



主审 李兆申
主编 徐茂锦 徐晓璐

物理诊断学

PHYSICAL DIAGNOSTICS



上海科学技术出版社

物理诊断学

主审 李兆申

主编 徐茂锦 徐晓璐

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

物理诊断学 / 徐茂锦, 徐晓璐主编. —上海: 上海科学技术出版社, 2016. 1

ISBN 978-7-5478-2793-2

I. ①物… II. ①徐… ②徐… III. ①物理诊断—医学院校—教材 IV. ①R443

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 205336 号

物理诊断学

主审 李兆申

主编 徐茂锦 徐晓璐

上海世纪出版股份有限公司 出版
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行
200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co
印刷

开本 787×1092 1/16 印张 19.25 插页 1
字数 450 千字

2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-2793-2/R·984

定价: 78.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题, 请向工厂联系调换



彩图 2-1 甲状腺功能亢进面容



彩图 2-2 二尖瓣面容



彩图 2-3 满月面容



彩图 2-4 蜘蛛痣

内 容 提 要

本书为医学院校物理诊断学教材,共分为七篇,包括问诊、体格检查、病历书写、临床思维与成立诊断的步骤、心电图检查、肺功能与血气分析和内镜检查等,同时附有临床常用诊疗技术(包括适应证、禁忌证、术前准备、操作步骤、注意事项等)、常用医学专业词汇(汉英对照)、医学常用检验参考值以及体格检查教学要求等。本书内容丰富、实用,配以大量图片,方便阅读和理解,指导性和操作性强。

编写人员

主 审	李兆申			
主 编	徐茂锦	徐晓璐		
副主编	陈少萍	陈 洁	韩一平	李淑德
编 者	(以章节先后为序)			
	徐晓璐	徐茂锦	韩一平	管剑龙
	陈 洁	陈 莉	邱慧颖	陈 月
	姚小鹏	石 荟	游晓华	白 元
	马丽萍	施新岗	孙 畅	李淑德
	郭杰芳	赖学莉	吴 鸿	边 琪
	黄新苗	陈少萍	赵立军	孙沁莹
	徐 灿	王 雷	庞亚飞	
绘 图	汪皓洋	孙冰洁	蒋成飞	吴虹林

前 言

诊断学是由基础医学向临床医学过渡的一门必修的桥梁课,是临床医学专业的核心主干课程之一。诊断学的主要内容包括采集病史、常见症状、体格检查和常见体征、实验室检查和辅助检查,以及病历书写、临床常见诊疗操作和临床诊断思维等。在诊断学课程教学实践中,我们依据人才培养目标,参考医学教育全球标准,结合学员的自身特点,进行了一些改革与探索,形成了一批自编教材与辅助教材。《物理诊断学》是在第二军医大学内部教材《诊断学》的基础上,进行了适当的修改和补充。主要修订内容说明如下。

一、症状学是诊断学的重要组成部分,对培养临床诊断思维至关重要,我们在教学实践中做了一些改革与探索,将其单列为一门课程,授课时间适当后调,并编写了专用教材,故本教材不含症状学内容。

二、实验诊断学、超声诊断学已不断发展为独立课程并有相应的教材,故相关内容未编入本教材。

三、在“问诊”章节中增加和丰富了医患沟通的内容。

四、在“临床思维与成立诊断的步骤”章节中增加和丰富了循证医学与临床思维的内容。

五、心电图分析是临床医师必须掌握的重要基本技能,也是近年来我们在考核中发现的薄弱环节,故在“心电图检查”章节中增加和丰富了读图分析。

六、“体检检查”和“心电图检查”章节中许多图片重新进行了绘图制作。

七、体格检查教学要求的部分内容是我们多年来教学实践的体会。

由于编者学术水平有限,时间紧张,难免存在不足之处。敬请广大师生和读者不吝赐教、批评指正,以便再版时修订。

徐茂锦 徐晓璐

2015年7月

目 录

第一篇 问 诊

第一章	问诊的重要性与医患沟通	1
第一节	问诊的重要性	1
第二节	人际沟通	2
第二章	问诊内容	11
第三章	问诊的方法与注意事项	15
第四章	特殊情况的问诊	17
第五章	问诊范例	18

