



专用于国家职业技能鉴定

国家职业资格培训教程

心理咨询师

(下册：工作要求)

劳动和社会保障部职业技能鉴定中心
中国心理卫生协会 组织编写

民族出版社

●专用于国家职业技能鉴定

国家职业资格培训教程

心理咨询师

(下册:工作要求)

劳动和社会保障部职业技能鉴定中心
中国心理卫生协会 组织编写

主审 李心天
陈 宇
主编 郭念锋

民族出版社

目 录

第八章 心理咨询员的心理诊断技能	(1)
第一节 初诊接待	(1)
第一单元 如何进行初诊接待.....	(1)
第二单元 摄入性谈话.....	(4)
第三单元 正确使用心理测验	(13)
第四单元 一般临床资料的整理	(15)
第二节 初步诊断	(20)
第一单元 确定造成求助者心理与行为问题的关键点	(20)
第二单元 如何形成初步印象	(22)
第三单元 对求助者一般心理健康水平进行分析	(23)
第四单元 在上级心理咨询师帮助下形成诊断	(24)
第九章 心理咨询员的心理咨询技能	(27)
第一节 确立咨询目标与制定咨询方案	(27)
第一单元 建立良好的咨询关系	(27)
第二单元 全面把握求助者的基本情况	(35)
第三单元 分析心理问题的类型和程度	(37)
第四单元 制定咨询方案	(40)
第二节 心理咨询员的个体咨询技能	(44)
第一单元 正确运用倾听与问话技术	(44)
第二单元 正确运用咨询技术	(51)
第三单元 咨询效果的初步评定	(53)
第四单元 咨询案例记录与整理	(55)
第三节 心理咨询员的团体咨询技能	(60)
第一单元 见习团体咨询与治疗的准备	(60)
第二单元 见习团体咨询效果的评价	(63)

第十章 心理咨询员的心理测验技能	(65)
第一节 智力测验	(65)
第一单元 韦氏测验	(65)
第二单元 瑞文测验	(69)
第三单元 比内—西蒙量表	(71)
第二节 人格测验	(73)
第一单元 明尼苏达多项个性调查表 (MMPI)	(73)
第二单元 卡氏 16 种人格因素测验	(77)
第三单元 艾森克人格问卷	(80)
第四单元 中国人个性测量表 (CPAI)	(83)
第五单元 大学生人格问卷	(86)
第三节 心理评定量表	(89)
第一单元 90 项症状清单	(89)
第二单元 抑郁自评量表	(92)
第三单元 焦虑自评量表	(93)
第十一章 心理咨询师的心理诊断技能	(96)
第一节 初诊接待	(96)
第一单元 审查心理咨询员提交的报告	(96)
第二单元 通过谈话法以外的其他心理学方法收集临床资料, 深入地 了解求助者的心态, 验证谈话法的内容	(99)
第二节 初步诊断	(101)
第一单元 对所获资料进行分析综合	(101)
第二单元 依据相关心理测量检测初步印象	(106)
第三节 确定诊断或转诊	(109)
第一单元 正常与异常心理活动的区分	(109)
第二单元 非精神病性心理紊乱进行系统分类诊断	(112)
第三单元 对神经症的分类诊断和对重性精神病的初步诊断	(118)
第四节 深入探索 病因诊断	(121)
第一单元 心理问题的生物学原因	(121)
第二单元 心理问题的社会性原因	(127)
第三单元 寻求引发心理与行为问题的认知因素	(129)
第十二章 心理咨询师的心理咨询技能	(135)
第一节 确立咨询目标与制定咨询方案	(135)

第一单元	深入了解求助者的有关材料	(135)
第二单元	确立咨询目标	(137)
第三单元	把握咨询各阶段的特点	(144)
第二节	心理咨询师的个体咨询技能	(146)
第一单元	调动求助者内在的积极因素	(146)
第二单元	启发引导求助者独立思考	(149)
第三单元	妥善使用干预技术	(155)
第四单元	克服阻碍咨询的因素	(159)
第五单元	实现匹配与必要的转介	(172)
第六单元	掌握非言语行为	(177)
第七单元	灵活运用咨询方法	(185)
第三节	总结与巩固	(188)
第一单元	小结阶段成果	(188)
第二单元	结束咨询关系	(190)
第三单元	客观评定咨询成效	(192)
第四节	心理咨询师的团体咨询	(196)
第一单元	团体心理咨询的设计	(196)
第二单元	团体咨询与治疗的开始阶段	(199)
第三单元	团体咨询与治疗的中间阶段	(204)
第四单元	团体咨询与治疗的结束阶段	(208)
第五单元	团体心理咨询效果评估	(210)
第十三章	心理咨询师的心理测验技能	(214)
第一节	测验量表的分数与常模	(214)
第一单元	编制测验量表	(214)
第二单元	量表分数的转换	(214)
第三单元	建立常模的过程	(221)
第二节	测量的信度、效度与项目分析	(226)
第一单元	信度分析	(226)
第二单元	效度分析	(231)
第三单元	项目分析	(238)
第三节	测验结果的解释	(244)
第一单元	智力测验的一般原则及解释举例	(244)
第二单元	人格测验的一般原则及解释举例	(248)
第三单元	心理评定量表的一般原则及解释举例	(252)

