

# 精神病理学模型

原著：Dilys Davies · Dinesh Bhugra

翻译：林 涛

审校：贾晓明

北京大学医学出版社  
北京大学出版社

心理治疗核心概念系列丛书

# 精神病理学模型

Models of Psychopathology

原 著 Dilys Davies  
Dinesh Bhugra

翻 译 林 涛  
审 校 贾晓明

北京大学医学出版社  
北京大学出版社

R749/17

Dilys Davies, Dinesh Bhugra

**Models of Psychopathology**

ISBN: 0 335 20822 3

Copyright © Dilys Davies, Dinesh Bhugra

Original language published by The McGraw-Hill Companies, Inc. All Rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed by any means, or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

Simplified Chinese translation edition jointly published by McGraw-Hill Education (Asia) Co. and Peking University Medical Press.

本书中文简体字翻译版由北京大学医学出版社和美国麦格劳-希尔教育(亚洲)出版公司合作出版。未经出版者预先书面许可,不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

本书封面贴有 McGraw-Hill 公司防伪标签,无标签者不得销售。

北京市版权局著作权合同登记号: 01-2006-0469

**图书在版编目(CIP)数据**

**精神病理学模型/ (美)戴维斯, (英)布格拉著;**

林涛译. —北京: 北京大学医学出版社, 2007. 8

(心理治疗核心概念系列丛书)

书名原文: Models of Psychopathology

ISBN 978-7-81116-175-5

I. 精… II. ①戴…②布…③林… III. 精神病—病理学模型 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 054747 号

**精神病理学模型**

---

翻 译: 林 涛

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: [booksale@bjmu.edu.cn](mailto:booksale@bjmu.edu.cn)

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 冯智勇 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 889mm×1194mm 1/32 印张: 6.75 字数: 159 千字

版 次: 2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-81116-175-5

定 价: 18.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

## 中文版序

去年在北京大学医学部参加一个有关心理治疗的学术活动时，北京大学医学出版社的编辑冯智勇将一套外文丛书放到了我的面前。书有十几本，每本不厚，但看起来却精致、有韵味。一拿起便再没有放下，由此就有了今天的这套“心理治疗核心概念系列丛书”的翻译出版。

作为这套丛书翻译的负责人，我审校了全部书稿，这使我有先睹为快的机会。在翻译和审阅过程中，我常禁不住为书中的精彩话语拍案叫绝，感叹丛书作者对人性的反思，佩服丛书作者拥有的心理治疗的渊博知识和深邃的智慧，也常常产生强烈的共鸣感，引起许多的思考，甚至有一种想与作者进行交流的冲动。由此翻译和审校也就不觉得辛苦，反而是一种愉悦之事。

那么究竟这套丛书具有哪些特点呢？

首先，这是一套强调理论而不是实践的丛书，但是它的精妙之处在于不是空泛地讨论理论，而是特别阐述理论在临床实践中的涵义，看到概念或者理论怎样影响治疗，而治疗又如何影响理论的形成，使理论好似有了生长的沃土，与实践有了很好的结合。

二是，丛书的每一本书籍是以某一心理治疗的核心概念入手，如心理治疗的环境、移情、阻抗等等，从核心概念出发，介绍这一概念的发展脉络。丛书打破学派之间的隔阂，清晰地

介绍不同学派对某一核心概念的理解。因此书的重点是不同理论关于这些名词实质性的观点和差异，而不是某一个理论对这些概念的分类或详细解释。或者丛书所展现的是不同学派理论使用的术语不同，但是可能所指的内涵相同；或者使用的术语相同，但其中的涵义却有差异。丛书很好地阐明了各个学派在治疗患者方面的接近，如人格障碍，表明了各学派是怎样相互的理解与融合的，让人不仅知其然而且知其所以然。

三是，这是一套百科全书式的丛书，每本书关于某一核心概念所涉及的领域极为广泛，从经典弗洛伊德精神分析，到近十几年来最新发展的、前沿的心理治疗理论，甚至包括从古至今的民间习俗、东方文化中的宗教传统。

另外，每本书涉及的学者众多。丛书中所出现的人名曾让我们觉得眼花缭乱，虽然有许多我们耳熟能详的名字，但同时也出现了大量未知的相关学者。这使人不得不佩服作者们渊博的知识以及广博的胸怀，看到他们对其他学者包括对不同领域的努力的尊重。