第二篇 体 格 检 查

第一章	体格检查的方法与注意事项	22
第一节	视诊	22
第二节	触诊	22
第三节	叩诊	24
第四节	听诊	25
第五节	嗅诊	26
第二章	一般状况检查	27
第一节	全身状况的检查	27
第二节	皮肤	32
第三节	淋巴结	35
第三章	头部检查	38
第一节	头颅	38
第二节	眼	39
第三节	耳	42
第四节	鼻	43
第五节	口腔	44
第四章	颈部检查	47
第一节	外形与运动	47
第二节	甲状腺	47
第三节	血管	48

第四节	气管	49
第五章	胸部检查	50
第一节	胸部标志与表面解剖	50
第二节	胸壁、胸廓与乳房	52
第三节	肺部检查	54
第四节	肺部体征	59
第五节	常见呼吸系统疾病典型体征	65
第六节	心脏检查	65
第七节	血压与脉搏	71
第八节	心脏体征	73
第九节	常见心血管疾病典型体征	84
第六章	腹部检查	86
第一节	腹部体表标志及分区	86
第二节	腹部检查	87
第三节	腹部体征	98
第四节	常见消化系统疾病典型体征	107
第七章	外阴与肛门检查	110
第一节	男性外生殖器	110
第二节	女性外生殖器	111
第三节	肛门与会阴部	111
第八章	脊柱与四肢检查	114
第一节	脊柱	114
第二节	四肢与关节	115
第九章	神经系统检查	117
第一节	神经反射	117
第二节	病理反射	119
第三节	脑膜刺激征	119
第十章	系统体格检查	121
第一节	全身体格检查的基本要求	121
第二节	全身体格检查的基本项目	122
第三节	特殊情况的体格检查	127
第四节	老年人的体格检查	128
第五节	重点体格检查	128

第三篇 病历书写

第一章	病历书写的基本规则和要求	130
第二章	病历书写的种类、格式与内容	133
第一节	住院期间病历	133

第二节 门诊病历	142
第三章 常用医疗文书列举	144

第四篇 临床思维与成立诊断的步骤

第一章 临床思维	149
第二章 成立诊断的步骤	154
第三章 循证医学与临床思维	158

第五篇 心电图检查

第一章 正常心电图的产生及机制	162
第一节 心电图的基本概念	162
第二节 心电图导联	168
第三节 图形与导联的关系	171
第四节 正常心电图及测量	173
第二章 异常心电图波形	177
第一节 心房、心室肥大	177
第二节 束支传导阻滞	181
第三节 冠状动脉供血不足	186
第四节 急性心肌梗死	188
第五节 心肌炎与心包炎	193
第三章 心律失常	196
第一节 概述	196
第二节 窦性心律失常	199
第三节 自动性异位心律	201
第四节 被动性异位心律	208
第五节 传导阻滞	210
第六节 预激综合征	213
第四章 电解质紊乱和药物影响	216
第一节 电解质紊乱对心电图的影响	216
第二节 药物作用对心电图的影响	220
第五章 起搏心电图	222
第六章 心电图分析	225

第六篇 肺功能与血气分析

第一章 肺功能测定	228
第二章 血气分析	238

第七篇 内 镜 检 查

第一章	概论	247
第一节	内科常用内镜的基本原理与构造	247
第二节	腹腔镜的基本原理与结构	248
第二章	临床常用内镜检查	250
第一节	上消化道内镜检查	250
第二节	支气管镜检查	253
第三节	结肠镜检查	255
第四节	腹腔镜检查	257
第五节	内镜逆行胰胆管造影	259
第六节	超声内镜检查	261

