

第一章 绪 论

思维导读

当今竞技体育快速发展，运动员不仅需要具备高超的技术和卓越的身体素质，更需要良好的心理素质来应对比赛中的各种挑战和压力。本章将作为绪论，初步介绍临床运动心理学的学科定位与发展历程，以及运动员心理健康的共识及评估工具。通过本章的学习，您能了解目前运动员常见心理健康问题类别与患病率信息；掌握导致运动员出现心理问题的风险因素，帮助您进行早期识别和预防；了解目前针对运动员开发的运动心理学的多层次分类系统及其应用。

案例：西蒙·拜尔斯是美国女子体操的领军人物，她极具天赋且成就斐然，在2016年里约热内卢奥运会上斩获4金1铜总共5块奖牌。2018年，拜尔斯指控自己曾受到美国女子体操队前医师拉里·纳萨尔的侵害，这一事件给她带来了巨大的心理创伤。在2021年东京奥运会体操团体赛第一轮的跳马比赛中，拜尔斯出现严重失误，她本计划做的是难度极高的阿玛纳尔动作，结果却在完成一周半旋转后便匆忙下台。随后，她与队医一起离开现场，并宣布因个人心理健康问题退赛，放弃了个人全能、自由操、跳马及高低杠等项目。拜尔斯用“twisted”（运动失感）来描述当时的状态，她表示自己无法分辨方向，完全无法控制自己的身体。她的退赛引发了舆论的两极反应：支持者赞扬她的勇敢，美国体操协会也发表声明全力支持她的决定，认为她勇于优先考虑自身健康的行为值得赞赏。然而，反对者称她软弱，认为她的放弃让队友、粉丝和国

家失望。在赛后的发布会上，拜尔斯说：“我认为要把心理健康放在首位，如果不这样做，你就无法取得你想要的成功。因此，有时候为了关注自己，即使是放弃重要的比赛也是可以的，因为这表明你是一个强大的竞争对手，而不仅仅是硬撑过去。”经过自身努力并接受积极的心理康复训练，拜尔斯在2023年8月的全美体操锦标赛中斩获全能冠军，同年10月又在体操世界锦标赛中获得全能金牌。2024年，她更是在巴黎奥运会上表现出色，获得了竞技体操女子团体赛金牌、女子体操个人全能金牌、女子跳马金牌以及女子自由体操银牌。

拜尔斯揭示了竞技运动领域经常被人忽略的一个方面，即运动员的心理健康。运动员作为大众眼中的“精英”“强者”“坚韧不拔”的代名词，常常让人忽视其所承受的压力及压力产生的心理后果。事实上，运动员在长期高强度、大运动量、单调乏味的训练和高竞争的竞赛环境中，常常承受着普通人难以想象的身心压力。这些压力，往往被看作运动员通向成功之路的必要条件而被合理化，甚至被推崇。大众、教练甚至运动员自己都忽视了压力可能对其身心造成的消极影响。拜尔斯的退赛让更多人开始关注运动员的心理健康问题，她所提及的心理症状，以及组织中的霸凌和不平等，促使体育界反思过往对运动员心理关怀的不足，推动奥林匹克委员会等相关机构和组织开始采取措施来保障运动员的心理健康。

拜尔斯所面对的情况并非个例，在竞技运动心理保障工作中，运动心理工作者常常需要面对和处理各类不同严重程度心理问题对运动员心理健康和运动表现的影响。越来越多的运动心理学家开始重视临床心理学方面的训练，同时也有越来越多的临床心理学工作者开始涉足运动员的心理保障工作。临床运动心理学这门学科也由此开始成形。

第一节 临床运动心理学概述

一、临床运动心理学的定义、性质与任务

临床运动心理学是一门新兴的、由临床心理学与运动心理学交叉融合形成的心理学分支学科。说其是新兴学科，是因为该学科的萌芽最早可以追溯到 1988 年，而该学科的雏形形成与快速发展则仅仅是近 20 年发生的事情。从学科的组成要素来看，尽管临床运动心理学脱胎于竞技运动心理学的研究与实践，其本身具有鲜明的运动色彩，但业界普遍认为，临床运动心理学家必须接受临床心理学的系统训练，以确保其具备处理各类心理问题和精神障碍的专业胜任力，因而在学科的研究内容、方法，以及实践模式上都受到临床心理学的影响。

尽管临床运动心理学自出现至今已有 30 余年，但对该学科的定义一直存在不同的看法。部分运动心理学家倾向于认为临床运动心理学只负责处理运动员严重的精神障碍，这也是对临床运动心理学的狭义的定义。而另一些运动心理学家对临床运动心理学的工作内容给出了更广义的界定。例如，加德纳和摩尔（2006）将临床运动心理学定义为“运用心理学多个子学科的知识与方法，促进和维持运动者的身心健康与福祉，优化运动员的竞技表现，预防、评估、改善运动员的心理或运动障碍”。这个定义一方面强调了临床运动心理学的临床心理学本质，另一方面也对临床运动心理学进行了更广义的定义。两位学者认为，临床运动心理学的职能不仅仅是处理运动员的精神障碍，恢复心理健康，还包含促进运动员竞技表现的任务。此外，他们还提倡在运动心理保障实践中应系统引入已在当代临床与咨询心理学中得到实证支持的标准化的评估、个案概念化和干预方法。国内学者（刘丽、石岩，2009）也延续了这种广义的定义，他们将临床运动心理学定义为“应用心理学的原理和技术，研究、评估和诊断运动员和锻炼者的心理问题，协助其充分认识自己、

