

第五章 心理应激

本章提要

心理应激作为一种系统理论，有助于认识心理社会因素在疾病发生发展过程中的作用规律（心理病因学），还在维护个体的生物心理社会因素间的动态平衡（身心健康）、降低各种心理社会因素对个体的负面影响（应激管理）等方面，以至在其他医学工作领域，也有理论与实践指导意义。

作为本课程的基础知识和基础理论部分，本章主要介绍应激概念与应激理论，生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格与应激和应激反应等应激有关因素的基本概念，以及应激控制与管理等实际应用问题。拓展阅读部分介绍几个与应激研究密切相关的概念、理论和应用问题。

第一节 心理应激概述

一、应激概念简史

应激（stress），或者翻译为压力、紧张等，是多学科关注的概念。医学、心理学、社会学、管理学、人类学均以此为重要研究课题。由于学科的不同，研究领域的不同，研究重点和目的的各异，应激概念在不同领域和不同时期有较大差异。

下面简单介绍在应激研究历史上有重要意义的有关作者和主要概念。

（一）坎农的稳态与应急

20世纪20年代，著名生理学家坎农（Cannon WB）提出稳态说和应急概念，是应激研究前期的一段重要历史记录。

直观地看，人体每个细胞似乎都是独立生存单位，但实际上人体内的细胞活动离不开内、外环境。例如大多数细胞不直接与外环境大气接触，但气候的变化同样会影响细胞的功能。显然，人体的每一部分功能活动（不论细胞、器官、系统）都是在一定范围内波动，并通过各种自我调节机制，在变化着的内、外环境中保持着动态平衡。坎农将这种机体在面对环境变化时保持内环境稳定的过程称作内稳态或自稳态（homeostasis）。

当个体遇到严重内外环境干扰性刺激时，自稳态被打破，个体的生理机制会出现交感-肾上腺髓质系统激活，交感兴奋性增高；心率加快，血压升高，心肌收缩力增强，心输出量和回心血量增加；呼吸频率加快，潮气量增加；脑和骨骼肌血流量增加，而皮肤、粘膜和消化道血流量减少；脂肪动员，肝糖原分解；凝血时间缩短等整体性反应。这种情况在

某些动物实验和人体研究中均可看到。坎农将这种严重干扰性刺激时机体所出现的整体反应，称之为应急（emergency）即“战或逃”（fight or flight）反应。

可见，坎农的自稳态、应急和“战或逃”概念，涉及到了内外环境刺激与机体功能反应稳定问题，显示出其对环境与健康之间关系的系统论认识特征，这与后来各种应激研究息息相关。

（二）塞里的“一般适应综合征”与应激

关于应激的概念，首推加拿大病理生理学家塞里（Selye H）。他是公认的现代应激理论的早期开拓者之一。在坎农的稳态学说的影响下，1936年，塞里提出著名的“一般适应综合征”和应激概念，标志着现代应激研究的开始。

20世纪前半叶，医学界关于病理生理过程的研究，还集中在病因与结果的特异性一对一逻辑关系的探索上。如我们都知道，失血、中毒、感染的病理生理过程是不同的，是“特异性”的，甚至忽略了去思考它们之间除了“特异”是否也存在某些“非特异性”的问题。塞里在一次动物实验中，却发现给小鼠注射各种器官提取物（有害刺激）后，小鼠都会表现出相同的症状，包括肾上腺皮质肿大、胸腺、胃和十二指肠萎缩等。这与塞里对不同疾病病人的观察发现相一致。通过大量动物实验塞里注意到，处于失血、感染、中毒等有害刺激作用下以及其它严重状态下的个体，都可出现肾上腺增大和颜色变深，胸腺、脾及淋巴结缩小，胃肠道溃疡、出血等现象。塞里认为，在每一种疾病或有害刺激下机体都会有这种相同的、特征性的和涉及全身的生理病理反应过程。也就是说，在各种不同的严重干扰性刺激下，机体会通过一些非特异性的反应过程来适应，而与刺激种类无关。塞里于1936年将机体在这些不同刺激作用下出现一系列非特异性反应称为应激（stress），将这种非特异反应称为一般适应综合征（general adaptation syndrome, GAS）。

塞里首先提出，GAS是机体通过下丘脑—垂体—肾上腺轴（HPA轴）对有害刺激所做出的防御反应的普遍形式。

塞里根据应激时的特定生物学标志，如腺体形态变化、应激激素变化及躯体资源的渐趋枯竭等情况，将GAS分为警戒、阻抗和衰竭三个阶段：①警戒期（alarm stage）：躯体识别出遇到挑战或威胁，进入“战或逃”反应，应激激素肾上腺素和皮质醇等都升高。这是机体为了应对有害环境刺激而唤起体内的整体防御能力，可称之为动员阶段。②阻抗期（resistance stage）：如果有害刺激持续存在，机体会进一步通过提高体内的结构和机能水平以增强对应激源的抵抗程度，此期躯体仍然试图去适应所受到的挑战，但其所需要的生理资源可能逐渐趋向枯竭；③衰竭期（exhaustion stage）：应激刺激持续时间太久，或有害刺激过于严重，机体会丧失所获得的抵抗能力而转入衰竭阶段，此时机体免疫系统严重受损，疾病产生或死亡。

塞里的工作在应激研究历史上有重要地位。此后许多应激研究都是在此基础上的修正、充实和发展。

（三）拉扎勒斯的应激、认知评价和应对

20 世纪 60 到 80 年代，在认知理论越来越被人们所关注的理论背景下，以 Lazarus RS 为代表的心理学家提出认知评价(cognition or appraisal)以及应对方式(coping)在应激中的重要中介作用(Lazarus RS & Folkman S, 1984)。

Lazarus 曾指出，应激的发生并不伴随特定的刺激或特定的反应，而是发生于个体察觉或估价一种有威胁的情景之时。也就是说应激刺激或生活事件虽然是应激源，但应激反应的是否出现以及如何出现，决定于当事人对事件的认识。简单举例，离婚作为重要的“应激源”（生活事件），当事人的“应激反应”也许是忧郁、也许是开心，这全决定于他（她）的“认知”。此后，Folkman S 和 Lazarus RS 等还进一步研究“应对方式”在应激中的中介作用，从而将应激研究逐渐引向应激（应激源和应激反应）、认知评价和应对方式等多因素的关系方面。

Lazarus 是心理学界在应激研究领域的代表性人物之一，他们对应激的认识除了应激刺激（应激源或生活事件）和应激反应，更重视认知因素。随着以后应对方式等应激有关因素的被重视，以认知因素为核心的应激多因素交互作用(transaction)与实证研究越来越受到学术界的关注。

二、应激理论模型与学科差异

应激和心理应激的理论发展经历了较长的历史过程。如果整体去认识长期以来各种各样的应激研究工作成果，可以发现，自 20 世纪初起，各个时期关于应激和应激理论的认识，是由先期的分别重视应激反应和重视应激刺激，到以后重视应激刺激到反应的作用“过程”。同时我们也看到，由于学科和领域的不同，从不同学科出发研究应激以及由此形成的理论模型往往存在差异；不同学科在使用应激概念和理论模型方面也存在很大的差异。

下面仅简单介绍与本专业密切相关的医学和心理学两个学科的情况。

（一）应激反应模型与传统医学界所关注的应激

应激反应模型(response-based model of stress)强调不同应激刺激引起共同的应激的反应，包括生理、心理、行为的反应。而对引起应激反应的其它因素关注不多。

塞里 1936 年首次提出的应激概念是这一模型的代表，塞里应激说的重点是关注机体在各种有害刺激下所产生的一系列“非特异性”的适应性反应（即一般适应综合征，GAS）。一直来，病理生理学界在有关疾病的病因学研究上，往往强调“特异性”的病理生理过程，如细菌感染的病理过程与出血所致的病理过程显然是不同的。但塞里提出的一般适应综合征学说，却从另一个角度强调有机体对各种不同刺激，除了“特异性”病理过程，也存在一种普遍的、整体的抵御反应过程（即“非特异性反应”）。可见塞里理论的提出是医学界在病因学认识上的一种进步，是向系统论认识观方向的一种前进。也是对传统生物医学模式的一种早期挑战。

值得注意的是，塞里早期的应激理论主要是从病理生理学的角度提出来的，不但是一种应激反应模型，而且是侧重内分泌反应或侧重于生理反应的模型。后来，马森(Mason JW,

1971) 在研究禁食、运动, 热刺激下猴子的应激内分泌反应实验中, 发现心理变量和身体变量就混杂其中, 并提出心理因素可能是各种应激原到垂体-肾上腺皮质反应的中介物, 甚至对塞里应激反应中的“非特异性”问题提出质疑。由于马森将心理因素引入到应激研究中, 此后的应激研究从单纯的生理过程研究转向心理生理过程的研究。

由于医学科学的特殊历史背景, 以及生物医学模式的长期影响, 应激反应模型特别符合医学工作任务, 并与临床症状相关联, 故应激反应模型在医学界被长期重视, 直到现阶段医学界仍然习惯于以应激反应模型来认识应激和应激现象。

例如, 精神病学临床一直关注应激的病理症状方面, 突出有机体在有害刺激下的应激反应, 将应激作为因变量或者临床症状来研究。在各种版本的精神病学诊断标准中, 与应激有关的精神障碍种类很多, 也都关注其各种心身症状(反应), 而对引起这种症状的心理社会原因关注不多也不深。

又如, 作为医学的另一重要基础领域, 将应激研究置于学科前沿的病理生理学, 始终重视应激刺激下的机体生理病理反应特别是分子生物学机制方面的研究, 而对各种应激刺激物, 特别是心理社会刺激因素, 在科学性的把握和指标的量化程度方面都做得不够。

此外, 预防医学或公共卫生领域, 近年来也重视压力(应激)的研究, 但往往将压力放在社会生活所导致的个体主观感受(症状主诉)方面, 如目前使用比较多的知觉心理压力问卷(CPSS), 其条目基本反映的是压力的主观体验、情绪反应和行为症状。在近年的国内救灾援助现场, 我们看到医务人员更多的是考虑灾民的心身症状, 而较少考虑个体的各种不同心理社会影响因素。

不过, 从应激包括应激刺激、中间因素和应激反应来看, 以及从生物心理社会医学模式的角度, 应激反应模型仅反映了应激综合征的效应器部分, 在认识论上也还不是全面的“整体观”和“系统论”。

(二) 应激刺激模型与传统心理学界关注的应激

应激刺激模型(stimulus-based model of stress)是指强调引起应激的不同刺激, 包括探讨刺激物的性质、种类、作用机制等。而对应激刺激导致的应激反应特别是生物反应的关注不多。

几乎与塞里同时, 心理学界也关注应激, 但其关注的重点往往是社会生活中的各种紧张事件及其对人的影响, 如失业、至亲亡故、婚姻冲突。由于学科特点的决定, 这类研究往往重点在社会生活和心理因素方面, 而较少深入研讨紧张刺激的机体生理机制问题。也就是说, 早期心理学界对应激的研究更多侧重于应激刺激, 特别是心理社会刺激。我们将这种重视应激刺激的认识论称之为应激刺激模型。

关注和强调应激刺激, 这在生活中很容易被人接受, 因为这符合人们常识性的逻辑思维。我们平时与别人谈压力(应激)时, 第一反应也总是注意工作量的大小, 经济上的宽紧等。不过需要引起医学生注意的是, 一直到今天, 国内心理学界也还是比较关注应激刺激的。由于知识背景和工作性质等因素, 特别是我国特定的历史和社会原因, 我国心理学

界历史上往往在师范院校与教育学同在，而与医学或自然科学学科交叉较少，这就导致心理学界出身的与医学出身的有时候“说不到一块”。即使是前几年，在一次有关部委组织的很重要的高校心理评估工作论证会上，国内心理学界的一些权威人士还是认为“生活事件”问卷就是“心理应激”问卷。同类现象也出现在近年国内的心理咨询师培训教材中，心理学概念中的“动机冲突”以及“挫折”等也被看成是应激。在近年国内灾难援助现场，我们也看到一些心理学志愿工作者在考虑灾民的心理社会因素并给予即时的关注与鼓励的同时，却忽略其中的生理反应（症状），这可能会导致严重后果。

故从生物心理社会医学模式的角度，应激刺激模型的认识论同样不够“整体观”和“系统论”。

（三）应激多因素模型与我国医学心理学关注的应激

如上所述，应激是不断发展着的概念，相信在今后相当长的时间里，不同学术领域和不同专业工作者对应激的认识差异还会继续存在。不过，值得指出的是，我国医学心理学于上世纪 70 年代末和 80 年代正式诞生不久，由于其中几位关注应激的人物来自生理学界或曾经是医学工作者，如徐斌、陈滨江、梁宝勇、姜乾金等，他们在学习吸取心理科学知识的基础上，在应激概念理解方面很快取得基本一致，这就是接受应激是由应激刺激（应激源）、应激反应和其它许多有关因素所构成的多变量概念。

1. 应激过程模型

根据应激学说的发展历史和 20 世纪 70-80 年代国外各种应激有关研究成果，当医学心理学课程在我国逐渐成型时，需要提出一种具有一定概括性的心理应激定义。20 世纪 80 年代中期，国内医学心理学教材中开始出现有关心理应激的专门章节。在 Lazarus 等的应激交互作用理论基础上（其也是一个逐步发展的过程），姜乾金等结合自身和国内有关研究成果，逐渐在教材中强调心理应激是由应激源（生活事件）到应激反应的多因素作用的过程，即应激过程模型（process-based model of stress）。（图 5-1）