第十四章 高级心理咨询师的心理诊断技能	(256)
第一节 初诊接待和初步诊断	(256)
第一单元 示范初诊接待	(256)
第二单元 示范初步诊断的形成	(258)
第二节 会诊	(260)
第一单元 如何主持同行会诊	(260)
第二单元 其他临床科室的会诊	(262)
第三节 解决疑难案例的能力	(265)
第一单元 心理与行为障碍的社会性原因	(266)
第二单元 心理与行为障碍的认知原因	(268)
第三单元 心理与行为障碍的生物学原因	(271)
第四单元 疑难案例分析	(274)
第十五章 高级心理咨询师的心理咨询技能	(280)
第一节 制定心理咨询计划和修正下级咨询师的咨询计划	(280)
第一单元 制定心理咨询计划	(280)
第二单元 审阅下级咨询师的咨询计划	(281)
第二节 咨询工作的实施(个体咨询)	(282)
第一单元 催眠术的实施	(282)
第二单元 下级咨询师阶段性咨询效果和最终结果的评定	(285)
第三节 团体心理咨询工作的实施	(286)
第一单元 团体心理咨询的指导	(286)
第二单元 团体心理咨询效果的评估	(291)
第十六章 高级心理咨询师的心理测验技能	(294)
第一节 引进国外心理测验	(294)
第一单元 测验项目的翻译	(294)
第二单元 测验量表及量表组合层次的融合问题	(296)
第三单元 测验被试层面的融合问题	(298)
第四单元 心理测验在理论层面的文化融合	(299)
第二节 编制中国的心理测验	(301)
第一单元 编制心理测验的总原则	(301)
第二单元 确定测验的目标	(304)
第三单元 测验项目的建立与选择	(306)

第四单元 编排和组织测验项目	(313)
第五单元 测验手册的编制	(316)
第三节 团体心理测验	(318)
第一单元 团体测验种类	(318)
第二单元 团体测验的编制	(320)
第十七章 高级心理咨询师的督导技能	(322)
第一节 业务督导	(322)
第一单元 制定心理咨询师的培训计划	(322)
第二单元 指导心理咨询师的理论学习和审核心理咨询师的工作方案	(326)
第三单元 组织心理咨询师进行个案分析、专题讲习班和点评难点	(328)
第四单元 参与心理咨询师业务考评和年检	(330)
第二节 工作实践督导	(331)
第一单元 对心理咨询师的职业道德和相关法律法规遵守情况、工作态度、工作表现和业务能力进行检查、指导	(331)
第二单元 对心理咨询师的业务能力定期评估并指出努力方向	(333)
第三单元 关注下级咨询师咨询过程中咨询关系的正常发展	(335)
第三节 下级心理咨询师个人心理健康的督导	(337)
第一单元 评估下级心理咨询师个人心理素质, 指出薄弱点	(337)
第二单元 关注下级心理咨询师个人心理健康状况并协助排除因职业原因造成的心理问题	(339)
第三单元 指导下级心理咨询师, 提高个人心理平衡的能力	(341)
附 (下册) 练习题及参考书目	(343)

第八章 心理咨询员的心理诊断技能

诊断这一概念，有广义和狭义之分，广义的心理诊断包括两部分，第一部分是正常人认知、情绪情感、意志品质、人格特点的评估以及个人发展水平的评估；第二部分是对有心理问题或心理疾病的人进行心理评估。狭义的心理诊断只包括第二部分。临床心理学中对心理问题的诊断除了狭义心理学诊断外，还包括相关的医学诊断在内（钟友彬 1978）。

诊断工作对咨询和治疗来说是充分和必要的先决条件，没有诊断就无从进行咨询和治疗，误诊往往是咨询或治疗失败的重要原因之一。

以下是心理咨询员在进行心理诊断时必须学会的诊断程序和常用方法。另外，作为心理咨询员的工作任务，还要学会将诊断工作的主要内容和结果按一般文档的形式进行整理和记载，以便协助心理咨询师和高级心理咨询师工作。

