4 讨论与结论	92
第七章 神经递质对焦虑及焦虑障碍的影响	95
7.1 去甲肾上腺素对焦虑的调节作用	95
7.2 血清素对焦虑的影响	100
7.3 GABA/苯二氮卓类受体复合物对焦虑的影响	103
7.4 焦虑中其他生物化学测量	105
7.5 结论	107
第八章 常见焦虑障碍的临床表现与诊断	109
8.1 焦虑症的临床表现与诊断	109
8.2 强迫症的临床表现与诊断	112

8.3	恐惧症的临床表现与诊断	114
8.4	儿童焦虑状态的临床表现与诊断	118
8.5	儿童恐惧状态的临床表现与诊断	120
8.6	儿童强迫状态的临床表现与诊断	121
第九章	焦虑的诊断方法与问题	123
9.1	分类问题:诊断和评定的内容	123
9.2	三维反应模式:内容与方法交互作用探讨	127
9.3	焦虑分类方法:结构与半结构谈话法	129
9.4	因子测量:自我报告法	133
9.5	因子测量:临床医师评定	138
9.6	焦虑障碍的专项量表与诊断效能统计	141
9.7	总结	145
第十章	焦虑障碍的药物治疗	147
10.1	广泛性焦虑障碍的药物治疗	148
10.2	恐慌障碍和恐旷症的药物治疗	152
10.3	创伤后应激障碍的药物治疗	155
10.4	强迫症的药物治疗	159
10.5	社交恐怖症的药物治疗	162
第十一章	精神分析及相关方法	166
11.1	焦虑的经典心理分析法	166
11.2	焦虑治疗的人际关系方法	170
11.3	焦虑治疗的对象关系方法	174
11.4	焦虑治疗的自我心理方法	176
11.5	钟友彬的认识领悟疗法	177
第十二章	焦虑障碍的行为治疗	182
12.1	系统脱敏法	182
12.2	满灌疗法	189
12.3	思维阻断法	193
12.4	应用性放松和焦虑管理训练	195

4 焦虑理论与诊断治疗策略

12.5	社交能力训练	197
12.6	总结	199
第十三章	焦虑障碍的认知治疗	200
13.1	认知疗法的基本原理和基本原则	200
13.2	广泛性焦虑障碍的认知治疗	201
13.3	单纯型恐惧症和社交恐惧的认知治疗	203
13.4	恐慌障碍和恐旷症的认知治疗	205
13.5	认知概念化与治疗:焦虑评定与治疗的技术和策略	207
13.6	效果研究	219
第十四章	焦虑障碍的交互作用心理治疗	220
14.1	交互作用分析的基本理论	220
14.2	交互作用分析理论对心理异常的看法	221
14.3	治疗者和病人对治疗过程的想法	222
14.4	交互作用分析心理治疗技术	224
14.5	指导的原则	227
第十五章	焦虑障碍的家庭治疗	229
15.1	家庭治疗的发展变化	229
15.2	家庭治疗的理论基础	230
15.3	家庭治疗的模式与方法	231
15.4	家庭治疗的原则	245
15.5	家庭治疗发展趋势展望	245
第十六章	焦虑障碍的团体心理治疗	247
16.1	团体心理治疗的理论	248
16.2	团体心理治疗的过程	250
16.3	团体心理治疗的基本过程	252
16.4	团体心理治疗的方法与技术	252
第十七章	焦虑情绪的研究实践	256
17.1	儿童焦虑内容及其相关因素	256
17.2	儿童分离焦虑的发展变化	262