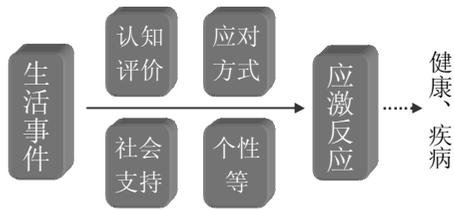


图5-1 心理应激“过程”模型（之一）

根据过程模型，心理应激（psychological stress）被定义为：个体在应激源作用下，通过认知、应对、社会支持和个性特征等中间因素的影响或中介下，最终以心理生理反应表现出来的多因素作用“过程”。

该定义强调，应激是个体对环境威胁和挑战的一种适应过程；应激的原因是生活事件，应激的结果是适应的和不适应的心身反应；从生活事件到应激反应的过程受个体的认知等

多种内外因素的制约。

这一定义符合人们通常的因果逻辑思维习惯，便于理解也便于对某些疾病发生的病因做出解释（本章就是根据该定义安排各节内容），故从生物心理社会医学模式的角度，应激过程模型的认识论更接近“整体观”和“系统论”，尽管在“整体”来看，它还是“单维度”的。

2. 应激系统论模型

应该说，心理应激过程模型在认识论上基本上还是单维的，只是反映应激各有关因素之间的部分关系，其中心点是指向压力反应。姜乾金等自 1987 以来，通过大量的有关应激与健康、应激因素之间的关系等长期临床与实证研究，证明应激（或者压力）有关因素之间不仅仅是单向的从因到果或从刺激到反应的过程，而是多因素相互作用的系统。例如，病人可以对应激刺激做出不同的认知评价，从而趋向于采用不同的应对方式和利用不同的社会支持，导致不同的应激反应；反过来，应激反应也影响社会支持、应对方式、认知评价直至生活事件；同样，认知评价、应对方式、社会支持甚至个性特征等作为过程论的中间因素，其实也分别各自或共同影响其它因素或者反之受其它各种因素的影响和制约。它们既可以是因，也可以是果。就是说，应激是有关因素相互作用的系统，即应激系统论模型 (system-based model of stress)。

应激系统论模型的基本特征(法则)包括：①应激是多因素的系统；②各因素互相影响，可能互为因果；③各因素之间动态的平衡或失衡，决定个体的健康或疾病；④认知因素在平衡和失衡中起关键作用；⑤人格因素起核心作用。（限于本章篇幅，有关应激系统论模型基本特征的较详细论述，可参阅姜乾金主编：《心身医学》，人民卫生出版社 2007）

根据系统论模型，心理应激 (psychological stress) 可以被定义为：个体的生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和心身反应等生物、心理、社会多因素构成相互作用的动态平衡“系统”，当由于某种原因导致系统失衡，就是心理应激。（图 5-2）

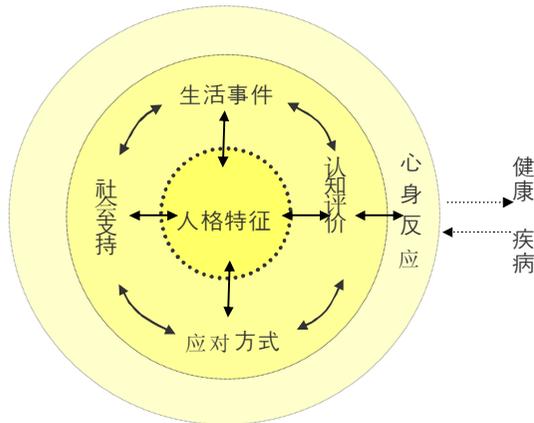


图 5-2 心理应激“系统论”模型示意图

该定义强调应激是多因素交互作用的、多轴向发展的系统。强调“应激评估”需要综合评估生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征、应激反应等各种因素。强调“应激干预”可以选择从各种应激因素入手，如控制和回避生活事件、调整认知、改变应对策略、提供社会支持、降低应激反应，以及通过心理治疗来影响人格因素，甚至可以改变环境和利用各种自然条件。这种对应激的认识，符合环境与机体之间的关系，符合健康和疾病的生物、心理、社会“整体观”和“系统论”，有利于对各种应激有关因素之间的相互作用机制进行研究并做出解释（例如研究应对的影响因素或者研究社会支持的影响因素），进而有利于促进研究个体整体心身健康的保持（见第五节）。目前，许多应激研究工作也开始关注应激多因素的数学建模问题，也许不久的将来我们对于心理压力或心理应激的认识会更加深入。

三、应激理论模型的意义

不论“应激过程模型”或者“应激系统论模型”，都为医学心理学研究提供了某种框架思路，同时在临床医学、预防医学和健康促进教育等领域具有多方面的理论与实际指导意义。

（一）认识论方面

在医学认识论方面，心理应激理论尤其“系统论模型”，使我们认识到个体实际上是生活在应激多因素的动态平衡之中。例如，心理社会因素与健康的关系，很大程度上可以看成是心理应激多因素作用过程与健康的关系；与现代人类死亡密切有关的不良行为方式如吸烟、酗酒、药物滥用、多食、少运动、肥胖及对社会压力不良反应等，均与心理应激因素有关；随着工业化、现代化和竞争越趋激烈、人际关系越趋复杂，心理应激程度也正在不断增强，由此而引起的生理和心理反应和形成的症状和体征，正成为当代人们身体不适和精神痛苦的根源。这种从整体上对健康和疾病的认识，有助于我们的健康工作决策，也有助于医学的模式转变。

（二）病因学方面

在临床医学的病因学方面（心理病因学），“过程模型”有助于我们清晰地认识心理疾病和症状的发生发展过程。例如近些年来在国内外许多研究中，将心身健康的变异情况（如情绪反应、心身症状）作为应激作用的结果或应激反应来看待，而将与健康和疾病有关的各种心理社会因素，例如生活事件、认知因素、应对方式、社会支持、个性特点和某些生物学因素悉数作为应激有关因素进行多因素的分析研究，取得较好的研究成果。

（三）治疗学方面

在临床医学的治疗学方面，根据“系统模型”，可以通过任何消除或降低各种应激因素的负面影响，促进系统因素之间的良性循环而实现新的平衡，达到治疗的目的。如所谓的应激干预模式或压力自我管理计划（self-management program）等。这些干预策略包括了应激“系统”的多个环节，例如：① 控制或回避生活事件，② 改变认知评价，③ 改善

社会支持，④ 应对指导，⑤ 松弛训练等。（详见第五节）

（四）预防医学方面

在预防医学方面，“系统论模型”有助于认识和指导合理调整应激各有关因素的动态平衡，促进个体在不同内外环境下的健康成长或保持适应（心理卫生）。如应对指导训练、社会支持系统的建立、人格健全的促进等都是可用的心理保健措施。

为便于理解，后文将按“过程模型”设置各节，包括应激源（生活事件），认知评价、应对方式、社会支持和个性特征等重要的应激有关中间变量，以及应激反应等节。最后一节将整体讨论应激的控制和管理问题。与应激有关的其它心理、社会和生物学因素如文化、环境、体质等因素则从略。

第二节 生活事件（应激源）

一、生活事件分类

（一）生活事件或应激源的定义

从应激过程模型的角度，所谓应激源（stressors）就是引起应激的刺激，也就是应激的原因，在目前的动物实验中，常用的应激源或应激刺激包括电击、水浸、捆绑、拥挤、恐吓等。在人类，特别是从应激系统模型的角度，应激源就是各种生活事件（life events），包括来自心理的、社会的、文化的和生物的各种事件。在许多医学心理学文献中，往往将生活事件和应激源作为同义词来看待。探讨生活事件与健康的关系，是心理应激与健康关系研究最先活跃起来的领域。

（二）按生活事件的现象学分类

生活事件的内容很广，许多事件还相互牵扯交织在一起，因而要做出准确而又避免重复的分类较困难，因而目前各种生活事件评估量表对事件的分类也不尽相同。以下分类仅是从现象学角度对生活事件内容进行的归并。但其中前四类生活事件有很高的跨文化一致性，即在世界不同民族和不同文化背景下，这几类生活事件仍具有普遍的重要性。

1. 工作事件 很多现代化的工作环境或工作的本身就具有极强的紧张性和刺激性，易使人产生不同程度的应激。①长期从事高温、低温、噪音、矿井下等工作。②高科技、现代化需要高度注意力和消耗脑力的工作。③长期远离人群（远洋、高山、沙漠）或高度消耗体力及威胁生命安全或是经常改变生活节律无章可循的工作或是长期从事单调重复的流水线工作，或是社会要求和个人愿望超出本人实际能力限度的工作，都可成为心理应激的来源。

2. 家庭事件 这是日常生活中最多见的应激源。多次恋爱不成功、失恋，夫妻关系不和、两地分居、有外遇被发现、情感破裂、离婚，爱人患病、配偶死亡、本人患病、外伤、

分晚、手术，子女管教困难，住房拥挤，经济拮据，有长期需要照顾的老年人、残疾人、瘫痪病人或是家庭成员之间关系紧张，都可成为长期慢性的应激事件。

3. 人际关系事件 包括与领导、同事、邻里、朋友之间的意见分歧和矛盾冲突等。

4. 经济事件 包括经济上的困难或变故，如负债、失窃、亏损和失业等。

5. 社会和环境事件 每个人都生活在特定的自然环境和社会环境当中，无数自然和社会的变化，包括各种自然灾害、战争和动乱，社会政治经济制度变革、工业化、现代化和都市化所带来各种环境的污染，交通住房的拥挤、人口的过度集中以及下岗待业、加快的生活节奏、知识的更新、竞争的加剧，物质的滥用吸毒、酗酒以及由此引起的卖淫、嫖赌偷盗的等犯罪行为所造成的人为事件，都会成为某些人的应激原。研究证明，在和平稳定时期，个体与同事、领导之间的人际矛盾和冲突是很重要的生活事件。

6. 个人健康事件 指疾病或健康变故给个人造成的心理威胁，如癌症诊断、健康恶化、心身不适等。

7. 自我实现和自尊方面事件 指个人在事业和学业上的失败或挫折，以及涉及案件、被审查、被判罚等。

8. 喜庆事件 指结婚、再婚、立功受奖、晋升晋级等，需要个体作出相应心理调整。

（二）按事件对个体的影响分类

目前对生活事件的研究，包括了所有人类的内外环境变化。按生活事件对当事人的影响性质，可分为正性和负性生活事件，是以当事人的体验作为判断依据。

1. 正性生活事件 (positive events) 是指个人认为对自己具有积极作用的事件。日常生活中有很多事件具有明显积极意义，如晋升、提级、立功、受奖等。但也有在一般人看来是喜庆的事情，而在某些当事人身上同样出现消极的反应，例如结婚对于某些当事人却引起心理障碍，成为负性事件。“范进中举”也是典型的历史故事。

2. 负性生活事件 (negative events) 指个人认为对自己产生消极作用的不愉快事件。这些事件都具有明显的厌恶性质或带给人痛苦悲伤心境，如亲人死亡、患急重病等。

研究证明，负性生活事件与身心健康相关性明显高于正性生活事件。因为负性生活事件对人具有威胁性会造成较明显较持久的消极情绪体验，而导致机体出现病感或疾病。

（三）按生活事件的主观和客观属性分类

1. 客观事件 (objective events) 某些生活事件的发生是不以人们的主观意志为转移的，是无法掌握无法控制的，多为突然发生的灾难如地震、洪水、滑坡、火灾、车祸、空难、海难、空袭、战争等，当然也包括人的生老病死事件。灾难事件或者创伤性事件可以引起强烈的急性精神创伤或延缓应激反应或创伤后应激障碍 (post traumatic stress disorder, PTSD)。国内外诸多研究表明，该障碍往往病程迁延，严重影响患者的心理和社会功能。

这类具有客观属性的事件在评定时其重测信度较高。

2. 主观事件 (subjective events) 实际上，很多人就处在应激性环境之中，如居住

条件差、工资收入低，父母、子女、夫妻、邻里、同事、上下级之间长期关系紧张，晋升提级受到挫折，工作学习负担过重，对职业不满意而又无法改变等等。但这些事件相对地是可以预料和可以被个人所控制的，具有一定的主观属性。

主观事件在评定时其重测信度较低。

二、生活事件与应激

（一）生活事件与健康 and 疾病

作为应激源，人们自然会首先想到生活事件自然被看成是疾病发生的罪魁祸首。早期国外各种研究结果显示，伴有心理上丧失感的生活事件，例如配偶的死亡，对健康的危害最大。有人对新近配偶死亡的 903 名男性作了 6 年的追踪观察，结果发现，居丧第一年对健康的影响最大，其死亡率为对照组的 1.2 倍，而第二、三年的影响已不甚显著。当代的研究则进一步阐明了生活事件的质和量与健康 and 疾病的关系。

我国科学工作者早期在生活事件与疾病关系方面也进行了很多工作。北京医科大学曾对北京市 10,000 多人进行调查；中国科学院心理研究所和北京医科大学协作，对钢铁工人也进行了调查，结果发现有三种刺激因素对疾病发生的影响最大，它们是：①在较紧张的学习或工作中伴随不愉快的情绪，容易得病；②工作中或家族中人际关系不协调，容易得病；③亲人的意外死亡或者突然的意外事故，是造成应激和致病的重要原因。姜乾金等（1987）通过临床对照调查分析，结果也同样显示，在癌症病人发病史中，“家庭不幸事件”、“工作学习过度”和“人际关系不协调”等生活事件可能有重要意义。这与上述结果相一致。郑延平等（1990）调查证明，引起痛苦体验而且与疾病关系密切的大多数是负性生活事件，最严重的是丧偶、家庭成员的死亡。最大的生活事件是被人误解、错怪、子女管教困难，生活环境受噪音干扰，家庭主要成员患急、重病，家庭经济困难等。这些结果与国外的调查是一致的。他们还调查研究了不同群体中突出的生活事件是：学生是考试失败和失恋；农民是婆媳关系不和；工人是不安心现职工作；科技干部是夫妻不和。不同年龄阶段引起心理应激的生活事件也各不相同：青年人主要是学习、婚姻恋爱、人际关系、工作与经济问题；中年人主要是夫妻关系和家庭关系；而老年人主要是健康问题和经济问题。范振国等（1993）研究发现，老年期抑郁状态的生活事件发生率与对照组有显著性差异，也高于老年期情感性精神障碍发病前的生活事件发生率。研究还表明生活事件单位分值越高，生活事件越多、性质愈严重对老年人的情绪影响越大。对老年人抑郁情绪影响较大的负性生活事件有重病外伤、家庭纠纷、经济收入减少等，与国外 Murphy 等（1982）的报告基本一致。另一些学者研究表明，不可预料不可控制的负性生活事件对人威胁更大。