附 录

附录一	临床常用诊疗技术	264
附录二	常用医学专业词汇	277
附录三	医学常用检验参考值	285
附录四	体格检查教学要求	295

第一篇 问 诊

第一章 问诊的重要性与医患沟通

医师的主要使命为：对患者所存在的痛苦，尽一切可能及时而准确地做出诊断，从而进行正确的治疗，解除患者的痛苦，保护人们的健康和生命。而保证临床诊断正确性的重要条件之一，是获取患者确切而完整的病史。问诊者要注意尊重、关心和同情患者，架起与患者及其家属有效沟通的桥梁，增进相互间的信任，增强患者治病的信心。

第一节 问诊的重要性

问诊(inquiry)是以对话的方式向患者或知情者了解病情和健康状况的一种诊法。问诊所取得的资料，经过综合分析、去粗取精，系统地整理编排后，再按一定的格式记录下来，就是病史。问诊是病史采集(history taking)的主要手段，是每个临床医师必须掌握的基本功。

病史是诊断疾病最基本、最重要的资料，它既可为医师提示诊断思路，也为进一步检查提供线索。通过问诊所获取的资料，对了解疾病的发生、发展、诊治经过、既往健康状况、曾患疾病的情况及对目前所患疾病的诊断，具有极其重要的意义，也为随后对患者进行体格检查和各种检查的安排提供了最重要的基本资料。问诊可以为疾病诊断提供重要依据，一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医师，往往通过问诊就可能对某些患者提出准确的诊断，如心绞痛、癫痫、疟疾、胆道蛔虫症等。相反，忽视问诊，必然使病史资料内容贫乏、次序紊乱、失去重点，往往造成临床工作中的漏诊或误诊。对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例，深入、细致的问诊就更为重要。

问诊的重要性还在于它是医患沟通、建立良好医患关系最重要的时机，对于改善医患关系、增加相互间信任、提高治疗效果至关重要。正确的方法和良好的问诊技巧，医师的高度爱伤观念、责任心和同情心，可以使患者感受到医师的和蔼、亲切和可信，有信心与医师合作，这对诊治疾病十分重要。

问诊分为系统问诊和重点问诊。系统问诊是对住院患者所要求的全面系统的问诊；重点问诊主要应用于急诊和门诊。系统问诊是重点问诊的基础，初学者应从全面系统的问诊开始学习。

(徐晓璐 徐茂锦)

第二节 人 际 沟 通

人际沟通(interpersonal communication)是社会生活中人与人之间的联系过程,是最基本的生活需要。在现代社会中,人际沟通能力的提升已经成为我们的一门必备知识,是我们实现目标、满足需要和施展抱负的重要工具,具有有效沟通能力的人,更易于获得人生的快乐和事业的成功。这种重要性在当今复杂的人际环境中,尤其在纷争的医患矛盾中,显得更为突出,如何在患者生命中最无奈的时候,用我们的聪明智慧、知识和技能提供高质量专业技术服务的同时,灵活应用人际沟通的基本技能和方法,展现医师的人格魅力和亲和力,从而获得患者的理解和信任,创造一个融洽、和谐的交流氛围,是达到良好医患关系的润滑剂,也是提升医师价值和影响力的基石。

一、人际沟通的定义

人际沟通是指人们在共同活动中彼此间各种观念、思想和感情等信息的传递、交流 and 分享过程,是一个人与其他人建立关系和维持交往的有效途径,是沟通的一种主要形式,主要通过语言、副语言、表情、手势、体态及社会距离等来实现。表面上看,沟通能力是一种能会说会道的能力,有人认为它是与生俱来的特质或属性,实际上,它包罗了从穿着打扮到言谈举止等一切行为的能力,体现了个体在复杂、多元化的人际沟通情况下其知识底蕴、文化修养和沟通技能的综合素质。