17.3 儿童死亡焦虑的发展变化	269
17.4 中学生特质焦虑与家庭环境因素的关系	272
17.5 预期、实际与回忆测验焦虑的比较	278
17.6 不同焦虑者的归因模式研究	283
17.7 测验焦虑测量的亚组成模式	292
附录：焦虑及相关问题的评定量表	299
1. 交往焦虑量表	299
2. 焦虑自评量表	300
3. 状态—特质焦虑问卷	301
4. Sarason 考试焦虑量表(TAS)	304
5. 交流恐惧自陈量表	306
6. 窘迫感受性量表	308
7. 惧怕否定评价量表	311
8. 社交回避及苦恼量表	313
9. 羞怯量表	315
10. 演说者信心自评量表	316
11. 贝克焦虑量表	318
12. 汉密尔顿焦虑量表	319
13. Marks 恐惧/强迫症评定量表	321
14. Maudsley 强迫症状问卷(MOCI)	324
主要参考文献	326

第一章 焦虑的定义

这一章的论题主要是在能力和接受理论框架中分析焦虑问题。能力是满足需要的强大动力,生存则是人类最基本的需要,而接受则是自愿地满足需要或阻止需要满足。因此,人们认为他们自己与其他人相比,要么强大要么脆弱,或者友好或者不友好。能力和接受理论是在小群体实验研究中形成发展的。本章中应用的个性理论是以已大量修改的心理分析框架为基础的,其中有些修改与哈特曼(Hartmann)、卡迪纳(Kardiner)和埃里克森(Erikson)有关。

弗洛伊德(Freud)的死亡本能概念已被攻击性概念所代替,修改后的精神宣泄概念包括了不同个体间的精神发泄。沃尔曼(Wolman)的这部分理论及其心理病理推断在临床环境下得到了进一步的发展。压抑与喜悦一般是根据个人对自己能力的评价来解释的。群体道德被认为是对集体约束能力的一种普遍高度的评价。人们对内部和外部威胁反应的再调查分别是以焦虑和恐惧为依据的,恐惧与人们对外在威胁的过高估计有关,而表现在外在行为上必然是敌意。

1.1 焦虑的定义

焦虑是一种普遍存在的现象,每个人在一生之中都要经历不同程度的焦虑不安。“面对各种各样的压力,焦虑已成为现代人的心理疾病,有人甚至说现在就是一个‘焦虑的年代’,竞争、忙碌都可与焦虑画上等号。我们正向忙碌迈进,‘明天比今天会更忙’,这便是焦虑症的温床。”许多人反映,不知不觉中,焦虑就来临了。这种潜滋暗长的焦虑,正在成为掠夺人们愉悦心情的“强

盗”。俗语说：“人无远虑，必有近忧”，原是古人对人们不可过于贪图安逸享受，而应该有忧患意识的告诫，而如今，面对终日生活在沉重压力和过分忧虑下而无法解脱的现代人来说，它要告诫人们的是什么？

焦虑的核心内容是担心，是对未来的一种没有把握，担心事业会失败，担心下岗，担心失恋，担心交通事故临头，担心自己会生癌症或别的什么重病，担心无购房能力，将来房子会涨价，担心子女就业。人与动物的根本区别是人有思维，对事物有预测性、预见性。在当今瞬息万变的社会中，对将来的必要的担心是应该的，但焦虑症的焦虑往往不是来自环境的真正的实际危险，而是一种“杞人忧天”式的虚无空想，即心理学所说的“心理炒股”，对危险性进行过分的放大，风声鹤唳，草木皆兵。这种“焦虑”的特征，是常常觉得生活周围危机四伏，而且自认为没有能力解决生活上的难题；或者自己认为不受人欢迎、喜欢，或妄想有人会加害于他，因此，当他陷于焦虑沉思时，便会出现心悸、不安、胃绞痛、慌乱、无所适等心理的上“警告信号”，此时若认识到它是一种危机而设法自救，那么焦虑感就变成为一种求救的信号。总之，焦虑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。焦虑产生于危险不明确而又会来临时，人对危险持有警戒态度，并伴随有无助、不安、紧张、忧虑等心理状态。