（二）生活事件致病机制研究

关于生活事件如何导致机体发病的详细机制还不清楚。显然，生活事件不是直接的致病因素。Rahe 认为，生活事件仅是引起疾病的危险因素，类似血清胆固醇升高与冠心病发病之间的关系。一些学者通过研究生活事件对人体免疫功能的影响，提出亲人病故、夫妻

离异、事业受挫、遭受歧视等事件，是经大脑的认知评价后引起悲伤、抑郁、孤独等负性心理体验，进而导致一系列生理生化及免疫系统的改变。Bartrop RW(1977)等首先报导丧偶后细胞免疫功能低下。随后 Schlaif 等分别检测了受试者在丧妻前后淋巴细胞对丝裂原植物血凝素 (PHA)、刀豆蛋白 A (ConA)、美洲商陆 (PWM) 的反应性，发现在丧偶前细胞免疫水平没有显著的改变，丧偶后的 2 个月则明显低下，一年后才恢复到丧偶前水平。家庭的破裂也可见到相似的结果，经历婚变后的妇女，她们有严重的情感障碍，其淋巴细胞的反应性、TH 细胞、NK 细胞的百分率皆显著降低，而 E B 病毒抗体滴度增高，反映离异者细胞免疫受损。所有的研究证明，生活事件是通过各种中间环节包括身体的生理、生化变化过程而影响健康和疾病的。

(三) 生活事件与其它应激因素关系的研究

根据应激过程模型，生活事件是作为应激源导致应激反应直至影响健康的。但实际上，生活事件既不是单因素能影响健康，也不只是单向引发应激反应。按照应激系统论模型，生活事件本身也受应激反应等因素的“反作用”。除了较早认识到认知评价在生活事件和健康疾病中起重要作用外，近年来研究证明应对方式、社会支持、人格特点等因素也会影响许多生活事件的发生、发展、性质和程度，更影响甚至决定生活事件是否成为“应激源”导致应激反应。例如，个性因素可以影响个体对生活事件的感知，偶尔甚至可以决定生活事件的形成。许多资料证明，个性特征与生活事件量表分之间特别是主观事件的频度以及负性事件的判断方面存在相关性。

目前许多研究正在转向探索生活事件是如何与其它多种应激有关因素相互作用、通过何种机制而影响健康和疾病的。

三、生活事件的量化研究

1967 年，美国华盛顿大学医学院的精神病学专家 Homes TH 和 Rahe RH 通过对 5000 多人进行社会调查和实验所获得的资料编制了社会再适应评定量表 (Social Readjustment Rating Scale, SRRS)。量表中列出了 43 种生活事件，每种生活事件标以不同的生活变化单位 (Life change units, LCU)，用以表示事件对个体的心理刺激强度。其中配偶死亡事件的心理刺激强度最高为 100LCU，当事人需要人去重新适应所需要的努力程度也最大，与健康的关系也最为密切。其它有关事件 LCU 量值按次递减，如结婚为 50，微小违规最低为 11。利用这个量表可以检测一个人在某一段时间内所经历的各种生活事件，并以生活变化单位 LUC 的总量来表示。表 5-1

表 5-1 社会再适应评定量表 (SRRS)

生活事件	LCU	生活事件	LCU
1. 配偶去世	100	22. 职别转变	29
2. 离婚	73	23. 子女离家	29
3. 夫妻分居	65	24. 姻亲纠纷	29

4. 亲密家人去世	63	25. 个人杰出的成就	28
5. 坐牢	63	26. 配偶参加或者停止工作	26
6. 自己受伤或生病	53	27. 学业的开始或结束	26
7. 结婚	50	28. 生活条件变化	25
8. 被解雇	47	29. 个人习惯上改变	24
9. 复婚	45	30. 与上级矛盾	23
10. 退休	45	31. 工作时数或条件的变化	20
11. 家人健康的变化	44	32. 搬家	20
12. 怀孕	40	33. 转学	19
13. 性功能障碍	39	34. 宗教活动的变化	19
14. 增加新的家庭成员（如出生、过继、老人迁入）	39	35. 娱乐活动的变化	19
15. 工作岗位变动	39	36. 社交活动的变化	18
16. 经济状况改变（更好或更坏）	38	37. 少量负债（少于一万美金）	17
17. 好友去世	37	38. 睡眠习惯的改变	16
18. 改变工作性质（改行）	36	39. 生活一起的家庭人数变化	15
19. 夫妻多次吵架	35	40. 饮食习惯的改变	15
20. 中等负债（超过一万美金）	31	41. 休假	13
21. 丧失抵押品的赎回权	30	42. 圣诞节	12
		43. 微小违法（如违章）	11

Holmes 早期研究发现，LCU 一年累计超过 300，第二年有 86% 的人将会患病；若一年 LCU 为 150-300，则有 50% 的人可能在第二年患病；若一年 LCU 小于 150，第二年可能平安无事身体健康。Rabkin JG (1976) 研究发现生活变化单位的升高与突然的心源性死亡、心肌梗塞、结核、白血病、多发性硬化、糖尿病、运动创伤和交通事故有类似的相关性。

SRRS 发表以后，世界各国学者纷纷致力于生活事件的性质、种类、发生频度、持续时间等因素与有关疾病如神经症、躯体疾病和心身疾病之间关系的调查。国内张明园 (1987) 编制了同类生活事件量表。

但是，国内外的一些研究者也逐渐发现，类似 SRRS 这种客观定标的生活事件单位与疾病的相关程度较低 ($r=0.30-0.40$)，有的研究还证明没有相关 (Byrne R, 1980)。这说明评定生活事件所致的应激强度和应激反应的类型还应考虑许多其他因素的影响，如个体的认知评价、应对方式、人格特征和生理素质等。其中特别是认知因素的影响。因而在 Holmes 以后，不断出现各种以被试者自己估计应激强度的生活事件量表。在这些量表中各种生活事件由被试按事件对自己的影响程度作出认识评分，并以事件的正、负性质分别计分和统计。这些量表所获的生活事件分与健康 and 疾病的相关性有明显的提高。目前使用的生活事件量表大多属于这一类。国内杨德森 (1988) 等也编制了这类生活事件量表 (LES)。

不过，上述由被试自己通过认知评价来计分的量化方式其实也存在问题。例如，对主观事件的自我估分其信度较低，即估分的高低受心情好坏的直接影响等。另外，由于追求条目数量致使目前许多量表存在重复计分现象，例如夫妻不和、分居、外遇、离婚等条目

在事件性质和内容上有很大的重叠。笔者曾经比较过，这种重复计分导致的失真程度，并不低于使用简化量表而造成某些事件被漏计。因此，生活事件量表条目并不是分得越细、条目越多越好。目前一些作者在研究生活事件时使用简化归类的方法，如姜乾金编制的团体用心理应激调查表（PSSG）中的生活事件部分为 13 类，试图避免同一事件重复计分的问题。在历史上以及至今，也有一些作者始终注重对单一种类生活事件的病因学研究而不使用包含许多事件的量表，如专门研究丧偶妇女群体一年内的应激免疫指标和身心健康变化等。

第三节 认知评价

一、认知评价与应激

（一）认知评价的概念

所谓认知评价 (evaluation or appraisal)是指个体对遇到的生活事件的性质、程度和可能的危害情况的认知估计。Folkman S 和 Lazarus RS (1984) 将个体对生活事件的认知评价过程分为初级评价和次级评价。

初级评价 (primary appraisal)是指个体在某一事件发生时立即通过认知活动判断其是否与自己有利害关系。这里的所谓“利害关系”，不是完全指物质需要方面的关系，如对方夺走自己的财务，而更多的是精神需要方面的关系，如看到街路上有人倚强凌弱，自己作为第三者由于道德感被侵犯致使该事件变得与己有利害关系。如果初级评价与己无关，则个体进入适应状态；如果初级评价与己有关，则进入次级评价。

次级评价 (secondary appraisal)是指一旦初级评价得到事件与己有利害关系的判断，个体立即会对事件的是否可以改变即对个人的能力作出估计，这就是次级评价。伴随着次级评价，个体会同时进行相应的应对活动：如果次级评价事件是可以改变的，采用的往往是问题关注应对；如果次级评价为不可改变，则往往采用情绪关注应对（图 5-3）。

认知再评价 (cognitive reappraisal)。是 1993 年提出的补充概念。这是指在前两级评价基础上，个体对现实情境的再度认识，对潜在应激源做出再评价，确定是否应激。

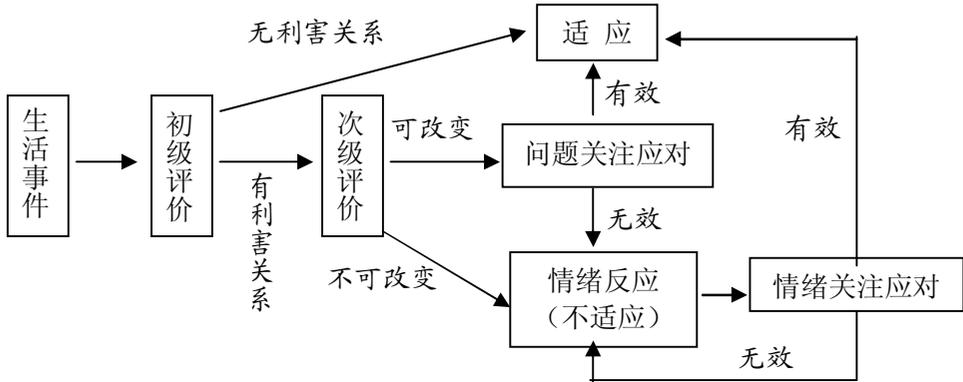


图 5-3 事件、评价、应对与应激过程

（二）认知因素在应激中的重要作用

认知评价在生活事件到应激反应的过程中起重要的中介作用，这是 20 世纪 70 年代 Folkman 和 Lazarus 等提出的应激交互作用理论的核心因素。这种认识在国内一直延续影响至今。Lazarus 早期从认知理论的角度，曾认为应激发生于个体察觉或评估一种有威胁的情景之时，具体的说是关于对需求以及处理需求的能力的察觉和评估，甚至认为应激不决定于具体的刺激和反应。随着应对方式研究的进展，Folkman 和 Lazarus 将认知评价与应对方式一起，作为应激的重要中介因素。

从过程论模型来看，对生活事件的认知评价会直接间接地影响个体应对活动和心身反应。上一节提及的以客观计分标准研究生活事件和心身健康关系所存在的问题，其原因之一就是未考虑个人对事件的真实评价。

应激系统论模型强调认知因素是应激系统中的一个因素，但作为“重要的因素”来看待。既然强调应激是多因素相互作用的系统结构，为何又强调认知因素的特别重要性？这是因为从应激研究最终目标来看，医学界最关心的是控制应激反应对人类健康的影响。实现这个目标的最直接和最可行途径，首先应从改变当事人的认知过程开始。另外，根据系统论模型，我们还可以通过对其它各种应激因素的干预如改善应对方式，增强社会支持等（将在第五节讨论）来实现对应激反应的控制，但这些干预过程同样都需要调动当事人的认识功能。毕竟，人类的认识功能是最具有自我调控作用的功能。

在近年的许多病因学实际研究工作中，虽然认知因素仍被作为应激的重要中间变量来对待，但还是有更多的研究广泛涉及其它各种有关应激因素的综合作用。这也符合应激系统论模型的发展方向。

（三）应激相关因素对认知评价的影响

作为系统中的重要因素，认知评价自身也受其它各种应激有关因素的影响。简答分述于下：

认知评价因生活事件属性的不同而不同，这是常识性的现象。

社会支持一定程度上可以改变个体的认知过程，例如面对上述街路上的倚强凌弱现象时，旁边是否有熟悉伙伴相随可影响个体的次级评价。

应对方式本身就涉及许多认知调节的问题，如否认、再评价等，而发泄等应对机制也可以直接或间接影响认知评价，例如日常中可以见到，一位当事人由于不断的诉说（倾诉、发泄）而最终出现对原始事件的认知逆转。

个性特征也间接影响个体对某些事件的认知，从而间接影响应激结果。其中态度、价值观和行为准则，以及能力和性格等个性心理特征因素，都可以不同程度影响个体在应激过程中的初级评价和次级评价。这些因素决定个体对各种内外刺激的认知倾向，从而对个人现状的评估，事业心太强或性格太脆弱的人就容易判断自己的失败。具有完美主义倾向个性特征的人往往存在非理性的认知偏差，使个体对各种内外刺激发生评价上的歪曲，可以导致较多的心身症状。

应激反应并不总是单向地“接受”各种应激源或中介变量对它的汇聚，实际上应激反应同样影响认知评价，例如等待手术期间过分紧张导致失眠，后者可能使手术当日病人的认知趋向于消极。