发掘潜能、应对压力、缓解和矫正心理障碍与疾病，以增强其社会适应和心理健康的一门学科”。该定义同样强调了临床运动心理学的临床心理学本质和临床运动心理学的广义概念。

刘丽（2013）曾对国内外临床运动心理学研究内容进行了总结，发现该领域的研究主要涉及3个方面：①临床运动心理学学科理论与心理病理理论研究；②临床运动心理评估研究；③临床运动心理干预研究。研究的热门关键词既包括焦虑、情绪障碍、进食障碍、物质滥用、身体意象等与精神障碍和心理健康密切相关的研究主题，也包含应激、自信、心理疲劳、运动损伤、完美主义等与运动表现息息相关的研究主题。

二、临床运动心理学的发展简介

临床运动心理学所依托的临床心理学和运动心理学两大学科都已有百年历史，发展均已相对成熟。美国心理学家韦特默于1896年在宾夕法尼亚州开设了第一家心理诊所，并于1907年创办了《临床心理学》期刊，同时开设临床心理学课程，标志着临床心理学的建立。而运动心理学的起源则可以追溯到1897年特里普里特开展的有关自行车运动员竞技表现的社会促进效应研究。“美国运动心理学之父”科尔曼·格里菲斯于1923年在伊利诺伊大学开设了世界上第一门运动心理学课程，又于1925年建立了第一个运动心理学实验室，标志着运动心理学的建立。

相比之下，临床运动心理学的建立则要晚许多。直至1984年，美国奥林匹克委员会才开始长期聘用临床运动心理学家为运动员提供服务。随后在1988年，美国奥林匹克委员会正式建立了运动心理学家注册制度，并将运动心理学家分为临床型、教育型和研究型3种。临床运动心理学的萌芽就此产生。2005年，美国大学体育协会召开了临床运动心理学家大会，探讨运动员心理健康与个人福祉促进。次年，加德纳和摩尔（2006年）出版了第一本《临床运动心理学》（*Clinical Sport Psychology*）。2007年，《临床运动心理学杂志》（*Journal of Clinical Sport Psychology*，简称JCSP）创刊。这些事件都标志着临床运动心理学

在 21 世纪的飞速发展。

我国运动心理学学科也建立于 20 世纪 80 年代，其标志性事件是 1979 年中国心理学会体育运动心理专业委员会成立，以及 1980 年中国体育科学学会运动心理学分会成立。在随后的 20 多年时间里，一代代运动心理学工作者积极投身我国竞技体育心理保障事业。2007 年，中国体育科学学会经过严格的审查程序，认证了国内第一批运动心理咨询专家，为 2008 年北京奥运会各运动队提供心理咨询和辅导等服务。时至今日，我国还没有对临床运动心理学家的认证，也没有该学科的期刊，但刘丽等早在 2009 年就在《中国体育科技》发表文章，对临床运动心理学做出了界定。2013 年，刘丽出版了博士论文《中国临床运动心理学理论体系的建构》，详细阐述了构建中国临床运动心理学学科的必要性和可行性，并通过引用翔实的资料分析，初步构建了中国临床运动心理学的理论体系，为中国临床运动心理学的发展作出了重要的贡献。

第二节 运动员心理健康

世界卫生组织将心理健康定义为“个人能够发展并实现其自身潜力的康乐状态，在此状态下，个体能够处理日常生活压力，有效地工作和社会作出贡献。”尽管大多数研究表明规律的身体活动能够促进心理和身体健康，但是在竞技运动领域，长时间高强度的压力和身体训练可能对运动员的心理健康产生消极影响。无论运动员的运动天赋多么出众，竞技体育领域的一些特殊情境，如体重控制、过度训练、运动损伤、成败经历、职业生涯转换等高压事件都会提高他们的心理健康风险。

为了进一步明确心理健康的定义，国际奥林匹克委员会运动员心理专家组将运动员心理健康问题分为心理障碍和心理健康症状。心理障碍是指符合《精神障碍诊断与统计手册》第 5 版（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*）临床诊断标准的，个体的明显的认知、情绪和行为混乱，主要表现为与较大压力和挫折事件

有关的个体思维、情绪和行为发生显著而持续的改变,使个体无法进行社交和职业等重要活动,如学习、训练和竞赛。心理健康症状是指未达到临床诊断标准的个体自我报告的消极思维、情绪和行为模式,引发痛苦并造成功能障碍,如运动表现下降。研究者认为,心理健康是一个连续体,运动员可能在一段时期内反复交替体验到不同的心理状态。心理障碍的运动员会康复,心理健康的运动员也可能体验过不良的心理状态。因此,理解和识别运动员心理障碍和心理健康症状,创造积极的运动文化对运动员的心理健康非常重要。