焦虑症还可派生出罪恶感和无用感，罪恶感不是做了错事或坏事后的犯罪感，而是“罪由心生”，为自己杜撰和假想许多“罪行”。有罪恶感的人觉得自己无用，对人对事常抱疑问的态度，并判定别人不信任自己。常会因失望而生愤怒于人。即心理学上的“敌意”和“心理失衡”。无用感是罪恶感的变种，罪恶感将厌恶外化，无用感则将厌恶内化——指向自己的内心。无用感的人对自己的能力缺乏自信，认为自己一无是处，因此经常表现出自卑、羞怯、内疚、自责。认为自己的躯体、长相无可取之处，不可能让人喜欢，对工作无信心，即使有成绩也认为是碰上好运所致。无用感主要是源于社会变化和竞争过分剧烈所带来的内心恐惧。其实有竞争就会有失败，有变化就会有落伍。在这些可怕的结果还未出现前，他们即以“无用”作为借口而自我退缩。目前，有无用感的人愈来愈多，而且这将是发展为严重的心脏疾患的先兆。

焦虑不能够直接观察到，能够观察到的是焦虑的直接影响：将焦虑转化为

生理反应和行为反应,他们可以作为焦虑反应的提示。焦虑能够引起个体生理、情感、智力、社会和精神方面的反应。生理反应包括:心率增加、血压上升、失眠、疲乏和无力、呼吸增快、心肌酶释放、瞳孔变大、声音发颤、手发抖、心悸、恶心和呕吐、面部充血、口干、身体疼痛、尿频、无法平静、晕厥、皮肤感觉异常等;情感方面的反应包括:不安、紧张、不适、害怕、易激惹、哭泣、不确定、过度兴奋、压抑、颤抖及慌乱恼火的感觉;智力方面的反应包括:注意力不能集中、缺乏对周围环境的警觉、常陷入对未来的沉思之中、以自我为中心、记忆低下、批评他人和自己、埋怨他人、失去控制、懊悔和焦急;社会方面的反应包括:自我价值降低;精神方面的反应是由其他反应引起的相应精神症状。焦虑症已经严重地影响到人们的身心健康。据世界卫生组织一项全球性调查结果表明,全世界真正健康的人仅占5%,75%的人处于亚健康状态,这是人们身心情感方面的处于健康与疾病之间的健康低质量状态。虽然机体尚没有明显的病变,但已经有明显的身心方面的症状表现。

焦虑对个体的生命质量有影响。临床观察已经证明,患者术前不同程度的焦虑对于手术效果有不同的影响。轻度焦虑有利于术后恢复,过度焦虑则会影响麻醉及治疗效果。然而,完全没有焦虑同样不利于患者术后恢复。对焦虑的研究表明,癌症患者、心肌梗塞后12个月的患者、心脏病恢复期的患者、特应性皮炎患者、1型和2型糖尿病患者,甚至包括其家人,他们的焦虑均与生命质量呈负相关。焦虑可直接或间接地对患者的生理、心理、社会等方面造成不良影响,从而降低他们的生命质量,健康人群的焦虑与生命质量也有负相关的关系。但在帕金森氏症患者的研究中发现,负性心理因素既可能提高患者的生命质量,也可能降低患者的生命质量。对哮喘病人的研究发现,中等强度的特质焦虑与较高水平状态焦虑患者的预后是最好的。可见过度的、无端的焦虑就会减弱个体治疗的依从性和对疾病的关注,但轻度焦虑则能够增强个体对疾病的警觉性和正确认识。因此,适度的焦虑有利于对疾病的控制。焦虑是一种痛苦、强烈的苦恼和受挫的个人感觉和体验,我们要对患者的焦虑给予足够的关注,并对焦虑全面地了解,这样才能对患者的焦虑做出正确的评估,做出准确的判断,进而提供有效的干预措施。

1.2 愤怒与恐惧

战斗或逃跑是人们对外在威胁所作出的最普遍的反应,但个人对威胁采取何种反应很大程度上依赖于个人对自己能力的评价,在个人把自己的能力与威胁者(人、动物或无生命物质)的能力进行比较后,他则作出相应的反应。