第一节 初诊接待

第一单元 如何进行初诊接待

一、学习目标

学会按心理咨询原则与求助者进行第一次接触。

二、操作步骤

（一）做好咨询前的准备工作，表现出咨询人员应有的仪态

服装整齐、坐姿端正、表情平和（既不可板面孔，又不可喜笑颜开）。与来访者谈话时，保持正常社交距离（1.5 米左右），保持正常的咨询位置（见图 8-1），按我们的民族习俗，谈话时不可直视对方的眼睛，可扫视对方的眼神或表情。

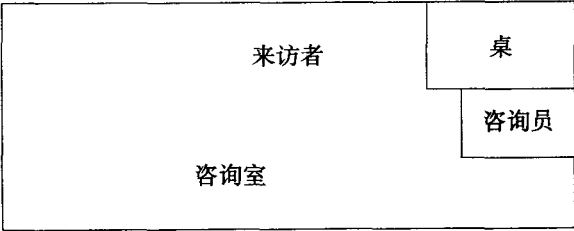


图 8-1

（二）礼貌地接待方式和礼貌语言

1. 必须起立迎接来访者，单手示意指定坐位，平和地说“请进！”“请坐！”

2. “非常欢迎您前来咨询，感谢您的信任。”

“我很愿意向您提供心理学帮助。”

“如果您同意的话，请您填写这张表格。”

（登记表或简单问卷表等）

（三）间接询问求助者希望得到哪方面的帮助，不可直接逼问

间接询问如：“我很希望知道，我在哪方面能向您提供帮助。”

“您希望在哪方面得到我们的帮助。”

直接逼问如：“您有什么问题，说吧！”

“您找我们有什么事，说吧！”

“怎么啦？有什么问题，说吧！”

“出什么事啦，说吧！”

（四）询问结束后，明确表明态度，是否能向求助者提供帮助。

（五）在向求助者表明可以对他提供心理学帮助之后，应立即简约地向求助者说明心理咨询的性质。确保求助者了解什么是心理咨询，心理咨询如何进行，心理咨询主要解决什么问题，而不能解决什么问题等等。

（六）之后，应与求助者协商，确定使用哪种咨询方式（咨询方式的不同类别，见本节“相关知识”）。

（七）对求助者的问题进行归类。对求助者的问题进行初步归类，有利于继续深入分析了解相关资料。不同类别的心理问题，往往有其特点。而这些类别特点，是咨询工作针对性的依据。

三、相关知识

（一）社会交往中第一印象的重要性

心理咨询人员与求助者之间，良好咨询关系的建立对临床资料的收集和后来的咨询效果有重要影响，而咨询人员在初诊接待时留给求助者的第一印象，对确立咨询关系又起关键作用。如果咨询人员在初诊时留给求助者的第一印象不良，咨询者在收集资料时就会遇到困难。因为求助者绝不情愿把自己的内心世界向一位他不信任的人敞开。关于社会交往中形成第一印象的知识，请参阅第二章“社会心理学”中有关部分。

（二）心理咨询的保密原则的重要性

心理咨询中的保密原则，不仅涉及咨询内容，同样也涉及到心理诊断。在心理诊断中，咨询人员收集到的所有有关求助者的资料，包括个人生活、思想状况、个人成长过程、个人恋爱、婚姻、交友、工作等等情况，均在保密之列，咨询人员未经求助者同意，绝不可将这些个人资料泄露给别人。另外，对求助者的心理测量结果和诊断也属保密范围之内，都要受职业道德中保密原则的制约。有关保密原则的具体内容，请参阅第七章“心理咨询师职业道德标准及与心理咨询有关的法律知识”。

（三）心理咨询工作的对象、性质与范围，求助者的权利和义务，心理咨询工作的各种形式等有关知识，请参阅本教材第六章“咨询心理学”有关部分。

（四）归类有几种方法，下面介绍一种，即由表及里的逻辑分类方法，供参考（见表1）。

表1 心理问题的表现形式分类

表现形式	恋爱婚姻	家庭	心理成长发育	情绪情感反应	社交适应人际关系	躯体疾病	其他
问题严重程度	轻、中、重						
问题的一般原因	生物学原因、 认知原因、 社会原因						
问题的具体原因	躯体情况、 本人的人格因素、 具体压力特点						

该表格应铭记心中，因为在摄入性谈话时，不能当着求助者的面做记录、录音，所有摄入信息，都要在谈话后追忆，只有头脑中事先有了框架和条理，才不致漏掉信息。

四、注意事项

（一）避免紧张情绪

刚刚从事心理咨询的工作人员，由于缺乏临床经验，加之对求助者一无所知，初诊接待时难免有紧张情绪产生。紧张情绪可以扰乱思路 and 破坏工作程序，所以要切实避免。为了能将紧张情绪降至最低点，在出诊之前，可按初诊接待的操作步骤进行练习，直到熟练自如为止。条件允许的情况下，可增加见习时间。