运动员可能存在心理健康症状,或是受心理障碍的困扰,但是,这并不意味着从事精英运动与心理健康困扰有直接联系。与普通人一样,心理健康症状和心理障碍对运动员也会产生消极的影响,这些影响主要包括但不限于运动表现不佳、受伤风险增大、伤病恢复变慢、生活质量下降等。国际奥林匹克组织委员会目前罗列出 11 种常见的运动员心理健康症状,分别是焦虑、抑郁、创伤后应激障碍、注意缺陷障碍、双相情感障碍、自杀、饮食失调、睡眠相关问题、赌博障碍、酒精滥用和其他物质滥用。由于运动员群体通常难以触及,并且缺少可靠、有效、有针对性的筛查工具,加之运动员群体自身对心理健康问题的忽视,明确运动员心理健康症状和心理障碍的患病率是非常困难的。国外前瞻性报告指出,精英运动员出现心理健康症状的比例为 5% ~ 35%。其中,焦虑和抑郁是最为普遍的心理健康症状,约 34% 的精英运动员和 26% 的退役运动员报告曾经历过焦虑或抑郁,其中女性运动员的焦虑和抑郁症状(26%)比男性运动员更普遍(10.2%)。在其他心理健康症状上,49% 的奥林匹克运动员存在多种睡眠问题;0 ~ 19% 的男性运动员和 6% ~ 45% 的女性运动员经历过不同类型和程度的饮食障碍;美国大学生运动员中,7.3% 的死亡事件源于自杀,专业运动员出现自杀意念的概率为 6.9% ~ 18%。运动员的心理健康问题发生率会随着大赛临近而升高,研究者在里约热内卢奥运会前 3 个月对参赛的澳大利亚运动员调查发现,几乎所有运动员在过去一个月至少出现过一项心理健康症状。多数研究

认为其受性别和项目因素的影响,运动员在16~21岁时更有可能出现心理健康症状。鉴于运动员职业生涯发展的巅峰阶段与心理健康患病高发期重合,运动员的心理健康问题亟须被重视。

2021年,国际奥林匹克组织委员会先后发布的《奥林匹克2020+5议程》和《精英运动员心理健康手册》中明确指出将保障运动员权益和健康作为奥林匹克运动首要任务,以及说明保护和促进运动员心理健康的必要性,并提出“所有运动组织应当采取措施保护运动员的身体和心理健康,减少运动员健康损伤风险”。随后,2023年国际奥林匹克组织委员会又发布了运动员《心理健康行动计划》,提出包括建立运动员心理健康支持部门、建立运动员心理健康评估和诊断标准、在奥运会期间为运动员提供专业心理咨询服务等16项举措。2024年巴黎奥运会,法国奥林匹克组织委员会为了保障运动员的心理健康实施了一系列举措,包括设立专门的放松和交流区域,为运动员在精神上放松或“充电”;开设涵盖70种语言的心理健康帮助热线;借助人工智能实时监控所有社交媒体平台,识别针对运动员的网络暴力倾向内容的帖子并阻止传播;提供了多种心理健康的支持和教育渠道等,保障运动员的心理健康。

2019年,我国颁布的《体育强国建设纲要》提出“提升竞技体育综合实力,增强为国争光能力”的战略目标。党的二十大指出“建设体育强国是中国式现代化的重要组成部分,是建设社会主义现代化强国进程中不可或缺的重要内容”“深化体育体制改革,完善体育公共服务体系,健全市场化办赛体制,提升竞技体育水平,建成世界一流竞技体育,做实建设体育强国的硬指标。”运动员心理健康作为运动表现和体育精神的重要部分,是促进我国竞技体育健康发展的必然要求。国家体育总局在对十三届人大代表提出的“关于加强高水平运动员心理健康体系建设的建议”答复中承诺,“大力加强高水平运动员心理健康服务体系建设,不仅是社会各界共识,也是体育总局长期坚持的工作重点。”2024年巴黎奥运会,我国体育代表团名单中出现了三位训练有素的心理学专家的名字,他们为我国参赛运动员提供实地心理援助和支持。

第三节 运动员心理健康的影响因素

运动员的心理健康问题是内外部因素相互作用的结果。运动组织的不良管理和结构、运动领域对竞争和运动成绩极度看重的现实情况,以及运动项目或运动队对虐待和欺凌行为的态度都可能催生运动员的心理健康问题。

首先,研究者认为运动员的具体压力源主要来源于3个方面,即竞赛压力、个人压力、组织压力,三者彼此之间相互影响。竞赛压力是环境中与竞赛表现联系最直接紧密的压力来源,包括伤病、竞争压力、表现不佳、期望、自我表现、重要竞赛、意料之外的成功等;个人压力是环境中与个人的生活事件联系最紧密的压力来源,包括运动和生活平衡、家庭问题、亲友伤亡、学业目标、其他工作任务等;组织压力是环境中与个人工作单位联系最紧密的压力来源,包括领导或随行团队的行为、队内的文化交流和规范、运动器械场地装备、财务、媒体关注、职业转型等。