这套丛书让本人由衷的敬佩，不仅是作者们精深的专业水平，而且是他们对待心理治疗的反思及豁达的态度。本人认为这对刚处于心理治疗与咨询发展初期的中国同行来讲，显得尤为珍贵。

丛书以精神分析学派的学者为多，但在介绍其他学派时，内容极为中肯，介绍自己遵从的学派时客观而平实，显示出一种大家风范。有的书是由两个学派完全不同、观点非常对立，甚至来自不同国家的学者共同完成。其写作方式是针对该书的核心概念某人写作一章，另一人对其写作的内容进行点评，并阐述自己的观点。里面没有相互的攻击、贬低，有的是彼此的尊重，以及相互撞击出的智慧的火花。

丛书由此展现的，也许早已超出了其所传递的知识，更传

达出一种需我们牢记在心的精神和理念，即心理治疗最重要的是让来访者真正受益，而不是表明哪个学派更正确，哪个治疗师更聪明。治疗师和来访者一起对人类本身，对人性进行的有益探索，每位治疗师和来访者为此都做出了重要的贡献。

另一让人尊敬的，是丛书作者的自我反思能力。作者结合所写的内容，不断进行自我反思。这实为心理治疗师的一种境界。目前关于边缘人格障碍（BPD）的讨论很多，即使在中国，培训中个案病例报告也多呈现的是被认为 BPD 的患者，在生活中圈中人也不乏给某些人戴上 BPD 的帽子。丛书对这一现象也做了反思，文中写到 BPD 的诊断也许是一种职业上的防御，是专业人员感到压力而戴在来访者头上的一顶帽子，由于我们有话语权，当遇到我们觉得无法理解和面对的个案时，给其戴上一顶诊断的帽子无疑是一种很好的自我保护方法，因为我们的专业能力和信誉受到了挑战，而也许委屈的是来访者。

作者的反思也许给予我们这样的警示，即当一个人的内心是真正比较安全的，对自己有着充分的自信时，会更坦然面对来访者的各种问题，以及所遇到的各种挫折。这远比心理治疗的技术要重要得多。

最后，谈一点翻译的问题。

此套丛书的翻译队伍，是由一个年轻的翻译群体组成，成员均是近几年毕业的心理治疗与咨询方向的博士、硕士。他们不但有着年轻的热诚，而且也有着良好的专业基础以及一定的心理治疗与咨询的实践。为了保证翻译的一致性和准确性，翻译团队几次聚会讨论，对丛书中的人名进行统一翻译，同时对于一些疑难词汇进行反复讨论，对每本书的翻译难点进行集体攻坚，也征询其他同行的意见。由于出版时间的原因，真正翻译此书的时间并不长，每位作者都做了极大的努力，但是由于

经验上、时间上等主客观原因，使本套丛书的翻译难免有疏漏之处，也希望得到读者们的指正。

写作是一个成长的过程，翻译也是一个成长的过程。在共享人类智慧时，愿此书为中国心理治疗与咨询的专业发展贡献微薄之力。

贾晓明

2007年8月

## 丛书序

20 世纪知识和文化生活的一个主要领域是对心理学的研究，当然，无论在东方还是在西方，心理学以实践的形式及具体的人类智慧和见识出现在各种精神世界的创造、文学创作、戏剧，以及治疗艺术和指南中，已经有若干个世纪了。与 19 世纪的小说和戏剧对角色的内心世界和人物关系的浓厚兴趣相一致，精神病学也重新建构了它对人类精神世界的理解，并以足够的勇气挑战精神疾病之谜，鼓励用新的方法来探索心理过程。

在 20 世纪下半叶，心理学对探索人格、心理发展、认知和行为理论产生了浓厚兴趣，同时对治疗实践，更精确地讲，对治疗方法也进行了深入的探索。我们也看到了不同理论和不同流派的治疗师之间的争论，比如，精神分析和行为主义之间的争论，它们与人本主义和超个人心理学之间的争论，以及主要流派内部各分支流派之间的冲突。这些争论在其他学科领域也并不鲜见。这种争论并不令人吃惊，实际上，客观地来说这种现象是健康的。它可以使研究更加精确，可以探索更多的治疗疑难心理问题的不同方案，并加深对人类思想、情感和行为根源的理解。虽然如此，几十年来治疗师之间存在的隔阂和鸿沟，阻碍了治疗师们更仔细地观察自己的职责以及观察其他对立的流派，这是令人困惑的。就好比外交官们忽视自己的知识和技巧，而用枪炮来解决彼此之间的争执一样。

