

PEARSON

异常心理学

(第13版)

Abnormal Psychology 13th ed

James N. Butcher/Susan Mineka/Jill M. Hooley

[美] 詹姆斯·布彻 苏珊·米内克 吉尔·胡利 著

耿文秀等 译

 上海人民出版社

异常心理学

(第13版)

Abnormal Psychology 13th_{ed}

James N. Butcher/Susan Mineka/Jill M. Hooley

[美] 詹姆斯·布彻 苏珊·米内克 吉尔·胡利 著

耿文秀等 译

图书在版编目(CIP)数据

异常心理学:第13版/(美)布彻(Butcher, J. N.),

(美)米内克(Mineka, S.), (美)胡利(Hooley, J. M.)

著;耿文秀等译. —上海:上海人民出版社, 2014

(心理学核心课程教材系列丛书)

书名原文: Abnormal psychology 13ed

ISBN 978-7-208-11960-4

I. ①异… II. ①布…②米…③胡…④耿… III.
①变态心理学—教材 IV. ①B846

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第290453号

责任编辑 周 崢

装帧设计 陈 楠

· 心理学核心课程教材系列丛书 ·

异常心理学(第13版)

[美]詹姆斯·布彻 苏珊·米内克 吉尔·胡利 著

耿文秀等 译

世纪出版集团

上海人民出版社出版

(200001 上海福建中路193号 www.ewen.cc)

世纪出版集团发行中心发行

上海商务联西印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 48.25 插页 2 字数 1,229,000

2014年3月第1版 2014年3月第1次印刷

ISBN 978-7-208-11960-4/B·1031

定价 98.00 元

丛书总序

在我三十余年的教学生涯中,曾编著翻译过好多部供本科生及研究生使用的教材。此次动用全系的力量乃至上海及全国兄弟院校的同志一起参与翻译这套系列教材,正是表达着这样一种意愿:希望全面地更新本科生的专业知识和结构。

自二十世纪七十年代末以来,心理学这一学科的建设开始在我国复苏。近三十年的发展不容忽视,但也并不乐观。据我所知,目前全国范围内已有180多所院校建系招生,估计每年在校的本科生少则数千,多则上万。但是据我们从全国招收的硕士研究生的录取状况来看,他们的基础知识、专业知识还相当陈旧和支离破碎,其中很多理念含混不清,甚至存在许多错误。究其原因,问题仍在于本科阶段所接受的教育内容和质量。

走进书店或走入书库,你可以发现,近30年由国内学者编著的各类心理学教材、译著或译丛似有繁荣之感,但其传递的知识质量似乎要大打折扣。毕竟吾等子辈修炼近有数十年,看来教材的质量应该在一个学科发展更为悠久、学科群体更为庞大、近数代人的努力这些条件下才有可能产生。

鉴于上述情况,从当今美国大学使用频率较高并经历许多版本修订当中选择相应的教材译本,这一计划便提了出来。在近一到三年当中,我们将首先推出《心理学导论》(第9版)、《毕生发展》(第3版)、《认知心理学》(第7版)、《社会心理学》(第12版)、《人格心理学》(第5版)、《心理学史》(第6版)、《教育心理学》、《变态心

理学》(第13版)、《心理统计学》(第4版)、《心理测验》(第6版)、《研究设计与方法》(第6版)、《性心理学》(第8版)等系列教材的译本。从现已选定甚至业已完成的译本来看,这些教材的特点是知识容量大、更具历史发展的纵深线索、更具理论与实践相整合的趋向,连同与之相匹配的还有各种教学资源,如教学投影片、视频影像资源、题库和网络资源等等,所有这些特点都是国内现在编写的教材无法比拟的。

课程建设无疑是心理科学发展的基础,高质量的课程是培养高水平学生的必备条件,是教师高质量教学的重要手段。课程建设是华东师范大学心理学系“十五”和“十一五”国家自然科学基金委员会“国家理科基地人才培养项目”的三大块内容之一,此次教材建设得到该项目的大力支持。上海人民出版社历来对心理学寄予很高的期望和厚爱,自2006年开始双方就引进且翻译一套高水平的心理学教材事项一拍即合。在此,对上海人民出版社表示深深的感谢。通过这套教材的推广,我们也期望能够为中西部院校新教师的培训工作尽献绵薄之力。