其次,运动环境和文化也是影响运动员心理健康的重要因素。国际奥林匹克委员会认为心理健康(心理安全)环境是指运动员在其中可以自由地成为他们自己,承担必要的风险,拥有一定的心理健康状况和心理障碍相关知识,当需要寻求帮助时感到亲切和被支持的环境。在运动环境和文化中,由于高度竞争而存在的欺凌现象威胁着运动员的心理健康。体育运动中的欺凌可以有許多不同的形式,包括队友或教练的欺凌行为。因此,识别运动员被欺凌的迹象和表现,营造平等安全的竞争文化和环境相当重要。另外,现存的心理健被污名化,难以表达或不愿表达情感,缺少时间、金钱、渠道等因素,阻碍了运动员寻求心理帮助,在竞技体育领域,长久充斥着诸如崇尚强大、回避弱小的彰显“男子气概”的主导文化,导致心理健康并不是运动员和教练员愿意面对的问题。运动员会因表现出心理健康问题而感到羞耻,因为这些行为往往被视为

软弱、不够坚强而遭到排斥。因此，大多数现役运动员都倾向于隐藏自己的心理问题，也不知该如何寻求援助。研究表明，超过40%的调查参与者认为运动员寻求帮助障碍与污名化、羞耻感、尴尬有关。此外，在一些国家的文化传统中，公开谈论感情或情绪是罕见的，它带有负面的色彩，并且被认为是“男性身份的禁忌”（如乌干达等非洲国家）。这些传统进一步阻碍了运动员（特别是男性运动员）去寻求帮助。因此，对运动员进行心理健康教育，提高其心理健康意识，改善其心理服务水平（如重视心理服务的保密性），以及开展适应运动文化背景的干预策略是推动其寻求帮助的可行性手段。

最后，需要注意运动损伤和疾病本身带来的心理影响。运动员的心理健康状况与受伤风险、从伤病中恢复和重返运动的能力有关，对损伤的认知、情绪和行为反应是决定运动员心理健康的重要因素。在一些情况下，伤病也会成为运动员药物滥用的导火索，进一步危害运动员心理健康。心理健康是所有精英文化的核心要求，将人权置于运动员身份之上是现代体育的价值取向。在竞技运动领域，心理健康问题不一定影响运动表现，以及对高水平运动中身体碰撞和过激行为的默许掩盖了部分心理健康症状的表现，导致精英运动员的心理健康问题不容易被察觉。因此，对运动员心理健康问题的理解、界定和评估应与普通人群有所不同。由于竞技体育经济社会资源投入高、运动员职业生涯起步早，保护和优化运动员的心理健康和生活平衡不仅仅事关运动员个人，更是需要整个体育系统和社会需要协同合作的事业。

第四节 运动员心理健康模型

现代竞技运动心理学除了关注运动员在竞赛压力下的运动表现外，也强调保护和促进运动员的心理健康。但在实践过程中，运动心理工作者往往容易将运动员表现促进与心理健康割裂开。这种情况一方面与从事运动心理实践工作的从业者的受训背景与岗位要求有关，绝大部分运

动心理学工作者往往接受过较为系统的运动心理和运动表现提升方面的训练，也被要求服务于运动员的表现提升，但接受过临床心理学训练的人则比较有限。另一方面，表现提升相关的心理技能训练与心理健康问题的干预也常常被看作是两类相互独立的问题，应该分别由相应领域的专业人员处理。这种看法既忽视了心理健康问题对运动表现的影响，也限制了更为整合的理论模型的发展。

加德纳和摩尔率先打破了两者的隔阂，他们尝试建立一个更为全面、系统的运动心理学实践框架，将运动表现和心理健康问题整合在一个模型之中，以便对运动员的心理需求做出更系统的识别与评估，并在此基础上制订更为精准、科学的干预策略，从而更有效地促进运动员的整体心理健康与运动表现。他们将这套理论模型命名为“运动心理学多层次分类系统”（multilevel classification system for sport psychology, MCS-SP）。

一、运动心理学多层次分类系统

MCS-SP 是一个用于评估、概念化和分类运动员常见运动心理问题的系统模型。它为运动员评估和干预计划提出了一个清晰、合理的决策逻辑，为未来的运动心理学疗效研究提供了所需的结构和动力，帮助我们更好地了解哪些干预措施对不同的运动员和不同的情况是有效和必要的。MCS-SP 认为，不应将运动员的运动表现相关的心理议题与其心理健康议题割裂开，而是应该将两者看作是运动员心理需求的有机整体。有效且符合伦理的干预也不应仅仅是关注运动员的运动表现，而应关注运动员的环境、人际、内在心理状态、外显行为、既往运动表现和表现提升需求。MCS-SP 根据上述关键因素将运动员的问题和困难分为以下 4 类，分别是表现提升（performance development, PD）、表现功能障碍（performance dysfunction, Pdy）、表现受损（performance impairment, PI）和表现终止（performance termination, PT）。