姜乾金等近期通过实证调查分析显示，多种应激因素可以影响重型罪犯对自己刑罚的认知评价。

二、认知因素的量化

认知评价在应激过程和心理病因学中的重要性与其量化研究程度两者之间并不相称，即认知在应激中的重要性几乎无人不知，但如何将认知因素加以数量化的研究，则存在不少具体困难。虽然 Folkman 本人曾对认知评价活动进行过定量研究，但至今尚缺乏经典的用于对生活事件作出认知评价的测量工具。不过目前一些自我估分的生活事件量表，实际上已部分结合个人认知评价因素。

在临床心理研究工作中，为了探讨认知因素在事件引起的应激性病因机制中的作用，可以根据问题性质和客观条件，选择采用问卷或访谈的方法，将被试对有关事件的认知特点一一做出等级评估。如姜乾金等曾在上腹部手术病人的应激因素与手术后心身反应问题的研究中，围绕病人对手术本身的认知、对手术医生的认知和对手术后适应问题等三方面的认知特点，设计相应的问卷条目。事后证明这三方面的认知特点对手术前后的心身反应有不同的影响。国内近年有不少研究就是采用这样的方法，并且结果都证明认知评价在生活事件与某些疾病的联系中确实起着重要的中介作用。

第四节 应对方式

一、应对的概念与分类

（一）应对概念

应对 (coping) 又称应付。由于应对可以被直接理解成是个体解决生活事件和减轻事件对自身影响的各种策略，故又称为应对策略 (coping strategies)。目前一般定义为，应对是个体对生活事件以及因生活事件而出现的自身不平稳状态所采取的认知和行为措施。

顺便指出，心理防御机制 (defense mechanism) 与应对比较相近。但两者理论基础不同，前者是精神分析理论的概念，是潜意识的；后者是应激理论的概念，主要是意识的和行为的。但两者也存在着一定联系，例如两者都是心理的自我保护措施；目前各种应对量表中，几乎都包含有许多心理防御性质的条目或因子，如合理化、压抑、迁怒等。

与应激相关的应对研究始于近二三十年，近十几年才被国内重视。至今，有关应对概念的内涵、外延、性质、种类、及与其它心理社会因素的关系和在应激过程中的地位等问

题仍未有一致看法，在具体讨论过程中均易引出歧义和异议，是应激研究中颇具争论性的领域。例如，最早被人接受的应对概念定位于“应激刺激——应激反应——应对方式”，即应对是从应激源到应激反应结果以后的概念。由于这种定位符合人类的“因-果-对策”逻辑思维习惯，在国内一度被许多人所接受。又例如，姜乾金通过对国际上各种应对问卷的综合分析，可以发现应对的内容非常丰富，涉及从生活事件到应激反应的应激作用全“过程”，且应对概念与其它应激因素如认识、社会支持等概念交叉，且互相影响，故应对不完全是应激之后的一个变量，其实是应激过程中或者应激系统中的一个变量。图 5-4 是姜乾金（2002）以“过程模型”为基础，以国外应对量表中出现的各种因子为分析对象，描绘出应对活动实际涉及到应激作用过程的各个环节。

总之，应对概念的涵义是很广的，或者说应对是多维度的。

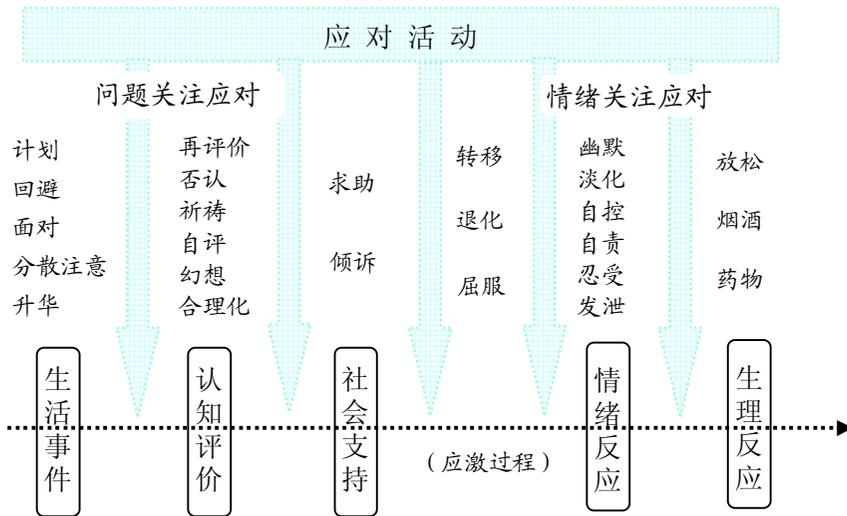


图 5-4 应对与应激过程的关系

(二) 应对分类

由于应对是多维度的概念，因此应对的分类问题就显得比较复杂了。

如果从应对的主体角度看，应对活动涉及个体的心理活动应对（如再评价）、行为操作应对（如回避）和躯体变化应对（如叹气放松）。目前多数应对量表兼有这几方面的应对条目内容。

从应对的指向性看，有的应对策略是针对事件或问题的，有的则是针对个体的情绪反应的，Folkman 等曾将前者称为问题关注应对 (problem-focused coping)，后者称为情绪关注应对 (emotion-focused coping)。目前多数应对量表兼有这两方面的应对条目内容。

从应对是否有利于缓冲应激的作用，从而对健康产生有利或者不利的影晌来看，有积极应对和消极应对。包括姜乾金在内的国内一些研究者已经涉及这方面的理论和应用问题。

例如，许多应对策略缺乏跨情景一致性，因此往往难以将这些应对方式分别归入“积极”或者“消极”行列。但是，还是可以筛查出一些应对方式，特别是情绪关注应对类，它们往往有较高的跨情景一致性，Folkman 对此也早有提及。实证研究显示，这些应对方式往往在对抗或者缓冲应激的作用方面具有相对稳定的积极或者消极作用，前者被称为积极应对（positive coping），后者称之为消极应对（negative coping）。

从应对策略与个性的关系来看，可能存在一些与个性特质有关的、相对稳定的和习惯化了的应对风格（coping styles）或称为特质应对（trait coping）。例如，日常生活中某些人习惯于幽默，而有些人习惯于回避（借酒消愁）。

二、应对方式与应激

（一）应对方式在应激和心理病因学中的作用

从应激过程模型角度，应对是应激事件和应激心身反应的重要中介变量的观点目前已被广泛接受。或者说，认知评价和应对方式都是应激过程的重要中介因素。

有关应对在心理应激过程中的作用的研究，还往往延伸为研究应对在心理病因学中的意义。这已成为目前心理应激研究中很活跃的一个领域。以癌症研究为例，姜乾金等近二十年来的许多资料证明癌症的发生、发展明显受到包括应对因素在内的心理社会应激因素的影响。由于癌症本身作为一种严重的生活事件，对患者又起着心理应激源的作用，使癌症患者往往采用更多的应对策略，癌症的转归、预后、患者的生活质量、康复等（可看作应激结果）也就明显受患者各种应对策略的影响。因此，通过对癌症患者应对活动特点、影响因素和作用规律的研究，除了可以为癌症临床制订和实施应对干预手段提供科学依据以外，也可以通过对癌症患者应对策略及其与应激有关因素相互关系的认识，从临床实际研究的角度揭示应对和应激过程之间的理论关系。

（二）应激相关因素对应对方式的影响

应对方式也受其它各种应激有关因素的影响。分述于下。

生活事件属性的不同往往应对方式也不同，这是常识性的现象；连续的负性生活事件也可能使主体的应对方式倾向消极。

认知评价影响应对方式，如图 5-4 可以看出，认知评价直接决定个体采用问题关注应对或者情绪关注应对，且个体的认知策略如再评价本身就是一种应对。

社会支持一定程度上可以改变个体的应对方式，例如面对上述街道上的倚强凌弱现象时，是否有熟悉人群的伴随可以影响个体的应对策略。

个性特征也间接影响个体对特定生活事件的应对方式。例如具有完美主义观念的人，在“再评价”应对过程中，表现更多的不良推理和消极判断；具有爆发性人格特质的人在紧急事件面前可能容易失去有效的应对能力。前文也已述及，个性特质一定程度决定应对活动的倾向性即应对风格。不同人格类型的个体在面临应激时可以表现出不同的应对策略。姜乾金等（1993）资料显示，个性中的情绪不稳定性和内外向维度与特质应对问卷中的条

目有相关性。Folkman 曾根据“情绪关注”类应对的跨情景重测相关高于“问题关注”类，认为情绪关注类应对更多的受人格影响。Glass 等（1977）的研究发现：当面对无法控制的应激时，A型行为模式的人与B型行为模式的人相比，其应对行为更多的显示出缺乏灵活性和适应不良。而Vingerhoets 和 Flohr 的研究却提示：面临应激环境时，A型行为模式的人较B型行为模式的人更多地采用积极正视问题的应付行为，而不是默认。同时还发现A型行为模式的人不象B型行为模式的人那样易于接受现实，对问题的起因他们更多地强调自身因素而不是环境。

应激反应并不总是单向地“接受”各种应激源或中介变量对它的汇聚，实际上应激反应同样影响应对方式，例如长期慢性应激可使个体进入失助状态，失去了积极应对环境的能力，此时给予任何细小生活事件刺激都可能因为失去应对能力而产生严重后果。

姜乾金等十余年来（1996-2006）通过多种样本的实证研究，证明应对方式确实受上述有关应激因素的影响，而其还与性别、年龄、文化、职业、身体素质等有关。

三、应对的量化研究

作为多维度概念的应对方式，其测量方法也多种多样的。

Folkman 和 Lazarus 1980 年编制，1985 年修订的应对方式量表 (Ways of Coping) 将应对分为 8 种：对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和自评，分别被划归为问题关注应对和情绪关注应对两大类。这是经典的应对过程研究问卷。从 Folkman 本人提供的早期背景资料中可以看出，在不同事件和不同对象中，该问卷条目的主成分筛选结果一致性较低。

国内肖计划等（1995）的应付方式问卷 (Coping Style Questionnaire, CSQ) 筛选出包括解决问题、自责、求助、幻想、退避和合理化 6 种应付方式。

卢抗生、姜乾金等（2000）修订自 Folkman 等的老年应对问卷，包含 5 种应对方式：面对、淡化、探索、幻想、回避，分别被划归为积极应对和消极应对两类。

姜乾金等（1987，1993，1999）以特质应对思路，采用因素筛选与效标考察相结合的办法，将一组与一定的个性特质有内在联系的应对条目分成消极应对和积极应对两类，形成特质应对问卷 (Triaxial Coping Style Questionnaire, TCSQ)。这两类应对方式与 EPQ 的 E 和 N 量分有明显相关，说明应对模式与一定的个性特质有内在联系，其中情绪不稳定和性格内向者更倾向于采用消极应对方式。经分析，消极应对风格与心理应激诸多变量（SCL-90、SDS、SAS、健康状态）有密切相关，显示消极应对有较高的心身症状或不利于健康的保持，具有增加应激反应的作用；而积极应对风格无此现象。近十年通过各种调查还显示，消极应对与癌症、男性十二指肠溃疡、睡眠质量下降、小学生流行性瘰病等病症有关。多年的实际使用显示，其是一种简便、有效的应对测查量表。

沈晓红、姜乾金（2000）修订的 Feifel 医学应对问卷 (Medical Coping Modes Questionnaire, MCMQ)，包含病人的 3 种疾病应对策略：面对、回避和屈服。这 3 种应对

方式代表了人们在遇到疾病威胁时的基本行为方式，具有很好的临床研究应用价值。

由于人们对应对的认识还在不断发展。因此，目前在应对研究领域应提倡从多角度入手，并采用不同的应对量表。例如，可以从“广义”的应对角度展开研究，上述 Ways of Coping 及其各种修订本，国内的应付方式问卷等，均试图将个体在生活事件中的各种可能应对策略尽数列入研究范围。也可以从相对“狭义”的应对角度进行研究。上述的 MCMQ 只选择研究针对疾病这一特定事件的应对策略。而 Levine 的否认机制问卷（LDIS），则仅仅针对心肌梗塞病人对待疾病的各种应对方式中的否认应对策略，展开全面研究。TCSQ 只选择那些与个性有关、与个体健康有关的特质应对条目等。

第五节 社会支持

一、社会支持与应激

（一）社会支持的概念

社会支持（social support）是指个体与社会各方面包括亲属、朋友、同事、伙伴等社会人以及家庭、单位、党团、工会等社团组织所产生的精神上和物质上的联系程度。

社会支持所包含的内容相当广泛，可从多个维度进行认知。例如客观支持是指一个人与社会所发生的客观的或实际的联系程度，包括得到的物质上直接援助和社会网络关系。这里的社会网络是指稳定的（如家庭、婚姻、朋友、同事等）或不稳定的（非正式团体、暂时性的交际等）社会联系的大小和获得程度。主观支持是指个体体验到在社会中被尊重、被支持、被理解和满意的程度。许多研究证明，个体感知到的支持程度与社会支持的效果是一致的。但客观支持高的未必主观支持也高。

（二）社会支持在应激和病因学中的作用

在应激研究领域，不论常识或者理论上，都认为社会支持具有减轻应激的作用，是应激作用过程中个体“可利用的外部资源”。即社会支持越高，个体抗应激能力越强，应激反应越低，健康保持越好。包括国内姜乾金等在内的许多调查研究证明，社会支持与应激事件引起的心身反应成负相关，说明社会支持对健康确实具有保护性作用，并进一步可以降低心身疾病的发生和促进疾病的康复。

在生物学机制方面，有证据表明，幼年严重的情绪剥夺（相当于失去社会支持，或者失去依恋关系），可产生某些神经内分泌的变化，如 ACTH 及生长激素不足等。Thomas PD(1985) 等研究 256 名健康成人的血胆固醇水平、血尿酸水平及免疫功能。通常应激会使血胆固醇水平升高，血尿酸水平升高，免疫机能降低。他们发现，社会相互关系调查表（ISSI）的“密友关系”部分社会支持得分高，则血胆固醇水平及血尿酸水平低，免疫反应水平高。这与年龄、体重、吸烟、酗酒、情绪不良体验等因素无关。说明社会支持对于降低应激的作用有生物学机制。