吴庆麟

2008年6月

丛书总序

在我三十余年的教学生涯中，曾编著翻译过好多部供本科生及研究生使用的教材。此次动用全系的力量乃至上海及全国兄弟院校的同志一起参与翻译这套系列教材，正是表达着这样一种意愿：希望全面地更新本科生的专业知识和结构。

自二十世纪七十年代末以来，心理学这一学科的建设开始在我国复苏。近三十年的发展不容忽视，但也并不乐观。据我所知，目前全国范围内已有180多所院校建系招生，估计每年在校的本科生少则数千，多则上万。但是据我们从全国招收的硕士研究生的录取状况来看，他们的基础知识、专业知识还相当陈旧和支离破碎，其中很多理念含混不清，甚至存在许多错误。究其原因，问题仍在于本科阶段所接受的教育内容和质量。

走进书店或走入书库，你可以发现，近30年由国内学者编著的各类心理学教材、译著或译丛似有繁荣之感，但其传递的知识质量似乎要大打折扣。毕竟吾等辈修炼近有数十年，看来教材的质量应该在一个学科发展更为悠久、学科群体更为庞大、近数代人的努力这些条件下才有可能产生。

鉴于上述情况，从当今美国大学使用频率较高并经历许多版本修订当中选择相应的教材译本，这一计划便提了出来。在近一到三年当中，我们将首先推出《心理学导论》（第9版）、《毕生发展》（第3版）、《认知心理学》（第7版）、《社会心理学》（第12版）、《人格心理学》（第5版）、《心理学史》（第6版）、《教育心理学》、《变态心

译者序

2013年5月1日,《中国精神卫生法》正式颁行,自1985年开始启动讨论到2013年的问世,28年间经过多少精神病学家、法学家及心理学家的共同努力、艰辛奋斗才有了这部中华人民共和国历史上的第一部精神卫生法,也凸显中国政府对中国国民精神健康的高度重视。精神卫生法明文规定“不得违背本人意志进行确定其是否患有精神障碍的医学检查”,以及“精神障碍的住院治疗实行自愿原则”。也就是说,中国第一次以法律的形式防止中国公民“被精神病”。20世纪30年代前苏联曾把许多不合斯大林口味的老布尔什维克及知识分子关进精神病院,可以说是“被精神病”的历史之最。中国近半个世纪以来也曾发生过许多因政治迫害或经济纠纷、家庭矛盾而置人于“被精神病”状态、违背当事人意愿而被强行收容或送进精神病院的悲剧、闹剧。

美国好莱坞影片《飞跃疯人院》1975年获5项奥斯卡大奖,不仅仅是因为其艺术造诣,更重要的是其契合了西方20世纪60年代以来民权运动兴起、民主和人道主义、人权意识高涨的时代精神。20世纪70年代以来西方发达国家兴起了“反精神病学运动”以及随之而来的“去机构化”或“非住院运动”,强调不合主流社会习俗的行为或所谓的精神障碍不一定是疾病或犯罪。即使就是精神疾病患者也有权拒绝治疗、拒绝住院,有权选择流浪。只要他们没有妨害他人,没有影响社会治安,警察或他人无权强行干预其流浪行为。这也是为什么今天西方发达国家有着如此众多“无家可归者”的原因之一——流落街头的无家可归者中有相当部分或很大部分是精神疾病患者。

2003年湖南青年孙志刚因未带身份证在广州被强行收容,在收容机构中遭遇到其他被收容人员的轮番毒打而惨死。该惨案激起了中国法律界更加积极的行动。我们可以说孙志刚用27岁的年轻生命助推了中国强行收容遣送制度的终结,该制度就包含着强行收容遣送街头流浪的精神疾病患者。这一终结是中国法制进步的重大里程碑。《中国精神卫生法》历经28年的反复磋商锤炼而颁行,更是从破除强行收容遣送制度上强化了对精神疾病、心理障碍患者权益的保护。