1. 表现提升

该类问题主要涉及传统意义上被认为需要心理技能训练来提高成绩

的问题。存在该类问题的运动员通常具有健全的心理功能，其需求主要是发展自己的运动技能和表现一致性，以便进一步提升表现水平。运动员愿意学习如何更有效地利用自己的心理和行为过程来帮助实现这些目标。属于PD领域的表现问题包括：达到稳定的练习质量、提高心理准备和注意力、调节情感反应和认知过程、保持观点和设定适当的目标。PD还包括运动员表现出不稳定的成绩，或出现相对短暂但持续的成绩下降。需要注意的是，该类问题需要排除运动员可能存在的任何明显影响其心理健康和运动表现的发展、过渡、人际或临床方面的严重问题，即上述问题均不是由更严重的心理问题诱发或衍生的。虽然运动员在会谈时可能不会主动提及这些问题，但从业者不能默认这些问题不存在。如果心理医师只关注运动员提出的目标，就可能会忽略关键的心理问题，那么运动员就无法从提升表现的干预中完全受益。如果不能适当评估亚临床或临床问题，可能会对运动员造成伤害，并使从业者面临渎职风险。因此，在得出评估结论前，应进行全面的半结构化或结构化评估。此外，从业人员在评估此类问题时需要注意自己专业胜任力的局限带来的误判，如运动心理咨询师在运动员存在更严重的心理问题时只关注成绩的提高，或临床心理学家在成绩提高足够的情况下对运动员进行过度病理化诊断。

该类问题又可以细分为两个子类型PD-I和PD-II。PD-I是指心理技能被认为对身体技能的持续发展和竞技成绩的提高是必要的或有帮助的。存在这类问题的运动员的运动技能通常尚未完全成熟，仍处在发展和建立的过程中。PD-II指身体技能已经得到高度发展，而心理技能的发展是达到最佳和稳定的运动表现所必需的。

该类问题的干预措施主要是为了提升运动表现。因此，可以通过制订和完善自我调节策略来达到最佳表现。这些策略传统上包括目标设定、唤醒调节、认知自我控制、刺激控制（如赛前和表演前例行程序）、引导想象和心理排练，以及注意力控制和重新集中。此外，基于正念—接受—承诺（mindfulness-acceptance-commitment, MAC）的表现提升策略也得到了广泛应用。

2. 表现功能障碍

这一类涵盖了临床运动心理学家遇到的运动员问题，包括：①明确表示希望提高运动成绩是干预的主要或次要目标。②运动成绩一直高于运动员目前的水平，或成绩进步缓慢或延迟。③运动员总体上心理健康，但可识别的心理障碍，如发展、人际、过渡和基于模式的问题（自身特质、个性、持久行为特征）对运动员产生了负面影响。④整体心理和行为功能有所下降（慢性或情境性），作为辅助干预措施，运动员可从发展自我调节技能中获益，但心理咨询和心理治疗是主要的干预选择。

Pdy 类中的两个亚型是 Pdy-I 和 Pdy-II。Pdy-I 是指发展性、过渡性、人际关系或外源性（外部）生活事件导致心理反应并导致功能失调的情况。Pdy-II 是指成绩线索和竞争环境触发了潜在的内源性（内部）心理因素，如核心认知模式或持久的行为特征，包括极端完美主义、对失败的过度恐惧、对认可的非理性需求，以及挫折耐受力低，从而导致成绩失常。

在大多数 Pdy 病例中，运动员最初都是由于成绩提升方面的困难，而不是因为心理或个人问题来就诊的。他们的主诉或要求似乎与导致成绩下降的自身、人际、发展或过渡性问题关系不大，因为这些运动员的心理一般都很健康，而且以前的成绩水平也较高。然而，亚临床心理问题以两种方式之一影响着运动员。在 Pdy-I 中，发展问题、过渡问题、当前生活环境或人际心理障碍导致了情感、生理或行为后果，不仅影响了他们的最佳表现能力，还影响了他们应对生活需求的能力。对于 Pdy-II，运动员已经有了潜在的模式、人格变量和持久的行为特征，这些通常不会导致显著的负面影响。然而，当生活压力增大时，这些内源性心理因素就会加剧，导致某种形式的功能障碍（如运动、学业或社交功能障碍）。在 Pdy 类别中，临床运动心理学家不会过分关注最初出现的成绩问题，而是会仔细评估运动员的持久行为特征与当前的情绪和行为功能，包括人际、工作和教育及娱乐领域。

鲍曼、邦德和迈尔斯等的研究表明，在应用运动心理学的日常实践中，Pdy 经常发生。虽然这些研究人员没有使用 MCS-SP 分类系统（当

时该系统尚未开发），但他们确实发现，有相当多的最初表现为以成绩为基础的病例（我们将其归类为PD），在经过全面评估后，实际上成绩下降主要是由于运动员的个人或发展环境造成的（我们将其归类为Pdy）。

Pdy类别的标准清楚地表明，发展、过渡和人际关系问题是干预的重点。Pdy还包括运动员出现持续性（尽管可能是短期的）成绩下降（低迷）的情况，其主要原因是发展、过渡、人际因素。Pdy的一个主要特点是：这些个人问题在很大程度上导致运动员所报告的成绩下降，并同时影响整体心理功能和生活质量。此外，对于运动员的整体生活和适应而言，这些问题应被视为比成绩问题更为重要。Pdy问题的例子包括运动转型，重大的家庭或人际关系中断，对非职业威胁性伤害的心理反应、死亡和损失，以及重大的角色变化。此外，还包括自身特质和人际关系问题，如比赛期间的表现焦虑和轻微的行为失调、挫折耐受力低、逃避、过度参与和参与不足的模式、完美主义、对失败和成功的恐惧、不符合创伤后应激障碍标准的急性应激反应，以及与教练和同伴关系不佳。