动物实验也证明社会支持与身心健康之间的肯定联系。有人发现如果有同窝动物或动物母亲存在、有其它较弱小动物存在、或有实验人员的安抚时，可以减少在实验应激情境下小白鼠的胃溃疡、地鼠的高血压、山羊的实验性神经症和兔的动脉粥样硬化性心脏病的形成。相反，扰乱动物的社会关系，如模拟的“社会隔离”可导致动物行为的明显异常。说明社会支持通过降低应激的生物学机制，最终具有预防疾病的作用。

但是，姜乾金等（1990）在特定的人群研究中也发现，社会支持与应激和疾病的关系，未必都呈负相关关系。该样本显示，在小学高年级儿童样本中，社会支持程度越高，心理疾病（流行性瘰病）的患病率也越高。这可能与过高的社会支持（在国内的表现其实就是这些学生的家庭物质条件和学校精神条件都过分优越于其他学生）让这些学生产生较高的娇惯性和暗示性，由于心理疾病“流行性瘰病”与暗示因素密切相关，故这些学生反而容易致病。这至少部分说明任何事物都不是绝对的，社会支持或者近似的某些因素在某些情况下可能也有增加致病性的应用，值得进一步研究。

（三）社会支持的抗应激作用机制

作为应激的“可利用资源”，社会支持对应激的缓冲和保护作用机制有两种理论解释：

1. 缓冲作用假说 认为社会支持本身对健康无直接影响，而是通过提高个体对现实刺激的应对能力和顺应性，达到缓冲生活事件对健康损害的作用。

社会支持能够消减日常生活中应激刺激所引起的伤害性生理作用。Nuckolls KB 等（1972）研究妊娠期妇女的生活事件量、社会支持水平与妊娠并发症的关系。结果表明社会支持、生活事件与妊娠并发症之间没有独立的联系；但如果将社会支持与生活事件结合起来分析，则生活事件高、社会支持水平亦高的妇女并发症的发生机会仅为社会支持分低、生活事件分高的妇女的三分之一。他们认为社会支持缓冲了生活事件对健康的损害作用。

Blumenthal JA(1987)也证明，社会支持能改善 A 型行为者的冠心病临床过程，然而却对 B 型行为者无意义。

这些结果与 Cohen S（1985）提出的社会支持具有“干预应激”作用的理论假设一致，即只有在个体有应激情况时，社会支持才能发挥缓冲应激的作用。

2. 独立作用假说 该假说认为社会支持不一定要在心理应激存在下才发挥作用，而是通过社会支持本身的作用以维持个体良好的情绪进而促进健康。

Berkman LF(1979)等发现，与世隔绝的老年人比与社会有密切联系（指有充分信任的个人关系）的老年人相对死亡率高。此一结果支持密切联系社会能防护各种病理后果的假说。

从常识和逻辑角度，社会支持低下本身可能导致个体产生不良心理体验，如孤独感、无助感，从而使心理健康水平降低。这说明充分利用社会支持和提高个体被支持的主观体验对健康有直接的意义。

（四）应激相关因素对社会支持的影响

社会支持也受其它应激有关因素的影响。分述于下：

许多生活事件可以直接导致社会支持的问题，例如临床实践可见，夫妻因为双方家庭

背景差异而经常争吵（生活事件），结果导致家庭内支持的评估量表分极低。

认知因素可影响个体社会支持的获得，且特别影响主观支持的质量。例如由于不能正确认识和理解周围同事们的好心关怀，降低了自身的主观社会支持水平。

某些应对方式本身就涉及社会支持的问题，如求助、倾诉，因此成功的应对也导致成功的社会支持。

个性特征也直接或间接影响个体的社会支持。个性可以影响一个人的客观社会支持程度，也可影响其主观社会支持程度（例如下文的领悟社会支持）。Sarason 等（1981）发现艾森克个性问卷的外向分与社会支持数量（SSQN）正相关，而神经质分与社会支持数量（SSQN）和社会支持满意程度（SSQS）二者均呈负相关，显示个性可以与社会支持互为影响。现实生活中，具有完美主义观念的人，其“负性自动性思维”也会影响其对社会支持的正确感悟，如总是觉得社会对自己冷漠和不公，从而降低了领悟社会支持水平。人与人之间的支持是相互作用的过程，一个人在支持别人的同时，也为获得别人对自己的支持打下了基础，一位个性孤僻、不好交往、万事不求人的人是很难得到和充分利用社会支持的。

应激反应并不总是单向地“接受”各种应激源或中介变量对它的汇聚，实际上应激反应同样影响社会支持，例如慢性疼痛综合征病人，后期的社会支持水平会变得很低。

二、社会支持的量化研究

由于社会支持涉及面广，需要采用多维的分类方式。因此，社会支持量表的种类也相当之多。

肖水源（1987）社会支持评定量表（Social Support Rating Scale,SSRS）总结文献将社会支持分为主观支持、客观支持和利用度 3 类，并形成一项社会支持评定量表，在国内被普遍使用。

Blumenthal（1987）等介绍的领悟社会支持量表（Perceived Social Support Scale, PSSS），将社会支持分为家庭支持、朋友支持和其它人支持 3 类。该量表已由姜乾金等引进。

在 Wilcox（1982）的社会支持调查表（SSI）中，社会支持分为情绪支持、归属支持和实质支持。该量表未被修订引进。

Sarason 等（1981）的社会支持问卷（SSQ）有两个维度：社会支持的数量，即在需要的时候能够依靠别人的程度；对获得的支持的满意程度。该量表未被修订引进。

第六节 个性特征

一、个性特征与应激

（一）个性特征在应激多因素中的核心作用

应激系统论模型强调个性特征在应激多因素相互作用中的核心作用。

本节前述内容已经介绍了个性因素分别对生活事件、认知评价、应对方式、社会支持和应激反应的影响，强调了个性因素对所有应激有关因素有直接或间接的作用。

需要指出的是，由于个性对各种应激因素的影响往往被应激过程中的各种表面现象所掩盖，很容易使我们忽略个性因素的存在，更不会注意到个性在应激中的核心作用意义。以下举例说明：

一对被家庭问题折磨得心身疲惫的年轻夫妻，他（她）们自己以及相关的家人和亲朋好友们，往往会对夫妻之间的各种具体家庭事件、对事件的不同认识、各种具体的解决办法的选择，以及双方具体心理行为表现是否合适等方面给予非常的关注，甚至还关注或怀疑夫妻之间的感情基础。但他们也会发现，像这样“就事论事”、“明辨是非”式的去理解和解决夫妻问题，往往并不奏效。实际上，夫妻双方之前也不可能没有尝试过这些“解决”手段，只是每每以失败告终而已。直到双方和相关者对于这种复杂的系统问题最终显出束手无策时，才不得不选择心理咨询。对这些来访者，我们经常可以发现，他们的当初情感基础并不差，生活中的各种事件也仅仅是各种“小事”，双方也并不是无知者或蛮不讲理者，许多该使用的解决问题之方法也都努力地尝试过，却反而使问题变得越来越复杂。如果我们以应激系统论模型来重新分析他们的问题，就可能发现夫妻双方和其它相关人员都忽略了深层次的一些问题，那就是个性差异，如北方人的粗线条性格和南方人的细腻性格，农村背景与城市背景的各种观念上的差异，个人长期生活习惯上的差异等等。个性差异引发、加深、恶化了上述问题——个性因素起着核心的作用。

（二）个性在应激病因学研究中的意义

个性是最早被重视的心身相关因素之一。个性与健康的密切联系早有研究，早期精神分析论者甚至试图说明不同的人格与几种经典的心身疾病之间存在内在联系。近几十年有大量的个性调查研究，证明某些个性因素确与多种疾病的发生发展有关，但其特异性并不高。

其实，个性与疾病的关联，很难说是两者之间的直接因果关系。倒是人们早已注意到，个性-情绪（应激）-疾病之间存在联系。许多资料证明，特定的个性确易导致特定的负性情绪反应，进而与精神症状和躯体症状发生联系。这说明情绪可能是个性与疾病之间的桥梁。但这一认识并未能进一步解释个性与情绪之间的联系又是如何的。心理应激研究为此提供了解释：在应激作用过程中，个性与各种应激因素存在广泛联系，个性通过与各因素间的互相作用，最终影响应激心身反应的性质和程度，并与个体的健康和疾病相联系。姜乾金等二十年来通过多种样本调查，利用多因素分析方法，证明国人的个性特征与其它应激因素互有相关性，并共同对应激结果（如心身症状、某些疾病）作出“贡献”。

关于是否存在某些特定的应激或疾病易感性个性或人格，一般认为确实存在某种所谓的“脆弱性”人格特点。笔者长期心理门诊接触的来访者中，多数表现为“求全、完美主义和标准化倾向”的人格特点。心理学文献上也有不少与“应激易感”人格相关的特征描写，如A型行为类型（TABP）、坚韧人格（hardy personality）等，梁宝勇等也已经编制

了坚韧人格量表。但尚有待于进一步研究。

二、应激相关因素对个性的影响

按照传统的心理学观点（正如国内某著名心理学家在 1983 年医学心理学学术会议曾提出的），人格是“不能”改变的。“江山好改、禀性难移”等常识性断言也是这个意思。这样一来，在应激系统论模型中就产生了一个问题，那就是个性对其它各种应激因素产生影响，而其它因素除了各自能够产生相互影响以外，是否也能反过来影响个性特征？

事物往往并不是绝对的。同样从常识的角度，个性的某些方面如智力，特别是青少年智力其实在一定限度内是可以有所改变的，这就叫开发智力。能力更是可以训练和改变的。性格难改变但也不是不能改变。兴趣、态度、观念、习惯也都能部分改变。

从逻辑的角度，个性是幼年至成年逐渐形成并最终“定型”的一种心理属性。一个人的个性特征很像一棵定型了的大树，它是由幼苗经过特定空间、条件的长期作用，最终成长并定型的。因此改变歪斜了的树体确实是困难的。但我们还是可以继续比喻下去，通过给予支撑等方式，将歪斜的树体往正直的方向用力，同样假以时日，与环境处于动态平衡关系的活体树木，是会慢慢自我重新扎根的，到时候取去支撑，树体将被矫正。可见，应激有关因素对个性产生影响的可能性在逻辑上也是讲得通的。

在基础研究和临床工作中也可以发现，那些处于长期慢性心理应激状态下的个体，其行为模式和性格特征会渐渐异化。例如国外研究报道，慢性疼痛综合征患者，随着病程迁延，慢慢地会出现宿命观念、自卑、丧失信心，依赖，以及 MMPM 测查的疑病量表分升高等个性方面的变化。

这样一来，我们就可以下这样的假设，即过多过重的生活事件、负性自动思维、消极应对方式、社会支持缺乏和严重应激反应等情况的长期存在，可以影响个体的个性健全。这种现象特别对青少年显得很重要。同时，上述讨论也为我们青年人改变某些不良个性特点提供证据支持和指明努力方向。

第七节 应激反应

一、应激反应的概念与量化

不论应激过程模型或者应激系统论模型，都将多种心理社会因素（即应激有关因素）的集群作用，最终定位在机体的心身反应上。可以说，应激多因素模型都强调应激反应是由多种心理社会因素（即应激有关因素）共同作用的结果。

（一）应激反应与心身反应

在早期，塞里的应激概念主要就是指个体的各种躯体“反应”。目前，应激反应（stress reaction）已从应激整体概念中游离出来，成为一个单独的概念，这就是指个体因为应激源

所致的各种生物、心理、社会、行为方面的变化，常称为应激的心身反应（psychosomatic response）。

然而在应激研究中，要对应激反应这一概念作严格的界定也还是有难度的。其原因正如本章第一节总论中提到，各种应激因素概念之间存在重叠和交叉，应激反应也不例外。例如，对生活事件的认知评价活动，其本身就是个体对事件的一种“反应”。同样，许多应对活动也是由于对生活事件所做出的“反应”，甚至许多继发的主观事件也仅仅是个体对原发事件的进一步“反应”。如果这样，“认知”、“应对”、“新的事件”等就都被包括进了“应激反应”的概念之中了。

如果单就“应激反应”概念做深入分析，也可以发现相同的问题。通常我们将应激反应分为心理反应、行为反应和生理反应三部分，其中的心理反应又可以进一步分成情绪性反应、认知性反应。但如果我们将这里的“情绪性反应”（如焦虑情绪反应）做深入的剖析，就会发现，按照现代有关的情绪概念，焦虑情绪反应其实应该包括焦虑情绪体验、焦虑情绪表现（表情行为）和焦虑情绪生理变化。后两者在概念上已经属于应激行为反应和生理反应了。

可见，要准确理解应激反应概念，需要先理解应激研究对象的多维性和综合体属性。

目前，心身反应一词已经是心身医学和临床心理学等多个领域的常用术语。

（二）应激反应与健康

心理应激反应在健康和疾病中具有重要的理论和实际意义。

首先必须看到，应激反应是个体对变化着的内外环境所作出的一种适应，这种适应是生物界赖以发展的原始动力。对于个体来说，一定的应激反应不但可以看成是及时调整与环境的契合关系，而且这种应激性锻炼有利于人格和体格的健全，从而为将来的环境适应提供素质条件。可见，应激反应并不总是对人体是有害的。这已被各种研究所证实。