（二）语速把握适中，吐字清楚，避免使用方言，每句话必须使求助者听清楚，必要时，可将提问或解释性语句重复一遍，直到求助者表示听清楚并完全理解为止。谈话中若使用专业术语，应向求助者说明专业术语的内涵和外延。

（三）对心理咨询中的保密原则，特别是对心理测量资料的保密原则，要反复向求助者说明，承诺咨询员的责任，并说明一旦由咨询人员泄密，求助者有诉诸法律的权利。

（四）心理测量、心理咨询的功能都是有限的，咨询人员不可为了获取求助者的信任而随意夸大它们的功能，心理咨询工作受范围限制，咨询者不能在咨询范围以外向求助者提供帮助和作任何承诺。

（五）不许吸烟，不许做多余的“下意识”动作（如玩弄铅笔、轻敲桌面、抖动身体等等）。接待来访者之前，绝对不许饮酒或服用兴奋、镇静等药物。交谈中不能东张西望，应注意力集中，认真倾听或发问。

（六）求助者明确了上述问题之后，有利于进一步端正求助动机，既增强对心理咨询工作的信任，又不产生脱离实际的过高期望。而且，对集中收集临床资料，准确评估求助者

的问题所在是有帮助的。

第二单元 摄入性谈话

一、学习目标

使用摄入性谈话，收集临床诊断的资料。

二、操作步骤

(一) 确定谈话的目标、内容与范围

具体操作，详见本单元“相关知识”(一)。

(二) 确定提问方式

具体操作，详见本单元“相关知识”(二)。

(三) 倾听

具体操作，详见本单元“相关知识”(三)。

(四) 控制谈话方向

具体操作，详见本单元“相关知识”(四)。

(五) 对谈话内容归类

具体操作，详见本单元“相关知识”(五)。

(六) 结束谈话(结束谈话时必须申明和承诺的话):

“我可以负责地说，依据我们的道德和相关法律，今天我们的全部谈话，会绝对保密，请您放心。”

如果谈话还要继续，应征求求助者的意见：

“今天暂时谈到这里，在今天的交谈中，我基本了解了您心理上存在的某些问题，但要我马上做出最后确切判断，还有一定困难。由于时间关系，今天无法继续(约定的谈话时间段已结束)，如果您愿意的话，我建议我们再谈一次，您觉得如何？”

如果已做出诊断，而且没有时间讨论矫治方案，应以如下话语表达结束咨询：

“今天的讨论，已经有了初步结论，对这个结论您是否能同意，希望您回去后，再认真想想，是否还有需要补充说明的，我也再想想，是否还有什么不妥之处，我们就按今天的诊断共同研究一下矫治方案，您觉得如何？”

如果经摄入性谈话后，发现求助者有其他疾病(躯体或精神疾病)应向求助者说明：

“就您谈的情况看，恐怕您应该先到某某科做个检查，我将会根据某某科检查，再来考虑您目前状况是否有心理问题的因素存在。”(若发现有可能是精神疾病，可建议精神科会诊。)

结束语：“感谢您的来访和对我们的信任，以后有什么问题，希望再联系。谢谢。”

三、相关知识

(一) 确定谈话内容和范围所依据的参照点有以下几个:

1. 求助者主动提出的求助内容。比如,“我的孩子学习没兴趣,学习成绩不好”、“夫妻之间感情有了裂痕,不知怎么办”等。求助者提出上述问题,咨询员可以就事论事地将其确定为摄入性谈话的目标。与求助者交谈中,可以围绕这些问题收集有关资料。

2. 心理咨询员在初诊接待中观察到的疑点。如:观察到来访者情绪低落,情绪焦虑不安。求助者在初诊接待中对某个问题欲言又止,等等。

假如,求助者初诊时情绪低落并对心理咨询员谈:“其实,我找到你们,要谈的问题也没什么了不起,只是有时觉得生活没意思。”

这些话很重要,虽然他并没有谈出任何实质内容,但依据求助者的情绪状态和含混的表达,求助者可能有自己未意识到的深层心理问题,此时应从了解求助者一般生活状况入手,进行摄入性谈话,把探索深层心理问题作为工作的目标。

3. 心理咨询员可以依据心理测评结果的初步分析发现问题,如 MMPI 的测评结果中抑郁分很高,这时就要把摸清引发抑郁情绪的原因定为谈话目标,去了解与此相关的各类问题。