但反对“被精神病”并非意味着有病不治或放弃治疗。《精神卫生法》的人道主义本质正是体现在有精神疾患或心理障碍就要积极治疗,力争把精神障碍的危害降到最小,力争患者能通过科学规范的治疗尽快恢复健康并尽快回归家庭和社会,与我们一起平等分享社会改革进步的成果。自20世纪50年代以来,特别是进入21世纪,人类对生命、基因、对自身大脑的认识取得了前所未有的飞跃,以及抗精神病药物的不断推陈出新,人类对精神疾患的防治已经取得了巨大的进步。积极的科学治疗可以使绝大多数精神疾病患者康复、回归或基本回归正常生活。

其实,近些年来西方也在反思,精神疾病患者不接受治疗而流落街头是否真正符合人道主义精神、是否真正体现了人权。因为绝大多数精神疾病患者原本可以从积极治疗中受益,从而提高生存质量并不至于流落街头。但高度强调人权与个人自由的西方发达国家迄今为止在尊重精神疾病患者自我抉择权、防止“被精神病”与积极治疗之间仍未找到两全之计,于是在类似于夏威夷这样没有严冬酷暑的地方,海滩散步时一脚踢到两三个无家可归的精神障碍患者的情形并不夸张。

当然,中国现实社会生活中的精神健康问题不是一部法律所能完全解决的,还需要精神健康工

作者们继续艰苦努力。我们必须看到,在很多中国普通老百姓心目中,精神疾患或心理障碍仍然是禁忌、是羞辱、仍然被污名化,所以才有“被精神病”的情况发生而不会出现“被着凉”、“被高血压”等等。因为政府明确取消乙肝病毒携带者报考公务员的限制,乙肝歧视一下子大大淡化。即使是艾滋病,因为有各级政府的高度重视与众多明星名人的参与宣传,艾滋病患者或艾滋病毒携带者的生存环境大大改善。然而,一般民众口中所谓的“神经病”人却难于得到社会的理解和关爱,往往被耻化、被妖魔化。一提到精神障碍,人们的第一反应就是“疯子”:胡言乱语、蓬头垢面,而且总是与暴力攻击、杀人放火联系在一起,避之唯恐不及,何谈关爱!中国庞大的人口中,精神疾患乃至心理障碍患者往往是弱势群体中的最弱势者,是最容易遭遇社会乃至家庭遗弃和边缘化的人群。当然,他们之中的少数人也确实可能成为破坏社会治安、伤害他人伤害自己的肇事者,这更加剧了社会和一般人群对他们的厌弃和恐惧。

依据世界卫生组织 WHO 的评估,中国的精神障碍发病率不算高,但中国的自杀率较高。而中国人口总数全世界第一,巨大的绝对基数使中国的精神疾病患者或心理障碍患者人数也同样是全世界第一。如精神分裂症这样的重性精神疾病虽然只占 1% 左右,但以 13 亿人口为基数,中国的重性精神疾病患者至少在 1300 多万,相当于多少个欧洲国家的总人口啊!遗憾的是,相比于发达国家,我们的精神卫生资源却极为落后,无论是人口中的精神科医师、临床心理学家、护士人数、以及精神科床位数,在全球范围都属于很低水平。目前我国正规高等医学教育中,精神卫生的学时多的如北大医学院可达 100 学时,少的才 24 学时,还仅仅是考查科目而已。现在推行的全科医生培训,精神卫生仅仅 2 学时!而欧美国家的精神卫生是大学科,相关学时可高达 300 乃至 400 学时!

自 2008 年“5·12”大地震以来,中国老百姓开始听闻心理咨询或心理治疗。在巨大的社会需求基础上,中国心理学突飞猛进地发展,心理学系或心理学专业遍地开花,有条件要上,没条件也要上;无论是工科还是理科院校都冒出心理系,都强调是应用心理学,都想培养心理咨询的专业人员,但其中的很多却没有开设过异常心理学的课程学习!没有学习过异常心理学,怎么可能去鉴别诊断人类个体的发展是正常还是异常,又何来咨询或治疗?