其次，毕竟各种应激反应涉及到个体的心身功能的整体平衡问题。临床医学中的许多问题实际上就是平衡与不平衡的关系，例如生理与病理、健康与疾病。研究证明，应激反应与一些功能性疾病症状或心身障碍常常有直接的关联。更有许多证据显示，目前严重影响人类健康的疾病当中，多数与心理应激因素的长期作用有关，这些疾病即心身疾病。从应激的心身反应，到心身障碍的心身症状，再到心身疾病，在逻辑上显然存在某种联系。这是病因心理学的重要研究领域，也是心理应激理论和实际应用研究中的重要课题。心理应激与疾病之间的关系由此建立起了联系。关于心理应激的心理、生理反应及其心身中介机制在心身疾病发病学中的意义，将在第七章作进一步讨论。

（三）应激反应的量化

作为一个与应激有关的概念，在相应的研究工作中，必然涉及应激反应的量化问题。虽然根据应激反应的表现内容可以分别选择相应的量化指标，例如情绪反应选用焦虑或抑郁问卷，躯体反应可以选择血压、尿儿茶酚胺等，但毕竟应激反应同时涉及个体各种生物、心理、社会、行为方面的变化，目前在心理卫生工作中常采用能整体反映心身健康水平的

问卷测试方法，其中 SCL90 使用最多。

另外，由于应激反应、心身障碍、心身疾病三者存在联系，故在国内外的一些量化研究中，经常将心身障碍和心身疾病也作为应激的“反应变量”进行研究。例如将心身障碍和心身疾病作为应变变量，与各种应激有关因素做多元分析，以探讨心理应激在发病学中的意义；或将心身障碍和心身疾病作为效标变量，为各种应激因素的量化研究提供效度证据。

二、应激的心理行为反应

应激的心理反应可以涉及心理现象的各个方面，例如应激可使个体出现认识偏差、情绪激动、行动刻板，甚至可以涉及个性的深层部分如影响到自信心等。但与健康和疾病关系最直接的是应激的情绪反应。以下重点介绍应激的情绪性反应，某些认知性反应和行为性反应。

（一）情绪性应激反应

个体在应激时产生什么样的情绪反应以及其强度如何，受很多因素的影响，差异很大。这里介绍几种常见的情绪反应。

1. 焦虑 是最常出现的情绪性应激反应，焦虑 (anxiety) 是个体预期将要发生危险或不良后果的事物时所表现的紧张、恐惧和担心等情绪状态。在心理应激条件下，适度的焦虑可提高人的警觉水平，伴随焦虑产生的交感神经系统的被激活可提高人对环境的适应和应对能力，是一种保护性反应。但如果焦虑过度或不适当，就是有害的心理反应。这里指的是状态焦虑 (state anxiety)，是由应激刺激所引起。还有一种特质焦虑 (trait anxiety) 是指无明确原因的焦虑，这与焦虑性人格特质有关，即使日常微小的事情也可使个体表现出焦虑。

2. 恐惧 恐惧 (fear) 是一种企图摆脱已经明确的有特定危险会受到伤害或生命受威胁的情景时的情绪状态，伴有交感神经兴奋，肾上腺髓质分泌增加，全身动员，但没有信心和勇气战胜危险，只有回避或逃跑，过度或持久的恐惧会对人产生严重不利影响。

3. 抑郁 抑郁 (depression) 表现为悲哀、寂寞、孤独、丧失感和厌世感等消极情绪状态，伴有失眠、食欲减退、性欲降低等，常由亲人丧亡、失恋、失学、失业，遭受重大挫折和长期病痛等原因引起，这里指的是外源性抑郁。还有一种内源性抑郁，与人的内在生理素质有关。抑郁有时还能导致自杀，故对有这种情绪反应的人应该深入了解有无消极厌世情绪，并采取适当的防范措施。

4. 愤怒 愤怒 (anger) 是与挫折和威胁有关的情绪状态，由于目标受到阻碍，自尊心受到打击，为排除阻碍或恢复自尊，常可激起愤怒，此时交感神经兴奋，肾上腺分泌增加，因而心率加快，心输出量增加，血液重新分配，支气管扩张，肝糖元分解，并多伴有攻击性行为。病人的愤怒情绪往往成为医患关系紧张的一种原因。

上述应激负性情绪反应除了直接通过情绪生理机制影响健康外，还对个体其它心理功能如认知能力和行为活动产生交互影响。

（二）认知性应激反应

轻度应激刺激如面临考试，可以使人适度唤起（arousal），此时个体的认知能力，如注意力、记忆力和思维想象力增强，以适应和应对外界环境的变化。这可算是积极的认知性应激反应。但强烈的应激刺激由于唤起水平过高，也可使个体产生负面的认知性应激反应，可表现意识障碍如意识朦胧、意识范围狭小；注意力受损如注意集中困难、注意范围变窄；记忆、思维、想象力减退；等。

这些负面的认知性应激反应，往往让我们看到一些人在应激现场或者灾难以后所表现的种种令人难以理解的行为：

偏执。当事人表现认识上的狭窄、偏激和认死理，平时很理智的人，此时可能变得固执，钻牛角尖，蛮不讲理（其实有他自己偏执的“理”）。也可表现过分自我关注，即注意自身的感受、想法、信念等内部世界，而不是外部世界

灾难化。是一种常见的认知性应激反应，表现为当事人过度强调应激事件的潜在和消极的后果，必然导致整日的不良情绪反应。

反复沉思（rumination）。即对应激事件的反复思考，从而影响适应性应对策略如宽恕、否认等机制的出现，导致适应受阻。值得注意的是，这种反复思考往往具有“越是不想就越想”的特点，并不是当事人的故意所为，也不是他们的意识能随便控制的，具有强迫症状特性。显然这与某些人格因素有关。

“闪回”与“闯入性思维”。是指遭遇严重灾难性应激事件以后，在生活里经常不由自主闪回（flashback）灾难的影子，或者脑海中突然闯入（intrusive）既往的一些灾难性痛苦情景或思维内容，表现为挥之不去的特点。这些也是创伤后应激障碍（PTSD）的重要症状之一。

否认、投射、选择性遗忘等。这些往往是心理防御机制的表现形式，在某些重大应激后出现，其利弊不能一概而论。

（三）行为性应激反应

伴随应激的心理反应，机体在外表行为上也会发生改变，这是机体为缓冲应激对个体自身的影响摆脱心身紧张状态而采取的应对行为策略，以顺应环境的需要。

1. 逃避与回避 都是为了远离应激源的行为。逃避（escape）是指已经接触到应激源后而采取的远离应激源的行动；回避（avoidance）是指率先知道应激源将要出现，在未接触应激源之前就采取行动远离应激源。两者的目的都是为了摆脱情绪应激，排除自我烦恼。

2. 退化与依赖 退化（regression）是当人受到挫折或遭遇应激时，放弃成年人应对方式而使用幼儿时期的方式应付环境变化或满足自己的欲望。退化行为主要是为了获得别人的同情支持和照顾，以减轻心理上的压力和痛苦。退化行为必然会伴随产生依赖（dependence）心理和行为，即事事处处依靠别人关心照顾而不是自己去努力完成本应自己去做的事情。退化与依赖多见于病情危重经抢救脱险后的病人以及慢性病人之中。

3. 敌对与攻击 其共同的心理基础是愤怒。敌对 (hostility) 是内心有攻击的欲望但表现出来的是不友好、谩骂、憎恨或羞辱别人。攻击 (attack) 是在应激刺激下个体以攻击方式作出反应, 攻击对象可以是人或物, 可以针对别人也可以针对自己。例如临床上某些病人表现不肯服药或拒绝接受治疗表现自损自伤行为, 包括自己拔掉引流管、输液管等。

4. 无助与自怜 无助 (helplessness) 或失助, 是一种无能为力、无所适从、听天由命、被动挨打的行为状态, 通常是在经过反复应对不能奏效, 对应激情境无法控制时产生, 其心理基础包含了一定的抑郁成分。无助使人不能主动摆脱不利的情境, 从而对个体造成伤害性影响, 故必须加以引导和矫正。自怜 (self-pity) 即自己可怜自己, 对自己怜悯惋惜, 其心理基础包含对自身的焦虑和愤怒等成分。自怜多见于独居、对外界环境缺乏兴趣者, 当他们遭遇应激时常独自哀叹、缺乏安全感和自尊心。倾听他们的申诉并提供适当的社会支持可改善自怜行为。

5. 物质滥用 某些人在心理冲突或应激情况下会以习惯性的饮酒、吸烟或服用某些药物的行为方式来转换自己对应激的行为反应方式。尽管这些物质滥用对身体没有益处, 但这些不良行为能达到暂时麻痹自己摆脱自我烦恼和困境之目的。

三、应激的生理反应

(一) 前期研究

正如第一节所述, 7、80 年以前坎农的“应急”或“战或逃”反应, 塞里的“一般适应综合征 (GAS)”, 其主要内容部分实际上是应激的生理反应。

在应激研究历史上, 还需要提及因发现大脑对内脏活动调节作用而获 1949 年诺贝尔奖的 Hess WR (1881-1873)。在 Hess (1925) 的研究基础上, Gellhorn E (1967) 提出自主-整合理论模型 (theory of autonomic-somatic integration), 按照这种理论模型, 个体以两个互相对抗又互相补充的神经生物系统的动态平衡方式对应激刺激做出反应, 以此调节神经系统、内脏和情绪行为, 实现个体与环境的适应或发展。这两个系统分别是非特应性系统 (ergotropic system) 和向营养性系统 (trophotropic system)。其中非特应性系统中介的是“战或逃”反应, 是个体对伤害性环境刺激做出的生理反应。(表 5-2)

表 5-2 非特应性系统和向营养性系统的兴奋效应

	非特应性系统 (递质: NE、DA)	向营养性系统 (递质: 5-HT、Ach)
植物神经效应	交感神经活动加强, 包括: 心率增加、心输出量增加、汗腺分泌、瞳孔扩大、胃肠运动和分泌减少	副交感神经活动加强, 包括: 心率降低、血压降低、汗腺分泌停止、瞳孔缩小、胃肠运动和分泌增加
躯体效应	包括: EEG 去同步、肌张力增强、提高分解代谢及其有关激素分泌 (肾上腺素、去甲肾上腺素、皮质醇、甲状腺素、生长素、抗利尿激素)	包括: EEG 同步、肌张力降低、促进合成代谢及其有关激素分泌 (胰岛素、性激素等)

行为效应

包括：觉醒、警戒、情绪反应好活动加强 包括：减少活动、瞌睡睡眠

修自段淑贞材料（1983）

综合早期研究以及根据基本的医学知识，我们知道应激生理反应的大致逻辑框架是以神经解剖学为基础，然后可涉及全身各个系统和器官甚至毛发。具体一点，是各种应激性刺激作用于人的内外感官引起神经冲动，通过脑干的感觉通路传递到丘脑和网状结构，而后继续传递到涉及生理功能调节的植物神经和内分泌的下丘脑以及涉及心理活动的“认知脑”（如前额叶）区和“情绪脑”（如边缘系统）区。在这些脑区之间有广泛的神经联系，以实现活动的整合；另一方面通过神经体液途径，调节脑下垂体和其它分泌腺体的活动以机体对应激的免疫反应。

可见，应激的生理反应以及最终影响心身健康直至疾病的心身中介机制（mediating mechanism）涉及到神经、内分泌和免疫这三各调节系统。不过这三个心身中介途径其实是一个整体，其细节正是此后需要深入研究予以阐明的领域。

那么经过几十年的研究，人们对应激生理反应的了解有了哪些突破性进展呢？

（二）近期研究

应激生理反应研究从一开始至今，一直都是病理生理学、分子生物学、神经与精神病学等医学相关领域的最热门研究领域之一。几十年来在应激反应模型主导下，在大量人体与动物的应激研究中，医学界的应激生理反应研究取得丰硕的成果，形成浩瀚的文献资料。其中在研究指标上，涉及机体在应激刺激下的各种神经、内分泌和免疫学方面的反应性变化。在研究方法上，各历史阶段出现的各种最新技术如分子免疫学技术，基因组学技术等，总是被争先使用。在理论方面，出现一些试图阐明上述应激反应的神经、内分泌和免疫机制之间的整体作用机制。如 1992 年 Chrousos GP 和 Gold PW（1992）介绍了应激系统（the stress system）的概念。所谓“应激系统”包括：下丘脑室旁核-促皮质素释放激素（PVN-CRH）系统；蓝斑-去甲肾上腺素/交感为主的植物神经（LC-NE/交感）系统；杏仁核在其中起着承上启下的协调作用；以及它们的外周效应器（垂体-肾上腺皮质轴和植物神经系统支配的组织）。该应激系统概念同样强调应激生理反应也是一个复杂的、多因素互动的系统，图 5-5 是有关应激系统的一个示意图。（注意：Chrousos 等的应激系统是应激反应的“系统”，应区别于课文中的“应激系统论模型”。）