心理治疗事业同样也是国际性的。即使在心理治疗的初創



阶段，世界上就有多个创新的中心：巴黎、莫斯科、维也纳、柏林、苏黎世、伦敦和波士顿。很快，在爱丁堡、罗马、纽约、芝加哥和加利福尼亚，各种不同的理论和治疗实践也发展起来了。地理位置的多样性丰富了这一学科，特别是界定了文化和社会的差异，并在某种程度上把心理学的争辩扩大到包括社会和政治这两个维度。

由于地域、研究兴趣的不同，个人差异以及流派之间传统的相互隔阂，心理治疗的发展是互相分隔的。在这种情况下，我们必须提出的问题是，是否我们在某些时候称之为“心理治疗语言”的东西，实际上只不过是运用特定“行话”来描述相同心理现象、并对各个心理治疗流派进行理论概括的不同语言的混乱组合。或者说，不同流派之间存在真实的差别，因此，在某些时候可以得出结论说，某个流派是正确的，而另一个流派是错误的；还是，“不同的治疗流派适合不同的人或问题，适合某个问题的流派不一定适合其他问题”；还是根据“有效的就是好的”原则，“所有治疗流派都应该获得奖赏”？

20 世纪下半叶不同的心理治疗（及咨询）理论和方法之间出现了一些和解的趋势。这主要是由于来自外部的压力：社会公众和政府的卫生保健计划要求更加负责任地组织这个行业，并达到他们所要求的高标准。正是这种各流派和解的萌芽，激发了创作本系列丛书的动机。在本丛书中，处于心理治疗核心位置的许多重要的理论和概念可以进行跨流派的比较和对比。在不同传统流派中使用的某些概念可能被证实其表达的是相同的概念；其他一些概念可能看上去很相似，但事实上却强调了不同的内容，这些概念对于其他流派来说，也可能有用也可能没什么用处。还有一些术语，表面上看来完全一样，但在两个或多个不同的治疗流派来说，可能有着完全不同的意义。

为了完成本系列丛书的创作，邀请到代表尽可能多的心理治疗传统流派的作者是十分关键的。要做到这一点，同时激发不同流派之间的对话精神，比较理想的做法是从书中的每一本书邀请两位作者。每位作者，如果可能的话，代表不同的治疗取向。同样重要的是，本丛书要在方法上做到真正的国际化，因此，作者队伍应当是国际化的。20世纪后期科技发展的奇迹——互联网，既是寻找作者的一个非常有效的手段，也是极为有效的相互沟通的途径，特别是在一本书的两位作者居住在地球两端的情况下。

因此，本丛书代表了在新千年特别激动人心的发展趋势。作为本系列丛书的编辑，当我悄悄阅读在作者之间来回传递的草稿时，发现这种和解的趋势越来越迷人。在本丛书中，读者将会第一次发现，所有主要的心理治疗和心理咨询流派（而不是一部分的分支流派）的主要理论和概念被放到了一起，这样，它们可以被比较、对比并最终得到运用，运用于不同治疗取向之间的争鸣。然而，更重要的仍然是，运用于来访者或患者并使他们获得益处。让来访者不再感兴趣于像打游击一样到处寻求治疗，而是感兴趣于寻求有效的帮助，或者说去寻求能带给他们开启治愈和自我了解的光芒。

迈克尔·雅各布斯

# 目 录

第 1 章 引言	(1)
正常和异常	(2)
非专业模型	(4)
法律模型	(6)
心理学模型	(8)
统计学概念	(9)
正常的“理想”概念	(10)
特定行为	(11)
科学视角	(11)
发展方面	(15)
第 2 章 精神病学和生物-医学模型	(19)
历史视角	(20)
精神病学分类	(22)
生物学因素	(28)
对精神病学和生物-医学模型的批评	(30)
一种替代方法	(32)
第 3 章 精神分析模型	(34)
西格蒙德·弗洛伊德	(36)
卡尔·古斯塔夫·荣格	(46)
分析心理学	(48)
精神病理学	(50)