异常心理学应当是心理学系的高年级专业课程,是在普通心理学、发展心理学、社会心理学等基础课程之后学习的专业基础课程,让我们了解在人类个体的发展过程中,由于先天后天的诸多因素出现了怎样的偏差而影响到个体的学习工作及社会适应功能。在全民关注精神卫生心理健康的今天,异常心理学确实是一门对理解自己和他人、预防心理疾患都有帮助的实用学科。某些轻微的心理困扰我们通过学习可自我调适或求助于心理咨询,更严重的障碍则需要临床心理学家系统规范的心理治疗。重要的是还必须认识到,精神病学家是我们提供精神卫生服务的最重要盟友。我们应随时记住“转介”——重度抑郁或精神分裂症都不是我们的认知矫正或行为治疗可奏效的,必须转介去接受生物医学的治疗。千万不要妄想去纠正精神分裂症患者的妄想,也不要质疑他们的幻觉——今天的抗精神病药物可以很好地去除这些阳性症状,而纯心理学的干预对此则往往无能为力。

为什么许多心理学系都没有开设异常心理学的课程?师资匮乏是首要原因之一,值得信赖的异常心理学教科书不多也是一个方面。这也是我们选择翻译本书的直接动因。本书是美国异常心理学领域的经典教科书,经历了长达 65 年的岁月检验,一再重版。我们目前翻译的本书是其第 13 版的最新版本,尽可能涵盖了 21 世纪以来在生命科学、脑科学、神经科学方面的最新研究成果。特别是该书的作者团队,前赴后继半个多世纪以来领军的都是该领域的精英,他们既有自己的潜心研究又有丰富的临床经验,这使得该书保证了理论探索的前沿性,又具有实践操作的现实性。译者前

述就《中国精神卫生法》颁行的感慨,相信读者都可通过对本书学习而深化理解并与译者产生共鸣。

我带领我的研究生经过三年多的艰苦努力终于完成了这部 80 多万字的大部头教科书的翻译。参与翻译的他们现在全都顺利毕业、获得了博士或硕士学位。这也是他们在攻读学位期间的学术成果之一。为了保证翻译质量,我们分工合作,各自完成自己章节的翻译后自校——互校——三校,最后汇聚到我这里总校和审读。而我对着原书逐字逐句的审读和纠错耗费了一年半的时间。幸好有本书责任编辑周峥先生的坚韧、宽容和理解,才保证了本书今年终能出版。我与周峥先生合作多年,这是一个任何学者都愿与之合作、非常敬业、极为认真负责的专业编辑——恕我直言,这样的品质在今天社会已然成为稀缺资源——更难能可贵的是其编辑素养所秉的宽厚知识背景与更为宽厚的人文关爱。谢谢周峥先生,谢谢您的坚持使我们的合作又一次开花结果。

参与本书翻译的有:张磊博士、鲍立铎博士、俞晓歆博士、楚冬梅硕士、曹琳珠硕士、张雪华硕士、左东朔硕士、董镭硕士、康元艺硕士、孙立夏硕士、张婵硕士。最后,还有郎漪婷硕士研究生参与了补译。谢谢大家的团结奋斗!当然,这样一部 80 万多字的专业教科书是对我们翻译者的理论知识储备乃至体力的巨大挑战,力有不逮肯定时有发生。尽管译者们小心翼翼、力求忠实于原著同时又语句通畅,让中国人读得懂又不至于太拗口,但出于我自己的才识浅陋,舛错疏漏在所难免,恳请读者诸君不吝赐教,帮助我们呈现给社会一部值得信任的严肃的学术著作。

耿文秀 博士

华东师范大学心理与认知科学学院 临床心理学教授

2013年9月 于寂远斋

前 言

作为异常心理学的学生教科书,这本《异常心理学》具有重要的悠久传统。自从 1948 年詹姆斯·科尔曼撰写了本书的第一版,本书在专业领域被认为是最全面的。岁月如梭,新的作者加入了写作队伍,他们提供了来自专业领域的新洞见,继续坚定地完成研究,并使它们呈现在本书中。1980 年,著名的心理学家鲍勃·卡森和吉姆·布彻修订了这本经典教科书的第六版,1996 年,受人尊重的研究者苏珊·米内克加入写作,修订了本书的第十版。2004 年,鲍勃·卡森从作者队伍中退休,但是他的贡献无与伦比,他的工作会被我们铭记。