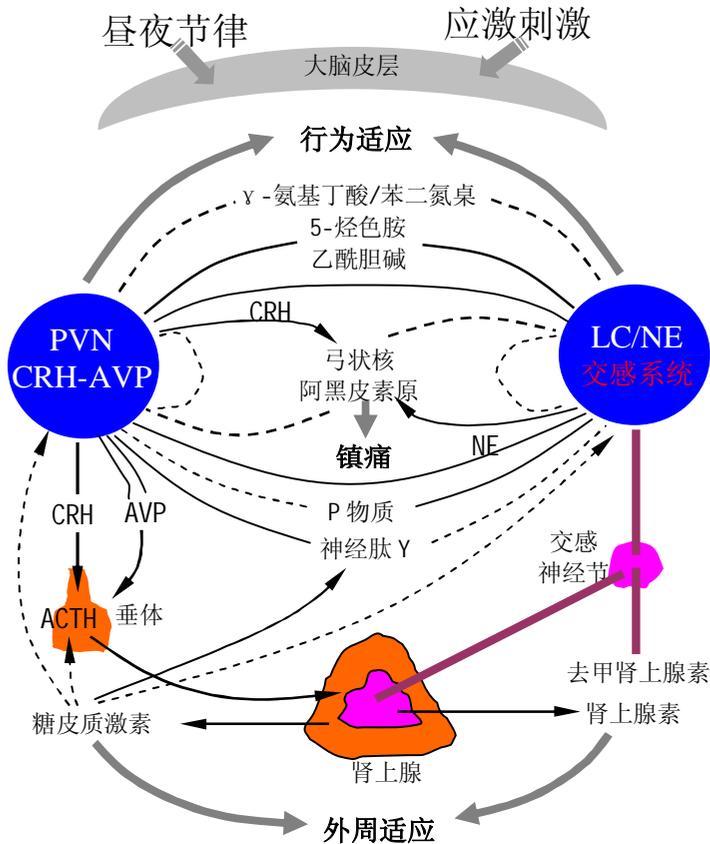


图 5-5 应激（反应）系统的中枢和外周简单示意图
 参照 Tsigos C(2004)重绘。黑实线代表激活，黑虚线代表抑制

但需要指出的是，我们迫切希望清晰了解应激生理反应细节，特别是应激状态下机体的整体生物学机制，以及从临床的角度希望知道不同应激条件、不同个体特质与不同心身疾病之间的生理反应的差异，但实际情况是我们距离这些目标还很远。甚至可以说，自坎农、塞里和赫斯以后，虽然应激生物学基础研究一直在迅速发展，也有许多新的发现和新的进展，但整体上还没能超越前人很远。也许，这方面的真正“突破”，首先需要脑科学研究水平的首先突破。

由于上述原因，考虑到应激生理反应所涉及到的各种神经解剖学、神经生物学或神经生化学方面等基础知识和最新成果在 8 年制病理生理学和分子生物学等课程中会有一定深度的介绍，有的内容则在本教材的其它有关章节中有所叙述（如心身医学），为避免赘述和过多的重复，特别是结合医学心理学课程和本教材结构特点，以下仍以应激生理反应所涉及的神经、内分泌和免疫三方面作简单介绍。

（三）应激反应的心理—神经中介途径

主要通过交感神经—肾上腺髓质轴，在 Chrousos 和 Gold 的“应激系统”主要是 LC-NE/

交感系统。当机体处在急性应激状态时，应激刺激被中枢神经接收、加工和整合，后者将冲动传递到杏仁核，通过第四脑室底的蓝斑，使交感神经—肾上腺髓质轴被激活，释放大量的儿茶酚胺，引起肾上腺素和去甲肾上腺素的大量分泌导致中枢兴奋性增高，从而导致心理的、躯体的和内脏的功能改变，即上述非特异性系统功能增高，向营养性系统功能降低。结果，网状结构的兴奋增强了心理上的警觉性和敏感性；骨骼肌系统的兴奋导致躯体张力增强；交感神经的激活，会引起一系列内脏生理变化，如心率、心肌收缩力和心输出量增加，血压升高，瞳孔扩大，汗腺分泌增多，血液重新分配，脾脏缩小，皮肤和内脏血流量减少，心、脑和肌肉获得充足的血液，分解代谢加速、肝糖元分解、血糖升高脂类分解加强、血中游离脂肪酸增多等，为机体适应和对应激源提供充足的机能和能量准备。必须指出，如果应激源刺激过强或时间太久，也可造成副交感神经活动相对增强或紊乱，从而表现心率变缓，心输出量和血压下降，血糖降低造成眩晕或休克等。

（四）应激反应的心理—神经—内分泌中介途径

主要通过下丘脑—腺垂体—靶腺轴，在 Chrousos 和 Gold 的“应激系统”主要是 PVN-CRH 系统。腺垂体是人体内最重要的内分泌腺，而肾上腺皮质是腺垂体的重要靶腺之一。塞里曾用全身适应综合征（GAS）来概括下丘脑—腺垂体—肾上腺皮质轴被激活所引起的生理反应，并描述了 GAS 三个不同阶段生理变化的特点。当应激源作用强烈或持久时，冲动传递到下丘脑引起促肾上腺皮质激素释放因子（CRH）分泌，通过脑垂体门脉系统作用于腺垂体，促使腺垂体释放促肾上腺皮质激素 ACTH，进而促进肾上腺皮质激素特别是糖皮质激素氢化可的松的合成与分泌，从而引起一系列生理变化，包括血内 ACTH 和皮质醇、尿中 17-OHCS 增多；血糖上升，抑制炎症，蛋白质分解，增加抗体等。

如果将由上述 LC-NE/交感神经系统激活的儿茶酚胺系统和这里的肾上腺皮质激素系统称之为两大应激激素，则应激刺激还可以通过下丘脑-垂体系系统激活其它如甲状腺和性腺等激素系统。如研究发现，当人在飞行跳伞、阵地作战、预期手术、学生参加考试等应激情况下，都有上述两轴系统即肾上腺髓质和肾上腺皮质的被激活。实验也证明，应激状态下分解代谢类激素如肾上腺皮质激素、髓质激素、甲状腺素和生长激素分泌都增加，而合成代谢类激素如胰岛素、睾丸素等分泌减少；在恢复阶段这些变化正好相反。这些生理变化对机体适应环境提供了一定物质基础。

（五）应激反应的心理—神经—免疫中介途径

Ader R（1987）首先提出心理神经免疫学(psychoneuroimmunology, PNI)概念，该领域主要研究脑、行为和免疫之间的关系，其中的重点之一是研究心理应激因素与肿瘤等疾病发生的免疫学中介机制。可见这是最新认识的心身中介机制，并确认心理应激对免疫功能有显著影响。

现已认识到，免疫系统并非一个功能自主的单位，在应激反应过程中，免疫系统与中枢神经系统进行着双向性调节。一般认为，短暂而不太强烈的应激不影响或略增强免疫功能，例如 Weiss JM（1989）观察到轻微的应激对免疫应答呈抑制趋向，中等度的应激可增

强免疫应答，强烈的应激则显著抑制细胞免疫功能。但是，长期较强烈的应激会损害下丘脑，造成皮质激素分泌过多，使内环境严重紊乱，从而导致胸腺和淋巴组织退化或萎缩，抗体反应抑制，巨噬细胞活动能力下降，嗜酸性细胞减少和阻滞中性白细胞向炎症部位移动等一系列变化，从而造成免疫功能抑制，降低机体对抗感染、变态反应和自身免疫的能力。例如，Bartrop RW 等（1977）对澳大利亚一次火车失事死亡者的配偶进行研究，发现丧亡后第 5 周，这些配偶的淋巴细胞功能抑制十分显著，比对照组低 10 倍。又如 Riley V（1975）用老鼠先接触能引起乳房肿瘤的 Bittner 病毒，然后分成两组，一组生活于强烈应激的拥挤环境中，另一组不予应激刺激，结果前者发生肿瘤者为 92%，后者仅为 7%。

第八节 应激的控制与管理

根据第一节内容，从医学心理学角度，应激是一个多因素的集合概念。不论“过程模型”或者“系统论模型”，应激都涉及应激刺激、应激反应、认知评价、应对方式、社会支持、个性特征等因素。我们这里重点以应激系统论模型为基础，讨论应激的控制与管理问题。

根据应激系统论模型，所谓应激管理（stress management），就是通过促进应激各有关因素之间的良性互动，将因素间的可能的恶性循环关系转化为良性循环，最终维护整个系统的动态平衡，达到减轻、预防和应付应激的目的。

应激控制与管理是多维度的系统工程。整体方案大致包括评估与诊断、干预方案制订与实施、干预效果的评估这三个阶段的循环过程。

(1)评估与诊断：采用晤谈与观察、调查、测验和实验方法，掌握个体生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、个性特征和应激反应等应激因素的偏离水平，特别是应激反应程度，同时可筛选应激易感者。

(2)干预方案制定与实施：选择和使用各种心理教育、心理指导、心理治疗和药物等手段，对评估出来的相应应激因素或应激敏感者实施多切入点的综合干预。

(3)干预效果的评估：通过干预，判断上述应激因素偏离程度的改善情况、压力反应程度的好转和压力系统平衡的形成等。

一、应激管理前的综合评估

（一）评估的基本方法

1. 晤谈、观察与调查 对应激有关因素的基本评估，不可避免地需要采用医生通常采用的晤谈、观察和调查的方法。这种评估方式需要医生对应激系统论模型所涉及的因素有基本了解，而且需要一定的实际工作经验，不被表面现象所蒙蔽。例如某些心理压力巨大的癌症病人，却可以表现的很轻松，语言也很积极的，其实却有可能存在情感反应被压制

(suppression)的情况。又例如一位面临手术的病人诉说自己紧张得“要命”，仔细全面晤谈和观察也许你会发现他并不比某些绝口否认紧张的病人更紧张。此时需要评估其情绪反应的三方面内容——自己主诉、痛表情观察和痛生理反应证据的调查。

半结构式晤谈有助于初学者完成此项评估工作。即分别从生活事件、认知特点、应对方式、社会支持、个性和应激反应等因素，以半结构的腹稿，一一展开晤谈、调查和观察，以免遗漏。

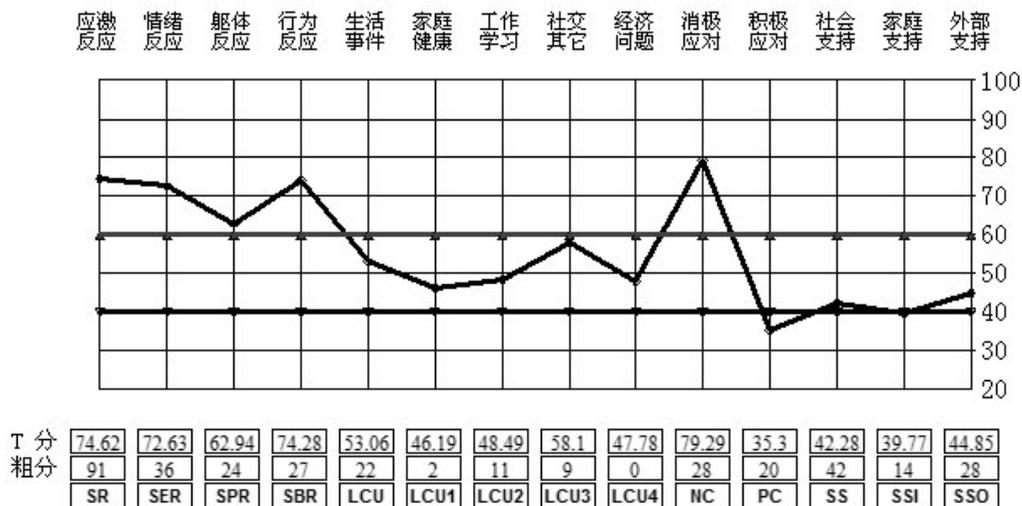
2. 量表 选用各种评定量表，分别评定各应激有关因素。具体须注意，选择的量表在内容上应尽量符合或接近应激系统论模型中的“各个相对独立”的应激因素概念。例如，国内目前使用的某些应对问卷中，就包含了一定的生活事件和社会支持内容，而某些社会支持问卷中也同样包括一定的生活事件和某些应对策略（这种因概念上的重叠而使内容交叉的情况已在前面的应激反应概念部分讨论到）。这样的问卷评估结果将影响后面的系统分析或诊断。此时，可以选择特质应对问卷（TCSQ）和领悟社会支持量表（PSSS），因为它们的概念与其它应激因素之间的界限相对比较清晰。又例如，为了评定应激反应症状通常使用自评量表 SCL90，因其中包含抑郁因子，此时就不必再使用抑郁自评量表 SDS。

在实际工作特别是临床工作中，如果选择合适的各种应激评估量表确实存在困难，就不必勉强，不如将评估的手段主要放在对晤谈和调查的正确把握上。

为了避免以上情况的出现，姜乾金等经过长期反复修订，并在有关政府基金（1989）资助下，最终编制了一套包含 4 项主要应激有关因素的心理社会应激调查表(Psycho-social Stress Scale, PSS)可供参考。其中“生活事件”问卷包含应激性事件和对事件的认知评价；“应激反应”问卷包含生理反应、心理反应和行为反应；“特质应对方式”问卷包含消极应对和积极应对，“社会支持”问卷包含家庭支持和家庭外支持。各因素问卷在内容上界限相对清晰，使用该套量表，有利于开展应激因素的综合分析和判断（图 5-6）。

心理社会应激调查表(PSS)测试报告

姓名: 刘破资 性别: 男 年龄: 19 日期: 2007年3月12日 常模: 男15-19岁 编号:



评估意见:

图 5-6 应激有关因素测量结果剖面图

3. 实验 应激评估中涉及的生物学因素，如应激的生理反应、应激心身中介机制的某些生化学指标、神经电生理指标等，都可能考虑使用临床实验的测定方法。

(二) 应激易感性概念及其评估

刘破资（2008）在本科版教材中介绍了应激易感性模型（vulnerability of the individual exposed to stressful stimuli）的概念，值得关注。在应激系统论模型里，应激是一个多因素的集合概念，应激易感性将这些因素从生物、心理、社会三个维度进行评估。

1. 生理层面的应激易感性 指个体对应激刺激有更高的生理反应或者更容易患应激相关躯体疾病。例如同样的生活事件（如考试）考生的心跳反应不一样；又例如 20 世纪 70 年代 Friedman 等研究显示，A 型行为者在工作忙季血液各项血凝指标比 B 型者高，而在淡季则无此差异。