4. 上级心理咨询师为进一步诊断而下达的谈话目标。

5. 求助者提出的要求中,或心理咨询员的观察中,或心理测评结果中,抑或是上级心理咨询师提出的摄入性谈话目标中,若有一个以上的内容,应分别处理。如:求助者说:“我的孩子学习上不去,他父亲也不管,为这事我经常与他吵,可是不管用,不知该怎么办。”

这话中,最少包括两个内容要搞清,一是孩子学习状况到底如何,二是夫妻之间的关系如何。为此,应当迅速将这两个问题区分,进而搞清两者之间的逻辑关系,是孩子自身学习不好,引发父母在教育态度上不一致,还是夫妻之间吵吵闹闹,家庭不和造成孩子心理压力,影响了学习。弄清其中的关系,把问题分清前后、主次,再依次提问,进行摄入性谈话。

(二) 根据谈话目的和你想收集的资料内容来确定提问方式

一般情况下,应使用开放式提问,不使用封闭式提问。但是特殊情况下,也可使用半开放式提问(或称为限制性开放式提问)。

如:“除了在孩子管理方面,你们夫妻之间还有什么矛盾?”为了弄清孩子学习不好与夫妻吵架这两者的关系,可使用这类半开放式提问。

有时为了确证某种现象是否存在也可用封闭式提问。

如:为确定是否有家庭暴力,可用封闭式提问:“你丈夫打孩子吗?”

总之,到底用哪种提问方式,是依据谈话目标、收集资料的性质和内容来确定的。

(三) 确定了提问方式并提出问题后,要耐心倾听求助者叙述

倾听,不是随便听听,而是全神贯注地、倾心地听。在听的过程中,不能随便打断求助者谈话并插入自己对谈话内容的评价(摄入性谈话规定不能在交谈中加入咨询员评论)。

倾听，不单是听，还要注意思考，要及时而迅速地判断求助者的谈话是否合乎常理，是否符合逻辑。另外，在听的过程中要及时地把握关键点。比如，求助者主诉：“我感觉活得累，没意思，因为领导总说我拾仁忘俩，工作粗心，心不在焉。有一次批评我，我上了七层楼想跳下去，当然我最后没往下跳……”

领导批评就跳楼，这种事罕见，被领导批评几句就跳楼自杀，这不太合逻辑。她所以悲观厌世，背后定然另有真情，引导求助者谈出真情就是问题的关键。又如，求助者谈：“下岗后，回家没事可做，心里空空的……”问：“做家务活，铺床叠被，打扫卫生等等不是事吗？”“没什么可做的，家里没有床，多少年了都睡沙发……”四十五岁的妇女，长年睡沙发，不合常理。肯定还有其他关键点隐在其中，或许，这种关键点才是她生活乏味的原因。倾听，最重要的是听出这些关键点在哪里。

（四）控制谈话方向

会谈的目的，规定着会谈必须是在心理咨询师的控制下进行，也就是说，会谈的方向、所涉及的问题及会谈时间都必须是有计划、有目的的。另外，控制会谈的内容不但对心理咨询师重要，而且对求助者更重要，因为只有这样，求助者才有可能不断增加对心理咨询师的信任和对治疗的信心。假如把会谈搞得漫无边际，患者很快就会因为无所收获而厌烦。

控制会谈和转换话题的技巧很多，而且可以随机应变。最常用的方法是释义，即征得患者的同意后，把患者的话重复一下并做解释，解释完以后，立即顺便提出另一个问题。这样做，使患者感到很自然，会感到心理咨询师的问题提得合理。比如，患者说：“一想起睡觉，就紧张，怕自己失眠。越怕睡不着就越不能入睡。”这时，心理咨询师很了解患者最初失眠的原因，于是，便可以接住患者的话茬说：“越急就越不能入睡，这是情绪对睡眠的干扰作用，心理学认为，任何失眠都是情绪性的，都是情绪干扰的结果，毫无例外。但不知您最初不能入睡时是什么情绪干扰，你愿意谈一谈吗？”再一个方法就是中断，所谓中断就是在谈话中暂时休止一下，当患者因情绪激动或思维障碍而喋喋不休时，不能够硬行迫使他停止谈话，这时，可以请他抽支烟，替他倒一杯水，请他取一样东西过来，或者建议他换一个地方再继续谈等等。如果时间有限，也可以建议暂时停止谈话，下次再来。为控制谈话的方向，也可以使用情感的反射作用，即心理咨询师有意识地激一下患者，使他把谈话转向某类问题。这里必须注意的是，在初次会谈时尽量不使用这种方法，因为这往往引起患者的情绪紊乱，一时难以控制。这种方法在治疗中较多使用，但也得慎用。当一个心理咨询师有经验而且足够机敏时，他们最常用的方法是引导，即由目前的话题引向另一话题。引导不是直接建议转换话题，而是由原来的话题经由一段中介而引出新话题。比如，当你想了解患者的一般社交关系而她本人却喋喋不休地埋怨自己的丈夫时，你可以把夫妻关系引伸为人际关系的一种，而后再对社会上一般人事关系的冷漠发一下感叹，一方面表示对她的同情，另一方面把她的思想引向更远的地方，随后再提出同事关系和朋友关系的问题，进而使她谈谈她的朋友们对她的态度，这样引导比直接发问要自然一些。