2004 年在本书历史上是激动人心的年代,大量丰富的研究发现扩展了我们对异常心理学的了解,提升了 10 年前的理论和治疗实践。本书的目标是,而且一直都是,展现给学生令人振奋的发现和最全面的对异常心理的可能的解释。为了让此进程继续,我们欢迎哈佛大学的吉尔·胡利加入写作队伍。吉尔·胡利是哈佛大学的一位经验丰富的异常心理学研究者,也是实验病理心理学、临床心理学项目的负责人。在此版中,在临床训练和研究中、尤其是对精神分裂症的解说,她带来了全新的观点。

布彻—米内克—胡利的队伍是独一无二的。他们在异常心理学研究领域的深度和广度提供给学生学习的经验,可以激发思维,增加理解并且带领他们达到其他书籍不能提供的新的新的高度。这个最新版本包括超过 1500 项新的参考文献,作者们的全球性工作提供了多元文化研究和文化现象的平衡,并提供了异常心理学的整合观点。

280	.....	.....	.....
320	.....	.....	.....
360	.....	.....	.....
400	.....	.....	.....
440	.....	.....	.....
480	.....	.....	.....
520	.....	.....	.....
560	.....	.....	.....
600	.....	.....	.....
640	.....	.....	.....
680	.....	.....	.....
720	.....	.....	.....
760	.....	.....	.....
800	.....	.....	.....
840	.....	.....	.....
880	.....	.....	.....
920	.....	.....	.....
960	.....	.....	.....
1000	.....	.....	.....
1040	.....	.....	.....
1080	.....	.....	.....
1120	.....	.....	.....
1160	.....	.....	.....
1200	.....	.....	.....
1240	.....	.....	.....
1280	.....	.....	.....
1320	.....	.....	.....
1360	.....	.....	.....
1400	.....	.....	.....
1440	.....	.....	.....
1480	.....	.....	.....
1520	.....	.....	.....
1560	.....	.....	.....
1600	.....	.....	.....
1640	.....	.....	.....
1680	.....	.....	.....
1720	.....	.....	.....
1760	.....	.....	.....
1800	.....	.....	.....
1840	.....	.....	.....
1880	.....	.....	.....
1920	.....	.....	.....
1960	.....	.....	.....
2000	.....	.....	.....
2040	.....	.....	.....
2080	.....	.....	.....
2120	.....	.....	.....
2160	.....	.....	.....
2200	.....	.....	.....
2240	.....	.....	.....
2280	.....	.....	.....
2320	.....	.....	.....
2360	.....	.....	.....
2400	.....	.....	.....
2440	.....	.....	.....
2480	.....	.....	.....
2520	.....	.....	.....
2560	.....	.....	.....
2600	.....	.....	.....
2640	.....	.....	.....
2680	.....	.....	.....
2720	.....	.....	.....
2760	.....	.....	.....
2800	.....	.....	.....
2840	.....	.....	.....
2880	.....	.....	.....
2920	.....	.....	.....
2960	.....	.....	.....
3000	.....	.....	.....
3040	.....	.....	.....
3080	.....	.....	.....
3120	.....	.....	.....
3160	.....	.....	.....
3200	.....	.....	.....
3240	.....	.....	.....
3280	.....	.....	.....
3320	.....	.....	.....
3360	.....	.....	.....
3400	.....	.....	.....
3440	.....	.....	.....
3480	.....	.....	.....
3520	.....	.....	.....
3560	.....	.....	.....
3600	.....	.....	.....
3640	.....	.....	.....
3680	.....	.....	.....
3720	.....	.....	.....
3760	.....	.....	.....
3800	.....	.....	.....
3840	.....	.....	.....
3880	.....	.....	.....
3920	.....	.....	.....
3960	.....	.....	.....
4000	.....	.....	.....
4040	.....	.....	.....
4080	.....	.....	.....
4120	.....	.....	.....
4160	.....	.....	.....
4200	.....	.....	.....
4240	.....	.....	.....
4280	.....	.....	.....
4320	.....	.....	.....
4360	.....	.....	.....
4400	.....	.....	.....
4440	.....	.....	.....
4480	.....	.....	.....
4520	.....	.....	.....
4560	.....	.....	.....
4600	.....	.....	.....
4640	.....	.....	.....
4680	.....	.....	.....
4720	.....	.....	.....
4760	.....	.....	.....
4800	.....	.....	.....