	阿尔弗雷德·阿德勒 .....	(53)
	人际精神分析——新弗洛伊德主义者 .....	(54)
	埃里克·埃里克森 .....	(59)
	客体关系理论 .....	(60)
	精神分析和更广阔的领域 .....	(63)
	对精神分析模型的批评 .....	(66)
	小结 .....	(69)
<b>第 4 章</b>	<b>依恋理论 .....</b>	<b>(71)</b>
	依恋的发展 .....	(74)
	依恋在婴儿期的特点 .....	(75)
	个体差异 .....	(76)
	依恋关系的破裂 .....	(77)
	依恋在精神病理现象发展过程中的作用 .....	(80)
<b>第 5 章</b>	<b>行为、认知和认知-行为模型 .....</b>	<b>(87)</b>
	学习和条件反射 .....	(91)
	经典和操作性条件反射 .....	(92)
	社会学习理论 .....	(96)
	对行为模型的批评 .....	(97)
	认知治疗 .....	(100)
	艾利斯和贝克 .....	(103)
	认知-行为模型 .....	(108)
	对认知-行为方法的批评 .....	(111)
<b>第 6 章</b>	<b>人本主义模型 .....</b>	<b>(113)</b>
	卡尔·罗杰斯和以人为中心的治疗 .....	(113)
	实现倾向 .....	(115)
	个人建构心理学 .....	(118)
	沟通分析 .....	(120)

存在主义视角·····	(122)
超个人心理治疗·····	(123)
人本主义模型与医学模型·····	(125)
<b>第 7 章 社会学模型</b> ·····	(128)
批评理论·····	(129)
社会阶层和心理健康·····	(130)
社会因果论对照社群漂移·····	(134)
性别·····	(136)
人种和种族·····	(142)
社会建构主义和标签理论·····	(146)
精神分裂症·····	(149)
<b>第 8 章 社会-文化模型</b> ·····	(152)
自我的社会属性·····	(152)
意义体系·····	(155)
文化相对性和文化自闭·····	(157)
精神痛苦的个体化·····	(161)
充当压制力量的治疗·····	(164)
小结·····	(166)
<b>第 9 章 结论</b> ·····	(169)
<b>参考文献</b> ·····	(173)
<b>索 引</b>	

# 第 1 章

## 引 言

当今社会对精神疾病的界定存在显著不同的模式，正如皮尔格雷姆 (Pilgrim) (1997)、皮尔格雷姆和罗杰斯 (Rogers) (1999) 在社会学综述中所指出的那样。因此在学科和临床实践中提到精神病理现象时常常会采用许多不同的术语。本书将介绍各种精神病理学模型，其中涵盖了各种不同的概念体系和理论框架，它们可以被用来理解紊乱体验的性质、原因和治疗。

下面，我们首先概括地介绍精神病理学的主要模型：

1. 非专业模型 (lay model)；
2. 法律模型 (legal model)；
3. 精神病学模型 (psychiatric model)；
4. 心理学模型 (psychological models)：精神分析模型 (psychoanalytical model)、行为模型 (behavioral model)、认知模型 (cognitive model)、认知-行为模型 (cognitive-behavioral model)、人本主义模型 (humanistic model) 和社会文化模型 (socio-cultural model)；
5. 社会学模型 (sociological models)：社会因果论 (social causation)、社会建构主义 (social constructivism) [标签理论 (labeling theory)] 和批评理论 (critical theory)。

这些不同的视角激化了围绕精神疾病领域的论战。如

冯·伯特兰菲 (von Bertalanffy) 所写到的：“所有的科学构架都是反映了现实的某些方面或视角的模型。这点甚至适用于理论物理学：它绝不是形而上学地代表了最终现实（如过去唯物论所声称的和现代实证论所提示的那样），而只是一种模型，并且正如新近的研究进展所提示的那样，这种模型既不是彻底的也不是唯一的。”（1987：62）

## 正常和异常

尽管会考虑“异常” (abnormality) 的概念，心理学仍然是一门主要与“正常” (normality) 的行为和体验有关的深厚而折中的学科。巴斯 (Buss) (1966) 指出心理学家已经提出了四种正常/异常的概念：