人们通过人际沟通能满足彼此互动的需求而感到愉快与满意,能强化自我,并维系和发展人们间的关系,使我们更善于思考、更善于做出明智的决策。可见,人际沟通在很大程度上影响着我们的生活和工作。

良好的沟通能力可以通过人的努力而得以培养、提高和完善。作为医师,无论是病史采集还是体格检查都离不开沟通,临床医患沟通与交流技巧是医学、心理学、伦理学、社会学、行为学等多种知识的综合应用,是临床医师和医学生必须掌握的基本功。西方医学之父希波克拉底(Hippocrates,公元前 460—公元前 377)曾经说“医生有三种东西可以治病,手术刀、药物和语言”。可见,沟通技能早就受到了极大的重视和关注。欧美发达国家一直将沟通技能与法律、伦理学、医学社会学的学习贯穿于整个医学教育课程中。近十余年来,我国也越来越注重人文素质的培养和传承。

二、人际沟通的要素和流程

尽管人与人之间的沟通形式多种多样,但信息传播有其一般规律。最基本的要素包括信息发出者、信息、通道、信息接收者,即信息论观点。但在信息交流中,发出者和接收者都是积极活动的主体,他们时时处于相互作用中,刺激与反应互为因果,接收者会对发出者发出的信息予以反应,这作为一种信息又反过来作用于发出者,发出者根据它来调整自己的行为。在整个交往过程中,信息不仅仅被传递,还不断形成、确认、补充和发展。所以,信息论观点不能解释和描述人际沟通的全部特点,因此人们又引进了控制论中的反馈概念、相互作用论和关系论等新观点,补充完善了传统的信息沟通流程。

（一）沟通的构成要素

1. 信息发出者 是信息沟通的主体,他不仅有目的地传播信息,选择所采用的语言和通道,还对传出的信息进行加工,组织成便于传递的形式(即编码)。信息发出者的这种行为叫表达,表达是否清晰、到位、恰当以及表达时机和时间的掌握均影响沟通的成败。能说,而且对方爱听,并借以和谐的背景,是沟通的理想境界。当然,发出者的形象和人品也是重要的影响因素之一,不同品行的人遭遇同样的处境,人们对他们的反应会截然不同,诚实、开朗、富有爱心的人更容易得到别人的帮助和支持。

2. 信息 是指沟通的内容,表达沟通主体的观念、需要、愿望、消息等,通常有数据、文本、声音、图像 4 种形态。信息可能是简单明了的,也可能是含蓄隐藏的,在沟通中扮演重要角色,其真伪性及意义为发出者和接收者所辨认和理解。同样的信息,发出者和接收者可能有着不同的理解,这可能由发出者和接收者的差异所造成,也可能是由于发出者传送了过多不必要的信息。

信息可能带有某种情感特征,与具体的实施或反馈行为相伴而生,有着非常重要的影响。如在医师与患者的沟通过程中,医师会不经意地流露出某些情感,如果沟通方式不恰当,表现出态度生硬、行为粗暴,会导致患者对医师的不信任甚至反感,影响病史信息的正确采集和分析处理,影响医师对疾病的诊断和鉴别诊断,甚至产生医疗纠纷等不良后果。因此,把握好自身感情和了解对方的情感有利于沟通的成功。

3. 通道 即信息传递的途径,信息必须载入通道才能存在和传递。声、光、电、动物、人、报纸、书刊、电影、电视等,都是信息传递的媒介。人是沟通所需的最基本通道,包括语言器官、图片、图标、肢体语言、姿势、动作、表情、目光、触摸(如拍肩、握手等)、行为等,沟通环节和渠道的通畅是有效沟通实施和取得成效的保障。