个体对威胁的反应受一些认识和情绪的影响,其中包括愤怒与恐惧。愤怒可以动员个人的资源以抵抗威胁,愤怒所表达的敌意感直指威胁源,并使人产生克服和战胜威胁的希望。

个人战胜自己的敌人的机会越少,他就越害怕,并憎恨他们,人对自己脆弱的意识会增加他们的憎恨情绪。愤怒提高了个人活动水平,使个人感到越来越有力量,更有希望战胜威胁。如果自己的敌人比较强大,那么人们对威胁的反应是既愤怒又恐惧。

恐惧可能会产生两种严重的、具有退缩性质的、不适应的行为方式。一种是心理麻痹,在这种情况下,个体不采取防御行为或主动攻击行为,而是幻想或者幼稚地希望仁慈的力量能助他一臂之力,被动地面对危险,从而进一步增加了个体的内疚感。另一种反应是抑制解除,应激状态要求动员个人的资源,这种动员能使个体自如地应付外在危险。抑制解除允许伊特(id,精神分析法的术语)接收并以一种不负责任的方式行动。严重的紧张和应急状态可导致性许可、酗酒和药物滥用。与个人控制能力相比,当威胁没有那么强大或根本就没有威胁时,这种反应不是恐惧而是愤怒。

这两种情绪之间的关系对我们考察焦虑问题是相当重要的。在任何时候,当人面对摧毁性或伤害性威胁或危险,这种威胁不太大而又无能为力时,人们的反应将是战斗,希望战斗的结果能够摧毁威胁线索,或至少降低威胁程度。人们对实际危险作出的适当反应是通过适当行为回避危险,过分夸大不合理的恐惧易使人产生病态,但不产生恐慌状态。

出生创伤和性交中断,是导致焦虑的根源,这一观念在弗洛伊德的理论中长期以来一直占支配地位。当弗洛伊德重新修改他的理论时,虽然整体上没有放弃这两个概念,但在新的理论体系中它们已不占主导地位。在兰克

(Rank)出版了他的《出生创伤》和弗洛伊德 1923 年在他的《自我和伊特》论著中引入了结构理论以后,1926 年出版了《抑郁、症状和焦虑》专题研究报告。

在弗洛伊德的理论中,主要变化是他的动机理论。1914 年弗洛伊德放弃了自我与性欲理论,并将这两个概念融入自恋理论之中,1920 年又增加了生存本能和死亡本能两个概念。在这个新体系中,焦虑不再与性驱力的挫折有关。1926 年弗洛伊德提出了一种新的焦虑理论,这个理论认为焦虑起源于没有能力控制自己的兴奋,新生儿遇到的刺激远超过其能控制的刺激。巨大的刺激是一种创伤,从而使人对原始焦虑产生痛苦感。

出生创伤是所有未来焦虑状态的原型。与母亲分离是另一种焦虑体验。阉割恐惧、内疚感,以及对被抛弃和拒绝的恐惧是产生焦虑体验的常见情景。无助感是神经性障碍最常见的症状,对创伤性神经症尤为如此。无法控制自己的兴奋(不管是攻击性行为还是性行为)也许是引起焦虑状态的原因。根据弗洛伊德的理论,婴儿面对的强大刺激已超出了他们应付能力的范围。这些创伤性经历使儿童产生了严重的无助感,这种无助感就是原始焦虑。这种感受的第一次体验是出生创伤,它具有焦虑的主要特征,就像心脏和肺的起搏运动一样,在儿童生存中它起决定性作用。后来,儿童与母亲的分离也是儿童焦虑产生的另一个因素。

这种无助或焦虑状态在以后的生活中可以恢复,无助感几乎是所有神经症的临床主要症状之一,尤其是创伤性神经症。无法控制自己的兴奋(不管是攻击性行为还是性行为),都会引起焦虑。根据这种解释,以焦虑的早期理论为基础形成的后期理论被人们更加广泛地接受,焦虑的后期理论认为,任何焦虑都可以追溯到外在危险的情景,迟早自我会认识到某些本能的满足也许会使人对危险情景铭记在心,然后,自我必须抑制本能欲望,自我坚强的人很容易完成这个任务,而自我脆弱的人则会把更多的精力投入到抑制性欲的努力中,从而避免压抑性冲动。