- 统计学概念；
- 理想概念；
- 特定行为 (specific behaviours) 的概念；
- 扭曲认知的概念。

不同的精神病理学模型和基于这些模型的治疗方法都没有形成清晰而明确的分类，从而可以方便对它们进行比较和划分。更明确地说，就是它们之间存在很多的共同点、分歧和交错现象。这使得我们在试图对精神病理学的概念进行分类和清晰地描述时存在很多含混不清的状况。在下面的例子中我们可以看到这种交错现象。

A. 一些精神病理学模型采用的是基于精神病学模型的诊断标准和描述方式。这种情况在精神分析领域对精神疾病分类时可以非常明显的看到，比如精神分析模型基本上采用与医学模型相同的语言。来访者通常被称为“病人”，所呈现的问题被称为“症状”，而“内部的精神生活”通常被称为“精神病理学”。

- B. 像精神动力学和人本主义治疗这样的探索性治疗方法 (exploratory therapies), 在某些方面与精神病学的专业特征和有较少探索特点的心理学模型如认知治疗 (cognitive therapy) 的专业特征具有相似性。尽管后者对病人所说的话感兴趣, 但从根本上来说, 它们是将其作为可以用来构建一种专业性描述的信息资源。精神科医生完全依靠症状——病人所说的话——来做出诊断并制定治疗方案。认知治疗师会构建出病人认知的画面并在功能上理解这些认知如何影响病人的生活。然而, 当这引起病人对生活的某些方面进行重建时, 就与探索性心理治疗的实践方法有明显的相似性了。一些学者提出 (如 Bannister 1983), 即使是指令性的行为技术如系统脱敏疗法也纯粹是使病人达到主观重建的方法之一。
- C. 探索性心理学模型既不同于普通的交谈, 也有别于精神科医生和认知-行为治疗师引导的指令性或结构性访谈。福考特 (Foucault) (1981) 探讨了精神分析和天主教忏悔室的相似之处。正如忏悔室那样, 精神分析有一种约束的力量, 或者可以称作专业的优势力量。治疗师可以控制设置, 但病人却不能。在谈话中, 是治疗师一直在掌控如何做出解释。比如, 病人的迟到或缺席通常会被解释为病人对个人改变的某种形式的阻抗。而病人的谈话也总是在治疗师所设置的框架内进行的, 这样就不可避免地导致了一种力的失衡 (Spence 1982)。海莉 (Hayley) (1963) 对精神分析临床工作中力的运作过程进行了探讨。然而, 在后来提到有关力的问题时, 我们会发现它也存在于荣格式的或其他形式的人本主义治疗取向中。



## 非专业模型

纵观历史和每一种文化，我们会发现某些对精神异常进行解释的观点，尽管这些异常形式多样。甚至用来描述精神异常的术语也不一致。然而，没有任何文化会漠视那些悲伤、恐惧和怪异的人（Horowitz 1983）。例如，在 17 世纪到 20 世纪的欧洲，越来越多地采用医学的观点对这些精神异常进行解释，像魔鬼附身这种带有宗教色彩的观点逐渐被摒弃。一些作者指出这是一段将疯狂行为视作医学问题的时期（Scull 1979）。

精神异常领域内的专业和非专业人士都会识别出他们所遇见的疯狂行为。当我们看到某人的行为令人迷惑、痛苦和恐怖到一定程度时，就会寻求专业人士的帮助。如果某些人的行为在别人看来是很怪异费解的，那么人们通常会用“疯子”这类嘲讽的话来驱赶他们。当我们自己感受到悲伤或焦虑（anxiety）时，我们也可能会决定去看医生。有时这种情况被解释为神经功能不良或神经质，不过它们也可能是需要接受专业治疗的神经症（neurosis）或精神病（psychosis）的前驱症状。近来，“精神痛苦”这一术语更多地被专业人士采用。然而，这一术语并没有识别经常给别人造成的痛苦。

非专业的视角和精神病学视角在看待精神疾病方面存在一定程度的重叠。比如，在像神经性厌食这样的疾病类型中，关于病因和文化因素的作用并不清楚，无论是外行还是精神病专业对这点的认识是相似的（Lees 1997）。然而，非专业的视角和专业视角也存在很多不同之处。在反社会行为方面尤其如此。当人们面对无法接受的、骇人的行为并被请求对这种行为的疯狂程度或破坏性做出评判时