（五）谈话之后必须对问题归类

在咨询交谈中，一般情况下，不能做笔录，更不能录音和录像，除非得到求助者同意。所以，摄入性谈话中涉及的问题和求助者提供的信息大部分靠咨询员的临场记忆，以及在谈话结束和求助者离开后，依靠回忆写成文字材料，这种操作难度较大，为了不失信息，

在交谈中，只可以按以下项目做极简单笔录：

1. 个人成长、发展中的问题（经受的挫折或不良行为等）。
2. 现实生活状况。
3. 婚姻状况。
4. 人际关系中的问题。
5. 身体方面的主观感觉（主观症状）。
6. 情绪体验、生活态度。
7. 其他。

（六）谈话法简介

谈话法是心理咨询员掌握的心理学方法之一。在 20 世纪 20 年代，临床心理学家就把这种方法定义为“一种有目的的交谈”。特别在初诊接待时，心理咨询员都要采用这种方法获得临床信息以及建立与求助者之间“帮助关系”。

由于每个人在日常生活中经常与别人谈话，所以就会觉得会谈法是一件极简单的事情。然而，实际上，熟练的会谈技术在临床上是最难掌握也是最难做好的事情。有人把这种技术称为“伟大的艺术”，意思是说，虽然人人都有谈话的能力但并非能谈得成功，这正像每个人都可以画图画，但不是每个人都能有杰出的作品一样。说它是一种艺术，另一层意思是说，由于每个人的修养不同，所以在会谈过程中可以表现出个人风格和特征。

从以上的情况看来，会谈法确实是一种技术。为使人们便于理解和掌握它，现将其要点介绍如下：

1. 会谈中听比说更重要

会谈技术包括听和说两个方面，善于听要比说更重要。耐心细致地听当事人叙述自己的苦闷，本身就是对他的安慰和鼓励，只有很诚恳地全神贯注地去听，患者才有兴趣讲述自己生活中的重要事件。事实上，每个前来咨询的人，情绪上都有些问题，正是某些特殊的困扰才促使他走到医院的门诊所或心理学家的办公室。他们的生活挫折或恐惧情绪使他们无法处理某些问题，这样，他们很想找人谈谈并获得帮助，但又担心别人是否尊重自己，是否愿意接受自己的想法；另有一些被强迫前来的人，如罪犯、妄想狂等，则往往怒气冲冲，感到受了羞辱；儿童则充满对环境的不适应，怕见陌生人，根本拒绝进入诊室，等等。这样，作为心理咨询师，对他们不能表露出漠不关心和不尊重，更不能表现出急躁和强迫意向，要耐心地去听患者谈出来的任何事情。如果心理咨询师为了取得有用的信息，而不断地打断患者的谈话，那么，患者就会觉得被动和不安。开始接触时，心理咨询师的自我介绍和谈一点与患者无关的事是必要的，这可以缓和气氛，但是，一旦开始进入会谈，心理咨询师就只能用热情友好地倾听将谈话维持下去。医生要让患者自由地谈论问题，而且随时都表现出对患者谈的问题感兴趣，而且在注意听，能听懂。只有这种听的行为，才是打开患者内心世界的钥匙。

2. 态度

心理咨询师在与当事人谈话时，只能持一种非评判性态度，这就好像我们看日落。罗杰斯曾经说过：“当看着日落时，我们不会想去控制日落，不会命令太阳右侧的天空呈桔黄色，也不会命令云朵的粉红色更浓些。我们只能满怀敬畏地望着而已。”

非评判性态度是使患者感到轻松的重要因素，它可以使患者无所顾及，从而把内心世界展现在你面前。

医生或心理学家的态度，从表情到语言都要注意，在为收集资料而进行的会谈过程中，有些话是不能讲的，如：“你的做法是荒唐的”，“这件事不符合原则”等等，这种评判性的结论，有时在心理治疗中也不能随意给出，所以在初期会谈中更不能使用。一旦说出这样的话，会谈气氛会立刻改变。