4840	.....	.....	.....
4880	.....	.....	.....
4920	.....	.....	.....
4960	.....	.....	.....
5000	.....	.....	.....
5040	.....	.....	.....
5080	.....	.....	.....
5120	.....	.....	.....
5160	.....	.....	.....
5200	.....	.....	.....
5240	.....	.....	.....
5280	.....	.....	.....
5320	.....	.....	.....
5360	.....	.....	.....
5400	.....	.....	.....
5440	.....	.....	.....
5480	.....	.....	.....
5520	.....	.....	.....
5560	.....	.....	.....
5600	.....	.....	.....
5640	.....	.....	.....
5680	.....	.....	.....
5720	.....	.....	.....
5760	.....	.....	.....
5800	.....	.....	.....
5840	.....	.....	.....
5880	.....	.....	.....
5920	.....	.....	.....
5960	.....	.....	.....
6000	.....	.....	.....
6040	.....	.....	.....
6080	.....	.....	.....
6120	.....	.....	.....
6160	.....	.....	.....
6200	.....	.....	.....
6240	.....	.....	.....
6280	.....	.....	.....
6320	.....	.....	.....
6360	.....	.....	.....
6400	.....	.....	.....
6440	.....	.....	.....
6480	.....	.....	.....
6520	.....	.....	.....
6560	.....	.....	.....
6600	.....	.....	.....
6640	.....	.....	.....
6680	.....	.....	.....
6720	.....	.....	.....
6760	.....	.....	.....
6800	.....	.....	.....
6840	.....	.....	.....
6880	.....	.....	.....
6920	.....	.....	.....
6960	.....	.....	.....
7000	.....	.....	.....
7040	.....	.....	.....
7080	.....	.....	.....
7120	.....	.....	.....
7160	.....	.....	.....
7200	.....	.....	.....
7240	.....	.....	.....
7280	.....	.....	.....
7320	.....	.....	.....
7360	.....	.....	.....
7400	.....	.....	.....
7440	.....	.....	.....
7480	.....	.....	.....
7520	.....	.....	.....
7560	.....	.....	.....
7600	.....	.....	.....
7640	.....	.....	.....
7680	.....	.....	.....
7720	.....	.....	.....
7760	.....	.....	.....
7800	.....	.....	.....
7840	.....	.....	.....
7880	.....	.....	.....
7920	.....	.....	.....
7960	.....	.....	.....
8000	.....	.....	.....
8040	.....	.....	.....
8080	.....	.....	.....
8120	.....	.....	.....
8160	.....	.....	.....
8200	.....	.....	.....
8240	.....	.....	.....
8280	.....	.....	.....
8320	.....	.....	.....
8360	.....	.....	.....
8400	.....	.....	.....
8440	.....	.....	.....
8480	.....	.....	.....
8520	.....	.....	.....
8560	.....	.....	.....
8600	.....	.....	.....
8640	.....	.....	.....
8680	.....	.....	.....
8720	.....	.....	.....
8760	.....	.....	.....
8800	.....	.....	.....
8840	.....	.....	.....
8880	.....	.....	.....
8920	.....	.....	.....
8960	.....	.....	.....
9000	.....	.....	.....
9040	.....	.....	.....
9080	.....	.....	.....
9120	.....	.....	.....
9160	.....	.....	.....
9200	.....	.....	.....
9240	.....	.....	.....
9280	.....	.....	.....
9320	.....	.....	.....
9360	.....	.....	.....
9400	.....	.....	.....
9440	.....	.....	.....
9480	.....	.....	.....
9520	.....	.....	.....
9560	.....	.....	.....
9600	.....	.....	.....
9640	.....	.....	.....
9680	.....	.....	.....
9720	.....	.....	.....
9760	.....	.....	.....
9800	.....	.....	.....
9840	.....	.....	.....
9880	.....	.....	.....
9920	.....	.....	.....
9960	.....	.....	.....
10000	.....	.....	.....