1.3 恐惧与焦虑

当人们面对危险(不管是真实的还是想象的危险)时,人都会有恐惧体

验,恐惧是意识到危险或面临某些危险时产生的一种强烈的不愉快的情绪。恐惧与个人对自己抵抗威胁能力的低估有关。恐惧是对威胁的一种瞬间反应,焦虑是对无法避免的厄运的持续感受。焦虑是一种紧张状态,是人对灾难的预期。受焦虑折磨的人一般不管存在或不存在危险,他们一直是不愉快的、烦恼的和悲观的。友好者、保护者的出现可以减少恐惧,但这些人的出现并不影响焦虑。受焦虑折磨的人不相信任何人能帮助他们。恐惧是对危险的一种反应,而焦虑并不总是与危险有关。恐惧的对象是明确的,而焦虑没有明确对象。

恐惧一般会使人对自身力量和威胁情景(危险状态)作出评价,随后主动地采取攻击或逃跑行为。焦虑则会大大地降低个人的行为能力,一个焦虑的人总是怀疑任何行动必将产生结果。焦虑在某种程度上可以认为是一种持续的、深刻的自我贬低、自卑和无助感。焦虑常使人远离他人,同时焦虑对人的智力也有短暂的影响,尤其对记忆和表达能力影响更大。焦虑常常使个人产生自卑感、烦躁、愤怒和憎恨感,但大多数情况下这些感受都是针对自己的。焦虑是由生理疾病引起的,同时它可引起心身症状。在某些心血管疾病中,生理症状与忧虑性抑郁和焦虑有关。焦虑能引发心律不齐和许多心身症状,如恶心、食欲不振、头痛和睡眠障碍。

其实,焦虑和恐惧的区别不在于对象、时态和强度,而在方向。焦虑是“趋”,恐惧是“避”。当一个人想做某件事时,就会蠢蠢欲动,坐立不安,这就是焦虑。焦虑就是着急、急切、紧迫、激动,这是伴随着欲望和行动而产生的情绪。焦虑就是渴望成功。随着欲望的满足、行动的结束、成功的到来,焦虑骤然平复,代之以快乐。这说明,焦虑源于人之所欲,伴随“趋”的行动,直至得到心爱之物。与之相反,恐惧的对象是对人有害、危险、“己所不欲”的东西,相应的行为是逃跑,也就是“避”。

以考试焦虑为例,当事人不是害怕考试、拒绝考试、逃避考试。如果真是这样,不去考就行了,没有人用枪逼着他去考试。如果真是用枪逼着去考试,反而不会出现考试焦虑,除非事先已经告诉他考不好要枪毙。这时候,他怕的不是考试,而是考不好。怕考不好,就是想考好。这就是说,考试焦虑不是“怕”考试,而是“想”考好。事实也是如此,考生不是“怕”考试,而是“想”考

试,想考出好成绩,不让他考,他还不乐意。

再如社交焦虑,也不是怕社交,而是想社交,想在社交活动中表现优异,给人留下好印象,于是就焦虑了。社交动机越强,交往对象“身价”越高(譬如美女、高官),越想给对方留下好印象,焦虑越重。结果,过度焦虑影响了社交,导致社交失败,以后就回避社交,被误认为是社交恐惧。尽管回避社交,但社交动机还是很强,渴望社交,所以内心冲突,精神痛苦。真正的社交恐惧,即害怕社交,会躲起来,闭门不出,行为退缩。这种人觉得外面的世界非常可怕,躲在家里是最安全的,所以心安理得,坦然对待自己的退缩。