Pdy病例的性质表明，尽管最初表现出的是对成绩的担忧，但运动员从咨询或心理治疗中获益最大。在这方面，咨询和心理治疗期间提供的干预措施在很大程度上是提高成绩的工具（尽管不一定是自我调节）。在这种情况下，医师的目标是促进社会心理功能和竞技成绩的提高。尽管传统的心理技能训练可能会有所帮助，但对于大多数Pdy运动员来说，以提高成绩为目的的心理技能训练显然在整体治疗中处于次要地位。这是因为传统的心理技能训练程序并不针对造成Pdy运动员困难的过程。

3. 表现受损

这一类涵盖了运动员向临床运动心理学家提出的问题，具体包括：
①临床问题明显存在，造成运动员极度情绪困扰或行为失调，可能导致成绩下降或因外部机构介入（联赛停赛、司法介入、球队行动）而完全无法参加比赛。
②临床问题严重损害了至少一个（通常是多个）主要生活领域，如家庭、社会-人际、自理能力、娱乐、教育和职业（专业运动员和奥林匹克运动员的运动成绩可能属于这一领域）。
③运动成绩的

提高, 尽管可能是运动员所希望的, 但与影响运动员的临床问题相比, 显然是次要的。④临床问题的重要性使得发展或完善传统的以运动为重点的心理技能不太可能对运动员的成绩问题或整体社会心理功能产生实质性影响。⑤强化心理治疗(可能包括精神药物治疗)是首选的干预措施。

MCS-SP的PI类别中有两个亚型: PI-I和PI-II。PI-I是指情感障碍、焦虑障碍、饮食障碍和创伤后应激障碍等临床疾病严重影响了运动员的整体生活功能, 几乎或完全影响了运动员的运动表现。PI-II是指行为失调, 如愤怒和冲动控制障碍、吸毒和酗酒及人格障碍, 既严重损害了主要生活领域(如家庭), 又导致外部决定短期或长期限制个人参加体育竞赛。外部限制包括运动队停赛或开除、法律停赛、司法诉讼和入狱。

PI的特点: 整体的PI类别包含通常被认为需要正式精神诊断的问题, 包括临床上有明显情绪困扰或行为困难的运动员。虽然经历过PI的运动员可能会报告(至少是间歇性地)在竞技表现上遇到重大困难, 但在这些情况下, 表现下降显然是心理困扰和功能降低的次要原因。事实上, 这种成绩下降通常是由运动员的心理困扰或行为失调直接导致的。

临床运动心理学家应仔细评估运动员的心理和行为功能, 以排除或确认PI病例。一旦发现此类病例, 必须由受过治疗训练的从业人员进行治疗。大量的PI案例涵盖了人类经历的多种心理障碍。运动心理学家经常遇到的一些例子包括成瘾性障碍、严重焦虑症、双相情感障碍和主要情感障碍、愤怒和冲动控制障碍、进食障碍、注意力缺陷障碍及严重压力和创伤性障碍等。

4. 表现终止

这一类涵盖了临床运动心理学家遇到的运动员问题, 具体包括: ①主要关注的是因严重受伤或自愿或非自愿结束运动生涯所带来的多重压力和问题, 在这种情况下, 恢复或保留运动生涯的现实前景渺茫。②心理反应反映了正常或特殊的悲伤过程, 如愤怒、抑郁和焦虑, 家庭和人际关系问题也可能需要高度重视。③职业现实不允许提高绩效。④咨询或心理治疗显然是社会心理干预的首选, 同时可能需要转介辅助性职业咨

询和财务规划。

在 MCS-SP 的 PT 类别中，有两个亚型，即 PT-I 和 PT-II。PT-I 是指运动员的竞技生涯在意料之中（可能是自愿的）结束，通常是由于自由选择、年龄或身体技能的自然减退。最有可能出现的心理反应类似于亲人预期死亡后的正常悲伤，可能包括缓慢的、亚临床的进展阶段，如震惊、否认、愤怒、抑郁和接受。PT-II 是指运动员的竞技生涯因严重受伤或突然非受伤终止而意外和非自愿结束的情况，运动员通常几乎没有其他选择来继续其职业生涯。在这种情况下，运动员除了要面对职业生涯终止这一突如其来的现实，需要规划新的生活方式和职业生涯外，还可能会出现更严重的心理症状，类似于出现延迟或极度悲伤反应、急性应激反应或创伤后应激障碍的人群。PT-II 患者往往也会经历震惊、否认、愤怒、抑郁和接受的过程，但这种过程通常要比 PT-I 患者严重得多。因此，PT-II 患者可能需要更高强度的治疗。