(1) 身体运动和姿势:在人际沟通中可用来传达信息或强调所说的话,被称为体态语言。鞠躬表示尊敬,摊开双手向房间内摆动表示邀请,点头表示同意或赞赏,裁判用手势表示他的判决,站起身慢慢挪向门附近或靠在门框上表示要离开,等等。体态语言的含义有时根据沟通情境、沟通者所处的文化背景、沟通者的习惯及修养等不同而有差异。通过体态语言可了解语言沟通不畅时的相关信息和内容,而且大多数体态语言是无意识行动的结果,能体现个人真实的心理活动。

(2) 目光接触:可能是非言语沟通的主要信息来源,目光接触可以表达喜、怒、哀、乐、担心、忧虑和相互间关系等感情,可以清晰地表明沟通双方交谈时的心境和情绪,以及对话题感兴趣的程度。越是亲近的人,目光接触的机会和时间越多。在临床诊治中,一般目光宜注视患者面颊的下部,做到目光不斜视、不游移。

有些时候人们避免目光接触,如报告坏消息或述说痛苦时往往避开对方的眼睛;害羞、恐惧或说谎时也会避免目光接触。

(3) 面部表情:一个人的情绪就像晴雨表可通过面部表情清晰地反映出来。面部表情大多是自发的、非随意的,是真情流露,但有时也可以是受控制的、伪装的。所以,同一种表情可以有不同的含义,如微笑可以代表幸福和喜悦,可以表示友好,也可以表示歉意,其具体内涵在很大程度上依赖沟通情境和沟通者的习惯特征。

(4) 触摸:是我们日常生活中直接沟通的常用方式,尤其在亲朋好友中常见的爱抚、握手、拥抱、拍肩等触摸行为,无不掩饰出亲情和友情。在医患交流中,适时、温柔的触摸,如拍

肩、握手等可扮演相当重要的角色,表现出医师的仁慈、豁达和博爱,是医患关系良好的润滑剂。

(5) 副言语: 伴随言语的线索称为副言语,包括人们说话的声调、响度、速度、停顿、升调、降调的位置等,对人们理解言语表达的内容具有一定的意义。加用不同的副言语,就产生不同的意义。例如“你服过药物了?”这句话,如果用一种平缓的声调说,可能只是一般询问事实的句子;如果加重“药物”这个词,则表示说者对患者服用过药物表示怀疑。副言语的特定意义依赖于交谈情境以及个人的习惯和特性。

4. 信息接收者 即接收信息的人,接收者接收信息以后,必须经过译码才能理解信息的内容。所谓译码,是依据以往的经验对信息的解释,即接收者将信息转换为自己的想法或感觉。接收者的经验、知识、才能、个人素质及对信息发出者的期望等因素影响这一过程。在很大程度上其也依赖沟通情境和社会背景。

信息接收者基于双方的共同经验,可将编码还原,并制成新的编码,发送出去,即反馈。

5. 环境 指沟通实施中的环境和心理背景,营造适宜的沟通外部环境,减少现场的干扰,有利于提高沟通的效果,保障信息传递不失真、少失真。但实际工作中,发出者和接收者对于沟通的环境背景常常是无法选择的。心理背景在信息传递过程中可直接关系到信息的含义,所以解读和充分了解背景十分重要。如“我马上就走”这句话,可以是真实的情景表现,即“我有事要离开”;如果在说这句话前双方有摩擦或争吵,那么这句话传递出的信息则完全不同,表示“赌气”或“出走”的意思。

(二) 信息沟通的流程

信息发出者将沟通的内容进行编码后纳入沟通渠道;接收者在接到信息后,将信息译码并接收,再把收到信息的情况反馈给信息的发出者,这是信息沟通的基本流程(图 1-1-1)。



图 1-1-1 信息沟通的流程图

可见,沟通过程包括了沟通对象的确定、沟通方式的选择、沟通的实施和沟通的反馈 4 个环节。人与人之间态度、技能、知识和社会文化系统的差异,可使信息过滤和传递受阻,造成沟通的障碍和实施错误。