1.3.1 急性焦虑

人类历史上充满着瞬间的剧变,像战争、革命、地震或其他大变动等,在这种情况下,死亡恐惧是所有生物共有的一个普遍现象,对将来危险的预期会使有些人对现在和将来的威胁产生更多恐惧。在急性焦虑情况下,将会发生两种心理现象:运动性活动的减少和无法控制的活动增加,前者是一种心理麻痹,后者是抑制解除。在重大的、连续的应激和紧张情景中,有些人会回归到幼稚时期,幻想这种退缩会使自己面临的危险大大降低,并认为婴儿期是人生最安全的时期。

在第二次世界大战和其他战争中,我们可以看到有些年轻士兵,他们行为失常,记忆混乱,有时表现出许多幼儿时期的行为举止。“幼稚退化”使人处于一种无意识状态,从而达到逃避现实危险,并使他回到儿童期的想象世界。在有些情况下,人们会出现某种心理防御机制,如合理化。合理化使人相信存在超自然的力量,这种力量将会保护人们免遭危险袭击。有许多报道曾讲到许多处于危险状态的人,他们突然变得十分相信宗教。我们有些处在危险状态的病人曾向上帝祈祷,他们做出各种各样的许诺以获得上帝的恩赐,并免去他们的苦难。这种白日梦以及宗教性情感是十分普遍的。

这些现象有时会出现在许多方面。在战争、威胁和危险时期,许多人一味地退缩等待救世主,沉溺于占星术,成群结队,信仰超自然力量的“精神领袖”。对这种极度的外在危险的恐惧促使超自然力量的干预。被动常使个人的无助感加深,并引起极大的内疚感。无助和内疚感会使人更加退缩,从而使

个人或群体前进的步伐放慢,进一步降低了个人对外在突如其来的猛烈袭击的反应能力。来自内部的突然袭击不但降低了个人的能力,而且降低了个人面对外在危险的能力。谴责别人可以减少个人的内疚感,但决不会提高个人的能力,同时会引起更多的纠纷与不满,而且,人们敌视的对象并不是真正的敌人,而是自己的同事、同学、朋友和那些不合格的领导者。

1.3.2 社交焦虑

社交焦虑是一种与人交往的时候,觉得不舒服、不自然,紧张甚至恐惧的情绪体验。严重的情形是,社交焦虑症患者,每天的各种活动:走路、购物、社会活动甚至打电话都是对他们很大的挑战。他们不仅与“权威人士”交往困难,与普通人交往也出现障碍。

社交焦虑的人不仅在现实情境中体验焦虑情绪,而且在离开使他焦虑的社会情境后,还在头脑中不断分析和“回放”焦虑情境,使社交焦虑情绪得到强化。社交焦虑的个体与他人交往的时候往往还伴随有生理上的症状,如出汗、脸红、心慌等。人们为了回避导致社交焦虑的情境,通常是减少社会交往,选择孤独的生活方式。

在很多时候,一个人为了完成自己计划的目标,往往设法在行为举止上努力树立一个良好形象,以获得社会认可。在社交焦虑中,人们往往怀疑自己的交流方式是否会按自己所希望的方式被接受,同时怀疑个人的言词或行为是不是以个人所喜欢的方式被知觉,这是由过分在意他人的印象感,以及总是担心自己不被接纳而引起的焦虑状态。

社交焦虑过去一直是一种被忽视的心理障碍,而现在却成为精神科医生临床实践和研究工作中的一个重点问题。近十余年来获得的大量数据给了医生们强大的动力以至于控制这种病。欧美流行病学调查发现,人口中的社交焦虑终生患病率为2%~4%。

由于此病本身的特点,只有很少一部分病人在基层或综合医院就诊,一部分病人由于躯体症状就诊于内科和神经科,仅有一部分病情严重、病程较长的人就诊于心理医生。很多人认为,社交焦虑病人只不过是性格上的小毛病(害羞、胆小等),并不认为是一种应该且可以治疗的病;人们还往往过低地估