二、MCS-SP 对运动心理学的影响

无论是提升运动员的运动表现，还是保护其心理健康，都需要实施科学有效的干预策略。然而，在采取任何干预措施之前，更应进行全面评估和细致的个案概念化。而 MCS-SP 就提供了一个全面评估和广泛了解运动员当前问题、精神状态、发展水平和需求、人际功能、社会心理历史，以及竞技表现历史和当前运动需求的框架。这些信息不仅有助于确定运动员的需求并量身定制干预措施，还能够加强运动员对从业者的信任，促进合作关系的建立。也许有人仍认为，对运动员进行全面评估往往是不必要的或不切实际的，但我们相信，缺少评估就无法准确地识别目标并实施有效干预，甚至会损害运动员的福祉和从业者与行业的专业信誉。MCS-SP 明确提出，从业人员应谨防在明确全面的社会心理状况之前过早开始提升表现的工作。在没有对运动员进行全面评估的情况下，从业者如何能够合乎逻辑和伦理地采用干预策略？如何确保干预措施对运动员最有帮助？正如 MCS-SP 所建议的那样，只有完全了解运动

员，才能根据运动员的整体社会心理和表现需求制订干预策略，并在必要时建议转介给其他专业人士（医师、营养师）。

案例小结：拜尔斯作为世界顶级体操运动员，她选择退赛并勇敢地公开自己的心理健康问题，打破了体育界中运动员必须坚强、不能轻易暴露心理脆弱一面的刻板形象，促使人们认识到运动员也是人，他们也会面临各种心理压力和困扰，从而推动整个体育界对运动员心理健康问题的重视和观念转变。她的经历引发了全球范围内对运动员心理健康的广泛关注和深入讨论，让更多人意识到在追求体育成绩的同时，不能忽视运动员的心理健康。国际奥林匹克委员会等体育组织也因此更加重视运动员的心理健康保障，推动了相关政策和支持体系的建立与完善。一些原本对自己心理问题有所顾虑的运动员，在拜尔斯的影响下，也开始更加积极地关注和维护自己的心理健康。

【本章小结】

1. 临床运动心理学是一门新兴的、由临床心理学与运动心理学交叉融合形成的心理学分支学科。该学科脱胎于竞技运动心理学的研究与实践，其本身具有鲜明的运动色彩，但在学科的研究内容、方法，以及实践模式上都受到临床心理学的影响。

2. 临床运动心理学是一门应用心理学的原理和技术，研究、评估和诊断运动员和锻炼者的心理问题，协助其充分认识自己、发掘潜能、应对压力、缓解和矫正心理障碍与疾病，以增强其社会适应和心理健康的学科。

3. 临床运动心理学研究内容主要包括临床运动心理学学科理论与心理病理理论研究、临床运动心理评估研究、临床运动心理干预研究。

4. 运动员心理健康问题分为心理健康症状和心理障碍。

5. 对运动员群体来说，心理健康问题的影响主要包括但不限于运动表现不佳、受伤风险增大、伤病恢复变慢、生活质量下降等。

6. 11种常见的运动员心理健康症状分别是焦虑、抑郁、创伤后应激障碍、注意缺陷障碍、双相情感障碍、自杀、饮食失调、睡眠相关问题、赌博障碍、酒精滥用和其他物质滥用。

7. 精英运动员出现心理健康症状比例为5% ~ 35%。

8. 运动员的心理健康问题是消极生活事件和训练比赛因素交互作用的结果。此外，运动队内外的社会文化环境也起到了至关重要的作用。

9. 40%的调查参与者认为运动员寻求心理健康帮助的障碍与污名化羞耻感、尴尬感有关。

10. MCS-SP是一个系统化的框架，旨在帮助运动心理学家全面评估运动员在不同发展阶段的心理问题。MCS-SP将运动员心理问题分为4个主要类别：PD、Pdy、PI和PT。

11. PD类问题主要关注运动员成绩的提升，尤其是心理技能的培养。PD问题可以进一步细分为PD-I（身体技能发展中）和PD-II（身体技能已达高水平，心理技能仍需加强）。此类问题的干预措施侧重于心理技能训练，如目标设定、情绪调节和注意力控制等。

12. Pdy指发展性、过渡性、人际关系等因素对运动员心理健康的负面影响，导致运动员成绩下降。此类问题需要通过心理咨询和治疗来干预，而非单纯依赖心理技能训练。Pdy的问题通常涉及更深层次的心理困扰，如焦虑、完美主义和失败恐惧等。

13. PI类问题通常表现为严重的情绪困扰或行为失调，如焦虑症、抑郁症等，直接影响运动员的运动表现和生活质量。此类问题需要通过心理治疗和必要时通过药物治疗来进行干预。PI类问题强调了心理困扰的严重性，需要由专业治疗人员进行处理，传统的心理技能训练在此类问题中并不适用。

14. PT是指运动员因严重伤病或生涯结束（自愿或非自愿）而无法继续职业生涯时，所经历的一系列多重压力和心理社会问题。它超越了普通的运动表现焦虑，其核心在于面对运动身份丧失的哀伤过程和未来生涯规划的现实挑战。

15. PT 根据终结的性质分为两种亚型。PT-I：通常因年龄、自主选择或技能自然衰退所致，其心理反应类似于预期性哀伤，过程虽具挑战但通常更为平缓。PT-II：通常因严重伤病或突然事件导致，终结是意外且非自愿的。运动员更容易出现更严重、更复杂的心理反应，如 PTSD，需要更高强度的临床干预。