三、沟通的种类和方法

(一) 沟通的基本种类

依据不同的划分标准,可将沟通分为不同的类型。

1. 根据沟通中是否进行反馈 分为单向沟通和双向沟通。

(1) 单向沟通: 符合上述沟通流程,但信息接收者接收信息并译码后,没有新的编码及发送反馈信息,即没有反馈的信息传递。此种沟通需时少,沟通速度快,干扰性小,适用于问题较简单、时间较紧迫、易于接受的事情。发指示、下命令、演讲、报告等都属于单向沟通的性质。

(2) 双向沟通: 在单向沟通的基础上,发送者和接收者相互进行信息交流的沟通,即有

反馈的信息传递。信息的沟通和反馈可进行多次,直到双方有了共同的理解。座谈会、讨论会等都属于双向沟通,此项沟通需时多,沟通速度慢,干扰性大,但内容传递准确、可靠,适用于问题较棘手、时间较充裕时。

单向沟通、双向沟通各有所长,应根据具体情况决定采用何种方式沟通。一般需迅速传达信息时,应采取单向沟通方式;在临床疾病诊治过程中,采用双向沟通机会更多,效果更好,通过双向沟通可以产生平等感和参与感,增进彼此了解,建立和谐的医患关系。

2. 按组织系统区分 分为正式沟通和非正式沟通。

信息通过组织明文规定的原则进行的传递和交流称为正式沟通,如组织间的公函来往、工作布置、汇报等。正式沟通分上行沟通、下行沟通和平行沟通 3 种形式。

正式沟通渠道之外进行的信息传递和交流均称为非正式沟通,具有沟通形式灵活、信息传播速度快的特点,如小道消息等。非正式沟通系统的辐射面往往更大、更广,影响可能更强而有力,但其信息往往缺乏可靠性和正确性,需要加以辨别。

3. 根据沟通形式区分 分为口头沟通和书面沟通。

(1) 口头沟通:是最常用的沟通形式,是指借助语言进行的信息传递与交流。形式多样,包括谈话、讨论、演讲及电话联系等。其优点是方便易行,有亲切感,可通过表情、语音声调等增加沟通效果,并可第一时间获取对方的反应,进行实时的双向沟通,富有灵活性。但沟通效果与表达者的表达能力、口齿清晰程度及接收者的专心程度密切相关。

(2) 书面沟通:是指借助文字进行的信息传递与交流,具有一定严肃性、规范性、权威性的沟通方式,如通知、文件、通信、备忘录、书面总结、汇报等。医院的住院须知、疾病诊断证明、出院记录、相关常见病的发病特点、治疗方法、预防措施等制成的健康宣传资料等均属于此类。

(二) 沟通的基本方法

沟通的基本方法分为语言沟通(verbal communication)和非语言沟通(non-verbal communication)。

1. 语言沟通 是指以语词符号为载体实现的沟通,包括面对面口头沟通和电话、邮件、书信等非面对面沟通。文字语言是沟通中最重要的工具,讲话的内容、方式及方法能反映出一个人的社会背景、所受教育、职业、知识和兴趣等,良好的语言表达能沟通心灵、化解情感障碍。语言的独特性在不同的环境与情形中,体现出鲜明的语义差异。当然,语义的理解与沟通双方的认知程度密切相关。

需指出的是,除文字形式的语言沟通之外,语言的形式还有多种,如音乐、图画、数字、图表、计算机程式语言、象形字、符号、颜色等,这常常为人们所忽视。其实,有时一张图形在沟通中所起的作用较文字语言表达来得意义更明确、更直接也更易理解,如直方图表示不同时间、不同类型肿瘤的发病率或死亡率,通过不同颜色、不同长度,一目了然地阐明了疾病的流行病学现状和趋势。有些符号不分国界、种族,有相同的意义,成为国际交流中不可缺少的沟通方式,日常生活中的红绿灯或交通警示牌就是典型的例子,这种非文字语言的含义为人们安全出行提供了保障。其他如盲文、舞蹈语言、哑语等非文字语言,使得沟通更为有效和顺利。