如果会谈的气氛迫使心理咨询师非表明态度不可，不表明态度会谈就无法进行时，在这种情况下，心理咨询师的态度必须是中性的，可以说：“你所谈的情况，从心理学角度完全可以理解”或“我十分理解你的情况（或心情）”等等。“理解”是态度中最中性化的和非评判性的，它可以使患者得到知己，但并非是支持者或反对者。从心理学角度理解，只说明对他的行为或情绪发生的规律或必然性有了肯定的看法，而对其社会效应和其他后果仍是一种保留态度。所以，这种表态既不破坏会谈气氛，又对后来的帮助指导留有余地。

3. 区别

对患者的谈话内容进行区分和鉴别十分重要，它关系到诊断和决策。

对患者的谈话内容首先要做程度上的区别。由于人在对待生活事件时受情绪的干扰，所以心里想的和实际做的并不完全一致。有时，患者谈的是一种情绪体验或一种想法，在强烈程度上可能有夸张成分，而在他的行为中未必表现得那么强烈。区分情绪（或想法）与行为对决定咨询措施是重要的。更主要的是对谈话内容的真伪进行鉴别，特别对神经症患者，由于他们有一种无意识的病因否认倾向，所以不能完全按患者谈的内容对症状归因。比如有些患者说自己工作太紧张常常失眠，但我们却不能简单地把失眠原因归结为工作紧张，因为一切失眠都是情绪性失眠，所以必须继续深入了解干扰患者的情绪障碍。另外，有些患者有意回避症状的真实原因，他们谈出来的原因与症状没有必然联系，这时，必须进行鉴别。

4. 谈话法的种类

由于临床心理学的服务项目和工作阶段有很多，所以，为了不同目的而进行谈话的种类也很多。从大的方面看，它可分为收集资料的“摄入性”谈话（Intake），即通过谈话了解病史，了解健康状况、工作状况和家庭状况等等；“鉴别性谈话法”，即通过交谈和观察确定使用什么测验和鉴别测验；“治疗性谈话”，即针对精神变态和行为异常所进行的谈话，这类谈话往往是心理治疗的一种，它除了要注意谈话法的原则，还要遵循心理治疗的法则；最后一类谈话是咨询性（counseling）谈话，这类谈话涉及的往往不是病人而是健康人的某些问题，如职业选择、人员的任用和解雇、家庭关系问题、婚姻恋爱中的问题、子女教育培养问题等等。除上述四大类谈话法之外，还有一种应急性或叫做危机性谈话。这是一种特殊情况，当患者或当事人发生意外时，如遭到强奸、想自杀、突然受精神创伤的时候，医生和心理学家用谈话法给以帮助的情况，都列入这一类谈话。

最常使用的“摄入法”是病史采集法。通过这种以问题为中心的会谈，将能获得求助者个人的背景材料、咨询目的和对咨询的期望等等。无论采用哪种临床心理学的理论，在临床操作中都必须采集客观的背景材料，所以，即便是比较重视现有状况的罗杰斯“患者中心论”，也经常采用病史采集性谈话。

为了比较全面地了解求助者的病史和个人资料，人们经常选用桑德伯格（Sundberg）制定的一个提纲。下面是这个提纲的主要内容：

（1）身份资料：姓名、性别、年龄、职业、收入、婚姻、住址、出生日及地点、宗教、教育、文化水平和文化背景。

（2）来就诊的原因和对治疗服务的期望。

（3）现在及近期的状况：居住条件、活动场所、日常活动内容、近几个月以来生活发生变动的种类和次数、最近的变化。

（4）对家庭的看法：对父母、对兄弟姐妹、对其他主要成员的看法，对自己在家庭中所起作用的描述。

（5）早年回忆：对能记清的最早发生的事情以及周围情节的回忆。

（6）出生和成长：包括会走路和会说话的时间。与其他多数儿童相比较曾出现过什么问题、对早期经验的态度。

（7）健康及身体状况：包括儿童时期和以后发生的疾病和伤残、近期服用的医生指定的药、近期服用的不是医生指定的药、吸烟与饮酒的情况、与他人比较身体状况、饮食与锻炼的习惯。