妖魔论、神论和魔法论	032
希波克拉底早期的医学观点	033
探索意识和心灵的早期哲学观念	034
后期的希腊、罗马思想	036
中世纪时期的异常行为	036
走向人道主义	039
科学质疑在欧洲的复兴	040
早期收容院及避难所的建立	041
人道主义改革	043
19世纪关于精神疾病病因和治疗的观点	046
20世纪初期精神健康观点的转变	046
20世纪精神病院的护理	047
看待异常行为的当代观点	050
生物学发现:确立精神疾病和大脑之间的关联	051
分类体系的创立	052
心理因素起源观:确立精神疾病的心理学基础	052
心理学研究传统的发展	055
讨论:解释历史事件	059
第三章 致病因素的理论观点	062
异常行为的成因与风险因素	063
必要因素、充分因素和促成因素	063
异常行为的反馈和循环作用	065
素质—压力模型	065
理解异常行为的模型和观点	068
生物学观点及生物学致病因素	069
神经递质和激素失调	069
遗传易感性	072
气质	078
脑功能障碍和神经可塑性	079
生理剥夺或损伤	080
生物学观点的影响	080
心理社会学观点	081
心理动力学观点	081
行为主义观点	089
认知行为观点	092
如何看待不同观点	095
心理社会方面的致病因素	096
早期剥夺或创伤	097

不良的父母教养方式	101
婚姻不和谐与离婚	104
不良同伴关系	105
社会文化观点	107
通过跨文化研究揭示社会文化学因素	108
社会文化因素	111
社会文化环境	111
不良的社会影响因素	111
社会文化观点的影响	113
讨论 异常行为的理论观点和原因	114
第四章 临床评估	117
评估的基本要素	118
评估与诊断的关系	118
考察个人成长史	119
专业取向的影响	120
临床治疗师与来访者的信任与融洽	120
身体机能评估	121
一般性的身体检查	121
神经生理学检查	121
PET 扫描:一种新陈代谢成像技术	122
神经心理学检查	123
心理社会学评估	125
评估性会谈	126
临床行为观察	127
心理测验	128
客观人格测验的优势和局限	139
一个心理学个案研究:埃斯特班	140
评估资料的整合	143
评估中的伦理问题	143
异常行为的分类	144
信度和效度	145
分类的不同模式	146
精神障碍的正式诊断分类	147
第五章 应激与适应障碍	156
什么是应激?	157
应激源的类别	158

101	个人面临应激的预测因素	160
101	应激的应对	163
101	严重应激的影响	165
101	应激的生理影响	165
101	长期应激的心理影响	168
111	适应障碍:对日常生活应激源的反应	169
111	失业应激	170
111	丧亲应激	170
111	离异与分居应激	172
111	创伤后应激障碍:对灾难事件的反应	172
	创伤后应激障碍在普通人群中的流行率	173
111	急性应激障碍与创伤后应激障碍的区别	175
	创伤后应激障碍的影响因素	177
111	强奸创伤	178
111	战争创伤	181
	创伤后应激的长期影响	186
	对个人安全与保障的严重威胁	186
111	应激障碍的预防与治疗	190
	应激障碍的预防	190
	应激障碍的治疗	190
	危机受害者研究中的挑战	193
	关于危机干预我们学到了什么	193
111	讨论:治疗 PTSD 的精神药物	194
111	第六章 惊恐、焦虑及其障碍	198
111	恐惧与焦虑的反应模式	200
111	焦虑障碍概述	201
111	特定对象恐惧症	202
	血液—注射—损伤恐惧	204
	起病年龄与性别差异	205
	心理社会成因	205
	遗传与气质因素	208
111	特定对象恐惧症的治疗	208
111	社交恐惧症	210
	心理社会因素与生物学因素的交互作用	212
	社交恐惧症的治疗	214
111	伴随及不伴随广场恐惧的惊恐障碍	215
111	惊恐障碍	215