2. 非语言沟通 是指通过某些媒体而不是讲话或文字如环境(标志)、身体语言(包括面部表情、身体运动和姿势、身体接触、目光接触、人际距离、衣着打扮等)、副语言(语气、声

调、响度、速度、停顿、升调、降调的位置)等方式交流信息、进行沟通的过程,是提供解释内容的框架。非语言沟通的内涵极其丰富,往往更多、更重要的一些信息是通过非语言沟通完成的,而并非仅仅是语言沟通的辅助性或支持性作用。美国语言学家和心理学家伯特·梅瑞宾(Mehrabian)曾指出,语言表达在沟通中起方向性和规定性作用,非语言表达才能准确反映出人的思想感情,他根据语言沟通和非语言沟通在沟通中的使用比率,总结得出 100%的信息传递=7%语言+38%语音+55%态势。就医患沟通而言,就诊疗房间的摆设、医师穿着、坐姿、表情语言交流(看患者的眼神、面部表情)、肢体语言交流(何时并如何接触、检查患者及医师如何点头)或其他表示鼓励性的辅助音节如“嗯嗯”,所有这些均给患者一个信息,就是医师对患者的反应情况。如医师对患者有共鸣,不仅对患者的想法有回应,而且还与患者交流其关注和期望的事(ideas, concerns, expectations, ICE),从中获得相关患者真实的感受和思想过程,只有这样才能得到满意的结果。有时候,非语言沟通(如一个眼神、一个手势、一个微笑)就可以拉近人与人之间的距离,起到意想不到的效果,这恰恰是目前医患沟通中易于忽略的方面。见面之初良好的印象是沟通的感情基础,所以第一印象十分重要。人们在日常交往中对他人的第一印象主要来自外表、动作、姿态、目光和表情等各方面,这些是个人良好气质和风度外在的体现,即个人魅力。这种人格魅力源自知识文化的熏陶,知识底蕴越浓厚、修养越好,内在气质就越优雅,就越有魅力。

3. 语言沟通和非语言沟通的关系 语言沟通和非语言沟通在人际沟通中往往相互依存和补充。有时以语言沟通为主,有时非语言沟通作用更大,很大程度上依赖沟通情境等因素。但近些年来人们更重视和强调非语言沟通的线索作用,语言沟通和非语言沟通信息并非总是一致的,有研究指出,当言语和副言语不一致时,对方主要依赖副言语信息;当副言语和面部表情不一致时,则主要依赖面部表情。

四、沟通的模式

(一) 自我状态

20 世纪 60 年代,加拿大心理学家埃里克·伯恩(Eric Berne)博士提出了一种“相互作用分析”(transactional analysis)理论。相互作用分析理论又称人格结构 PAC 分析理论,这一理论把人际交往时人们相互作用的格局按心理状态分为家长(parent)自我状态、成人(adult)自我状态和儿童(child)自我状态三种。

1. 家长自我状态 以权威和优越感为标志,通常表现出批评、判断、教训、指导,有时也会流露出关怀和怜悯,分为命令型和慈爱型两种。人格受家长自我状态支配时,其行为比较固执。

2. 儿童自我状态 这种人格状态不善思考,易冲动,凭感觉,以感情用事为基本特征,表现为服从型和任性型两种状态。儿童自我状态起主导作用时,其行为是冲动的。

3. 成人自我状态 以客观和理性为主要特征,其行为明智、合情,是双方交往中理想的一种人格状态。

(二) 交往模式

根据交往双方受三种自我状态的支配及相互作用,交往模式大致可分为冲突型和协调型两种。

1. 冲突型 指交往双方在自我状态上的对立,不能相容,使交往发生冲突,包括命令式