16. 对 PT 的干预必须是多维度且有针对性的。心理咨询或心理治疗是处理哀伤、抑郁、焦虑等情绪反应的首选方法。同时，必须结合职业咨询和财务规划等现实性支持，形成全面的支持体系，帮助运动员成功过渡到后运动员生涯。

【复习思考题】

1. 简述临床运动心理学的定义、性质与任务。
2. 运动员常见的心理健康问题有哪些？
3. 阻碍运动员寻求心理援助的因素有哪些？如何推动运动员寻求心理援助？
4. 运动心理学中的 MCS-SP 如何帮助运动心理学家全面评估运动员的心理需求？请简要阐述其作用和结构。
5. 描述并比较 PD 和 Pdy 类别中运动员问题的关键差异。如何根据这些差异设计个性化的干预方案？
6. 在 PI 类别下，心理困扰或行为失调是如何直接影响运动员的竞技表现的？请举例说明 PI-I 和 PI-II 的不同表现。
7. 在 MCS-SP 的 PT 类别中，心理干预的目标是什么？PT-I 和 PT-II 的区别对心理干预策略有何影响？

参考文献

- [1] REARDON C L, HAINLINE B, ARON C M, et al. Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019)[J]. Br J Sports Med, 2019, 53(11): 667-699.

- [2] MOESCH K, KENTTA G, KLEINERT J, et al. FEPSAC position statement: Mental health disorders in elite athletes and models of service provision[J]. *Psychol Sport Exerc*, 2018, 38: 61-71.
- [3] SCHINKE R J, STAMBULOVA NB, SI G, et al. International society of sport psychology position stand: Athletes' mental health, performance, and development[J]. *Int J Sport Exerc Psychol*, 2018, 16(6): 622-639.
- [4] FAUSTIN M, BURTON M, CALLENDER S, et al. Effect of media on the mental health of elite athletes[J]. *Br J Sports Med*, 2022, 56(3): 123-124.
- [5] 石岩, 马虹. 精英运动员心理健康问题审视 [J]. *福建师范大学学报 (哲学社会科学版)*, 2020(3): 117-130.
- [6] GOUTTEBARGE V, BINDRA A, BLAUWET C, et al. International Olympic Committee (IOC) Sport Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1): towards better support of athletes' mental health[J]. *Br J Sports Med*, 2021, 55(1): 30-37.
- [7] KEYES C, LOPEZ SJ. Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions[C]//LOPEZ SJ, SNYDER C. (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*[M]. New York: Oxford University Press, 2002: 45-59.
- [8] GOUTTEBARGE V, CASTALDELLI-MAIA J M, GORCZYNSKI P, et al. Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: a systematic review and meta-analysis[J]. *Br J Sports Med*, 2019, 53(11): 700-706.
- [9] POUCHER Z A, TAMMINEN K A, SABISTON C M, et al. Prevalence of symptoms of common mental disorders among elite Canadian athletes[J]. *Psychol Sport Exerc*, 2021(57-): 57.
- [10] MCLOUGHLIN E, FLETCHER D, SLAVICH G M, et al. Cumulative Lifetime Stress Exposure, Depression, Anxiety, and Well-Being in

- Elite Athletes: A Mixed-Method Study[J]. *Psychol Sport Exerc*, 2021, 52:101823.
- [11] KUBOSCH E J, MEIDL V, BRETTHAUER B A, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on German Paralympic Athletes[J]. *Sports Orthop. Traumatol*, 2021, 37(3):235-241.
- [12] SI G Y, LI X, HUANG Z J, et al. The mental health of Chinese elite athletes: revisiting the assessment methods and introducing a management framework[C]. In SCHINKE R J. (Ed.), *Mental Health in Sport and Physical Activity*[M], London: Routledge, 2024:50-67.
- [13] 杨舒, 张忠秋. 基于积极心理学的运动员心理卫生研究综述与展望[J]. *成都体育学院学报*, 2014, 40(3): 69-74.
- [14] CURRIE A, MCDUFF D, JOHNSTON A, et al. Management of mental health emergencies in elite athletes: a narrative review[J]. *Br J Sports Med*, 2019, 53(12): 772-778.
- [15] Yoon J J, Petrie T. Barriers to and Facilitators of Collegiate Athletes Seeking Mental Health Services[J]. *J Athl Train*, 2023, 58(9): 715-721.
- [16] Anderson T, Adams W M, Bartley J D, et al. Analysis of the Sport Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) in Team USA athletes[J]. *Br J Sports Med*, 2023, 57(18): 1187-1194.
- [17] PURCELL R, HENDERSON J, TAMMINEN K A, et al. Starting young to protect elite athletes' mental health[J]. *Br J Sports Med*, 2023, 57(8): 439-440.
- [18] CHANG C, PUTUKIAN M, AERNI G, et al. Mental health issues and psychological factors in athletes: detection, management, effect on performance and prevention: American Medical Society for Sports Medicine Position Statement—Executive Summary[J]. *Br J Sports Med*, 2020, 54(4): 216-220.
- [19] GARDNER L F, MOORE E Z, GARDNER F, et al. *Clinical Sport Psychology*[M]. Champaign: Human Kinetics, 2005.