222	广场恐惧症	218
222	流行率、性别差异和起病年龄	219
222	与其他障碍的共病	220
222	第一次惊恐发作的时间	221
222	生物学因素	221
222	行为与认知因素	223
222	惊恐障碍与广场恐惧症的治疗	226
222	广泛性焦虑障碍	228
222	普遍特征	228
222	流行率与起病年龄	230
222	与其他障碍的共病	230
222	心理社会因素	230
222	生物学因素	233
222	广泛性焦虑障碍的治疗	234
222	强迫症	235
222	流行率与起病年龄	237
222	强迫症的特征	237
222	心理社会因素	239
222	生物学因素	242
222	强迫症的治疗	244
222	普遍的社会文化因素	246
222	焦虑源的文化差异	246
222	对人恐惧症	246
222	第七章 心境障碍与自杀	250
222	心境障碍是什么?	251
222	心境障碍的流行率	253
222	单相心境障碍	253
222	非心境障碍的抑郁状态	253
222	轻度至中度抑郁障碍	255
222	重度抑郁障碍	257
222	单相心境障碍的病因	261
222	生物学因素	261
222	心理社会因素	267
222	双相障碍	282

.....	循环型情感障碍	283
.....	双相障碍	284
.....	双相心境障碍的起病因素	287
.....	生物学因素	287
.....	心理社会因素	288
.....	影响单相障碍和双相障碍的社会文化因素	290
.....	抑郁症状的跨文化差异	290
.....	发病率的跨文化差异	291
.....	美国的人口统计学差异	291
.....	治疗与结果	293
.....	药物治疗与电休克治疗	293
.....	心理治疗	296
.....	自杀	298
.....	临床表现与因果模式	299
.....	自杀的矛盾心理	305
.....	自杀预防与干预	306
.....	讨论:我们有权力选择死亡吗?	307
.....	第八章 躯体形式障碍及解离性障碍	311
.....	躯体形式障碍	312
.....	疑病症	312
.....	躯体化障碍	315
.....	疼痛障碍	318
.....	转换障碍	319
.....	躯体变形障碍	325
.....	解离性障碍	328
.....	人格解离性障碍	330
.....	解离性遗忘和漫游	331
.....	解离性身份认同障碍(DID)	334
.....	解离性障碍的一般社会文化致病因素	342
.....	解离性障碍的治疗和效果	342
.....	讨论:解离性身份认同障碍与“恢复的记忆”	343
.....	第九章 进食障碍和肥胖症	347
.....	进食障碍的临床特点	348
.....	神经性厌食症	348
.....	神经性贪食症	352

起病年龄和性别差异	354
神经性厌食症和神经性贪食症的并发症	356
其他形式的进食障碍	356
诊断标准之间的区别	357
进食障碍和其他形式的精神病理性并发症	358
进食障碍的流行率	359
不同文化中的进食障碍	359
病程和结果	360
进食障碍的风险和病因	361
生物学因素	361
社会文化因素	362
家庭环境	364
个人风险因素	365
进食障碍的治疗	368
神经性厌食症的治疗	369
神经性贪食症的治疗	370
暴食障碍的治疗	371
肥胖症	372
生物学因素	372
心理社会因素	373
社会学习的观点	374
社会文化因素	374
肥胖症的治疗	375
预防的重要性	377
第十章 健康问题和行为	380
健康和疾病中的心理因素	383
应激和应激反应	383
从生理学角度看应激	384
应激和免疫系统	386
心理神经免疫学	388
生活方式对健康和疾病的影响	390
健康、态度和应对资源	390
心血管疾病	394
高血压	395
冠心病	396
与心血管疾病相关的心理因素	396
躯体疾病的一般致病因素	401