（8）教育及培训：特别感兴趣的科目以及所获得的成绩、校外学习情况、感到困难的课目、值得自己骄傲的课目、其他文化上的问题。

（9）工作记录：对工作的态度，是否改变过职业，理由如何。

（10）娱乐（包括感兴趣和使你愉快的事）：如工作、阅读等，自我描述是否准确。

（11）性欲的发展：第一次意识到性问题、各种性活动、对自己近期性生活的看法。

（12）婚姻及家庭资料：家庭中发生的重要事件与原因、家庭的现状与过去的比较、道德和文化因素。

（13）社会基础：交际网和社交的兴趣所在，与自己交谈次数最多的人，能给以各种帮助的人，互相影响的程度、对他们的责任感以及参加集体活动的兴趣。

（14）自我描述：包括长处或优点、短处或弱点、想象力、创造性、价值观、理想。

（15）生活的转折点和选择：生活中曾有过什么变化和你作出的最重要的决定如何，现在对它们的回忆（以一件事为例）和评价。

（16）对未来的看法：愿意看到明年发生什么事情，在五年至十年里希望发生什么事情，这些事情发生的必要条件是什么，对时间的现实感，抓重点的能力。

（17）求助者附加的任何材料。

采集这样一类历史性资料，很大程度上依赖患者的回忆，而他们的回忆过程可能组织得较乱，所以要花较长的时间，要有耐心才能完成上表中的项目。对于儿童以及不善于讲话的人，对上述表格中的内容可做适当调整。对于精神不太正常的人，应适当会见其家属以补充上述表格中的内容。

除了病史的采集，临床心理学家还需要了解求助者的精神状态和行为特点。这时，我们会感到有些茫然，因为精神活动和行为涉及的面很广，不知从何入手。马隆（Y.-M.P. Malone）和沃德（M.P. Ward）于1976年总结出12个题目，作为在谈话过程中了解当事人思想和行为的工作提纲。下面选出六条，以供参考：

(1) 外表和行为。完成这一项主要靠观察，它涉及以下诸问题：求助者是如何表现自己的？他给人的印象如何？外表是否整齐、清洁？衣着是否符合患者的背景和现状？有没有特别的装饰？有无明显的身体缺陷？他在过去的会谈中表现如何？有无离奇的表情和动作？有无重复性“神经质”的动作？他的姿势怎样？是否避免与人对视？活动缓慢还是不停地乱动？是否机敏？是否顺从？是否态度友好？

(2) 交谈过程中的语言特点。语流如何？是缓慢还是快速？谈话是直爽还是小心谨慎？是否犹豫？有无言语缺陷？有无咬文嚼字？健谈还是不健谈？有无松弛的联想？哪些话题避而不谈？是否有海阔天空的闲聊？是否有自造的词汇，笑、皱眉、姿势、手势、表情与语言表达是否协调？说话内容与声调所表达的是否一致？对交谈的兴趣如何？对上述情况要做记录。

(3) 思维内容。有无不断抱怨和纠缠不放的话题？有无观念不集中现象？有无幻想、错觉、恐惧、执著和冲动表现？

(4) 认知过程及功能。患者的各种感觉有无缺陷和损伤？患者能否集中注意于手中完成的工作？时间、人物、空间定向力如何？能否意识到自己所在的地方？年、月、日的知觉如何？能否说出自己的名字、年龄等？近期和远期记忆如何？谈话内容能否反映出他的职业和受教育程度？运算能力如何？阅读、书写如何？

(5) 情绪。在谈话期间，患者的一般心境如何？一般情绪的表现是哪一种，痛苦、冷漠、鼓舞、气愤、易怒、变换无常还是焦虑？患者对心理咨询师有无献媚、冷淡、友好、反感等表现？情绪表现与谈话内容是否一致？他们的自我报告是否与心理咨询师的印象一致？

(6) 灵感与判断。患者对自己就诊的目的是否判断准确？对自己的判断是否符合实际情况？患者对自己的精神状况有何想法？他是否能观察到、意识到自己的行为或情感已经有了问题？患者对问题的原因是否有中肯的认识？在对问题原因的分析上有没有道德和文化因素的作用？患者对于自己的工作有无准确判断？患者如何理解生活中出现的问题？他们处理问题是一时冲动、独立进行、非常负责还是相反？对讲述自己的事情是否有兴趣？对改变自己的现状是否有要求？

5. 怎样提问题

在谈话中，无论是要了解患者的各种情况还是想控制谈话内容，都要使用提问的方法。但是，提问本身却是一件比较复杂的事情。问题提得是否妥当，关系甚大。提得好，可以促进咨询关系，增进交流和使当事人感到被医生所理解；问题提得不好，可能伤害咨询关系，破坏信息交流，患者会觉得处在被审问的地位。

问题提得过多，其基本原因是医生或心理学家对当事人的心理障碍和对当事人的谈话内容缺乏基本理解。当然，也可能是不善于掌握语言交流的技巧。在医生或心理学家还没有真正理解当事人时，或还没有掌握语言交流技巧时，最有帮助的办法是把各种封闭性提问变为开放性提问。所谓封闭式问题，就是事先对当事人的情况有一种固定假设，而期望得到的回答只是印证这种假设的正确与否。比如，你和邻居相处得好吗？提这一问题时，医生在心里肯定有一个假设：“他和邻居处得可能不好”，而回答只能有“是”和“否”两种，患者只要说“好”或“不好”之后，就再没别的话可谈。如果把问题改一下，改成：