生理层面的应激易感性指标（生物标记）由于其客观性，能够与相对主观的测量如晤谈与量表互相印证。实用时需选择简易性、无创性和可操作性的指标。具体可以选择：

血压：连续 3 次测量血压，第 2-3 次的测量值明显低于第 1 次者，显示在生理层面上更具有应激易感性。

心率变异度(Heart Rate Variability, HRV): 指心跳 RR 间期的微小涨落, 是目前临床上能定量评价患者自主神经功能状况的方法。

2. 心理层面的应激易感性 包括认知评价、情绪反应、行为反应和人格特点等应激因素。例如认知上的绝对化与消极倾向, 情绪上的易焦虑, 行为上的紧张时吸烟和饮酒, 人格上的神经质(neuroticism)和求全完美倾向等, 都更容易在相同的应激刺激时, 产生更多的消极情绪, 更多的消极应对, 也致社会支持的降低, 直至产生更多的生理反应。

心理层面的应激易感性的测量指标可以选择各种相应的心理测验量表, 如明尼苏达多项人格调查表 MMPI (建议注意 Hy、Pd 等量表分), 抑郁自评量表 SDS, 焦虑自评量表 SAS, 特质应对方式问卷 TCSQ 等。90 项症状清单 SCL90 的内容也大多反映心理方面的症状, 故也可用于间接判断个体的心理易感性。

此外, 晤谈与观察也是了解心理易感性的重要方法, 但需要一定的临床经验。

3. 社会层面的应激易感性 包括生活事件、社会支持等应激因素, 以及经济因素、文化因素性别差异等指标。例如, 处于社会经济底层水平的人在负性生活事件中的情感反应可能更显脆弱(Turner RJ, 1995); 低度社会支持者的心血管疾病死亡风险高于中度或高度社会支持者, 这一结论是在除去年龄、初始病情、社会阶层等混杂因素的影响以后获得的(Orth-Gomér K & Johnson JV, 1987); 社会经济地位较低伴随冠心病风险和各种原因死亡率上升(Adler NE, 1993)。不同性别之间也有重要差异, 男性更容易受工作和经济问题的影响, 而女性更容易受家庭相关的负性事件的影响(Conger RD, 1993)。

社会层面的应激易感性的测量指标除了生活事件(如考察被试对各种生活事件条目的自我估分倾向)、社会支持(如领悟社会支持量表 PSSS 也可反映被试对各类社会资源的主观感受程度), 还要评估包括人口学特征, 如性别、年龄、受教育年限、婚姻状况等; 社会经济因素, 如工作状态(失业/不充分就业/就业)和居住地(农村/城市)等。

(三) 应激因素综合评估、分析与判断

通过上述晤谈、观察、调查和量表测查, 或者结合一定的临床检验指标, 接下来要对资料做出分析和判断。

首先要分析所获信息和资料是否可靠, 判断其信度和效度。这除了需要按照心理测验的基本原则去做外, 里面还需要有许多实际经验。例如, 一位来访者的 SCL90 测量结果显示, 所有 9 个因子分在剖面图上都高高在上, 且高点之间无明显错落感, 则不一定说明来访者真的存在严重的心身反应症状。

然后根据医生自己的知识、理论和经验(主要针对晤谈、观察、调查到的信息), 或者与常模作比较(主要针对量表评定或实验结果), 来分别判定各项应激因素是否在正常水平。其中如果是量表评定结果, 一般以高于常模 1 个标准差和 2 个标准差为线, 大致考虑该项得分结果是偏高(偏低)或过高(过低)。这样的单项因素评估结果其本身也有临床诊断上的意义。例如, 某位来访者在特质应对量表 TCSQ 中的消极应对量表分过高, 可判

断其有习惯化的消极应对风格，反映其具有消极应对的人格特质，还可以推断其可能具有更多的生活事件，更差的社会支持，和更复杂的心身症状。

在应激综合评估时，多项因素异常往往比单项因素异常更有实际意义。例如，在临床上，来访者可以单独显示较高的心身症状（应激反应），也可兼有 MMPI 测查的高 Pd 分和 Pt 分，或者更兼有较高的消极应对（NC）量分，甚至还包括生活事件的高分和社会支持的低分（家庭内或家庭外）。这几种不同的组合往往体现来访者应激系统不同的失衡或者紊乱。可据此制定不同的控制和管理方法。

如果按照上述应激易感性概念来做综合判断，当生物的、心理的和社会的三个维度异常都集中于同一些个体上时，同样更有临床或预防意义。例如生理反应的个体差异性可以与某些心理层面的个体差异性（如完美主义倾向）呈伴随关系，提示应激易感性的具体体现并不局限在某一维度（层面），至少可以体现在生理和心理两个层面。

二、应激控制与管理的基本手段

根据应激多因素模型，应激管理的基本手段可以从应激多因素系统结构中的各因素入手，如根据上文评估的结果，可以选择性地处置生活事件；改变认知；应对策略；社会支持；分析人格；改善应激反应（心身症状）；等。

在具体方法上，则选择或结合采用心理教育、心理指导、心理治疗和药物等干预方法。

（一）针对生活事件（或应激刺激）的管理

通过评估全面了解来访者的生物、心理、社会和文化生活事件，或者现象学上的家庭、工作、人际和经济生活事件，还要关注各种事件在一个人身上的累积效应。

根据事件的性质、程度和影响情况，分别选择“解决、缓冲、回避”三种不同管理策略。解决就是指导来访者解决应激事件，例如同事间的冲突与误会，重大的考试等。缓冲是指导来访者暂时回避应激事件现场，以利其内部转机的出现，例如劝导当事人先离开剧烈争吵现场，指导工作负担过重者短期旅游。回避就是将当事人与应激事件隔离，如引导某些受难者离开地震灾难现场等。

这里需要特别指出的是主观生活事件（subjective events）的管理。大量事实证明，生活事件往往与来访者的主观评价密切相关，例如事业不遂，婚姻不理想，没有升入理想的大学等。对于这些主观事件，往往需要后述更有技巧性的认知指导。由于还涉及许多观念差异方面的问题故还需要心理治疗。例如一些特别执著的人，往往会不断“制造”生活事件。曾有一位老教授为了“不使国家受损失”而反复上书各级机关直至国家领导人，整个过程他就在不断制造更多的生活事件，甚至最后都恨起自己来，要求老伴只要发现自己又开始写信就拿扫把来打他。这类连当事人都知道但又不能解决的生活事件，显然与其人格特征有关，更需要后述心理治疗的干预。

（二）针对认知评价的管理

认知评价在应激系统论模型中被看成关键因素，原因之一是其在一般应激管理中具更

高的可操作性。

从常识来看，认知活动是建立在个人的知识、经验和逻辑思维习惯的基础上。然而，由于事物的多维性和多变性，即使当事人知识程度很高，思维逻辑性很强，难免有时候会出现“聪明一世糊涂一时”的情况。在应激管理过程中的认知管理方面，需要通过采用各种可以影响认知过程的技巧来改变当事人的认知。例如：指导心理移位（知识和技术）；指导角色身份转换（原理和举例）；实施他暗示或指导自我暗示（学会“讲故事”）；安慰、激励技术；等。这里仅举一例，大学毕业生应聘任某公司客户接待员，因不断挨客户的“骂”而心情极差，工作压力感沉重。通过介绍社会角色及角色转换的原理，广泛举例说明“挨骂”是某些工作的角色身份要求，促使其学会角色身份转换，改进工作角色的适应。

作者在长期临床工作中，对于认知评价的教育和指导，总结出八字原则——接纳差异，快乐竞争。即要“说服”当事人，世界事物之间，差异是永恒的，标准化是暂时的，接受差异将不至于恶化自己的压力系统，而是保证自己的快乐竞争状态，后者将最终给当事人带来与环境的新的动态平衡。这很像优秀运动员面对球场上的误判纠纷，力争自己的利益提出抗议是必须的（这是行为准则），但一旦判罚已定则需平心静气（接纳差异），努力去拼搏下面的比赛（快乐竞争），而不是发怒或攻击裁判（不接纳差异）。

临床上的认知管理有时候是很困难的，且不一定是当事人缺知识或不讲理。我们知道，许多情况是由于当事人观念上的差异导致“负性自动性思维”，使当事人对应激事件或应激结果产生“认知偏差（或认知歪曲）”，导致严重应激反应。对这些人的一些心理测验如明尼苏达多项人格调查表（MMPI）可以反映其一般性认知特点，如偏执、绝对化和僵化。这时候，就需要通过后述的“再评价”等应对指导，或者通过“挖掘负性自动性思维”等认知治疗手段，加以管理。

（三）针对应对方式的管理

第三节已经提到，应对几乎涉及到应激过程（系统）的所有环节，因此应对管理对于压力管理至关重要。图 5-4 中所列的针对不同应激环节的应对策略，如升华、再评价、否认、合理化、祈祷、倾诉、幽默、发泄、放松、药物等，在特定的应激条件下，都可能成为应激管理的切入口。

上述每一种应对方式的具体管理，都会涉及相关的基础知识和具体的情况分析。这里以“否认”机制与心肌梗死病人的应对管理为例分三方面加以说明。

首先，要掌握否认机制的相关基础知识。所谓否认（denial）是指否定、漠视、淡化应激事件的存在或其严重性的一种心理应对方式，可伴有一系列认识上、情感上和行为上的相应表现。关于否认机制与心肌梗死的关系，国外研究很多：例如急诊监护下的心肌梗死病人，首先采用的心理应对机制往往是否认（Hackett TP 等，1968）；Levine J（1987）编制了否认机制量表（Levine Denial of Illness Scale, LDIS）；通过因素分析显示，否认机制包含对疾病的认知否认、对负面后果的否认、对需要照顾的否认和情感否认等 4 各个主

成分（Gentry WD 等，1988）；否认机制可以导致心肌梗死病人病人低估疾病的严重性从而降低应激性情绪反应水平，甚至可能降低病死率（Jacobsen BS 等，1992）；近年更有研究慢性病人和伤残者的否认机制问题（Livneh H 等，2009）。

其次，要掌握否认机制的相关临床规律和个体差异。研究证明，否认机制在冠心病临床早期易导致就诊的延误，因为病人虽能感觉到先兆症状，但否定其重要性，甚至将某些心脏症状理解成消化系统症状；否认机制在急性心肌梗死期则有利于心、身的适应以如上述；否认机制在康复期又有不利的影响，因为有否认倾向的病人，对康复期的摄生指导、运动锻炼的合理安排和各种不良行为的改造计划等医嘱往往不肖一顾。另外，否认机制还受个人的特质性否认倾向、环境、社会支持、经历、期望等因素的个别差异的影响，即在不同事件中个人的否认程度差异很大。

在掌握基础知识和临床规律基础上，通过晤谈、调查分析或否认量表，对病人的否认机制程度作出评估。在评估基础上，结合个体差异，对早期、梗死期和康复期的心肌梗死病人，分别采取不同的指导、暗示等手段，以保护、促进、利用否认机制，或者告诫、说服、避免否认机制，帮助病人进行否认机制的应对管理。

应对管理是多侧面、多角度、多手段的。除了上述否认机制，升华（指导更有意义的活动），再评价（任何事物都可有不同的认识角度），合理化（如自圆其说），祈祷（如特定的弥留病人），幽默（如示以名人的幽默感），发泄（如建议进发泄室、运动），放松（指导呼吸放松技术）等，也都属之。

此外，从特质应对的角度，还可以通过特质应对问卷（TCSQ）评定来访者的消极应对水平，并根据各条目反应的具体情况，开展相应的应对指导和训练。

（四）针对社会支持的管理

作为应激可利用的外部资源，调动社会支持也是应激管理的重要一环。几乎所有处于应激情况下的人，都需要社会支持。我们也知道，处于危险位置（例如在高山之巅）时，人与人之间会显得非寻常的友善和热情，说明人类在应激时具有天然的寻求社会支持的行为。

然而，实际生活中，人们往往忽视社会支持的重要性，例如，某些处于危机状态下的当事人会回避接触他人，这等于放弃了社会支持；一些旁观者也往往忽视社会支持对被救助者的重要性——不是有旁观者对站在高楼顶上的自杀者齐声高呼“跳下来”吗？

社会支持的管理也需要在晤谈、调查或测验评估的基础上进行，可以采用多种手段或途径。例如，在灾难现场，应及时联络难民的亲友到现场以提供家庭支持；调动一些人，人多力量大，更可体现客观社会支持在难民心理上的效应；对于个别损失极大处于精神崩溃状态的难民，也许任何话语都是多余的，而简单地、长时间握着他（她）的手就是一种支持；等等。

又例如，对一些慢性应激当事人，可以指导其积极与人交往以提高社会支持程度；通过对相关对立面的人的“再评价”以增强其主观支持；通过交往技巧指导如对配偶“多说

对方的好处”，以改善家庭支持程度；通过组织集体活动来增强成员之间的主观支持程度。某些团体心理训练或者心理治疗活动，其中也包含着社会支持的效应。

（五）针对个性特征的管理

这里的个性特征是指个体的人格层面。个性特征与应激管理存在千丝万缕的联系。个性特征在应激系统模型中属于核心因素，也是个体应激管理的核心内容。个性的管理同样涉及心理指导或心理治疗两途径。

在心理指导方面，可以向来访者讲解，他（她）的某些人格特征（如观念方面的问题——价值观、爱情观、人生观）在其应激产生和发展中具有核心的作用，告知其因人格原因所致的“求全、完美”倾向的重要性。临床实践显示，确有不少来访者仅仅因为这样的讲解指导产生认识上的“领悟”而有减压效应，虽然往往持续时间不长（原有人格因素的稳定性）。另外，指导来访者进行某些积极的习惯性应对行为训练，如指导学生面对“挫折”的训练，也是常用的针对人格方面的应激管理措施。

在心理治疗方面，由于人格因素的相对稳定性，试图触动某些人格层面来实施应激管理，通常需要较长期的心理治疗程序。各种心理治疗策略建立在各自的理论框架基础上，兼有认知理论和行为学习理论优势的认知行为治疗是目前常用的手段。（图 5-7）

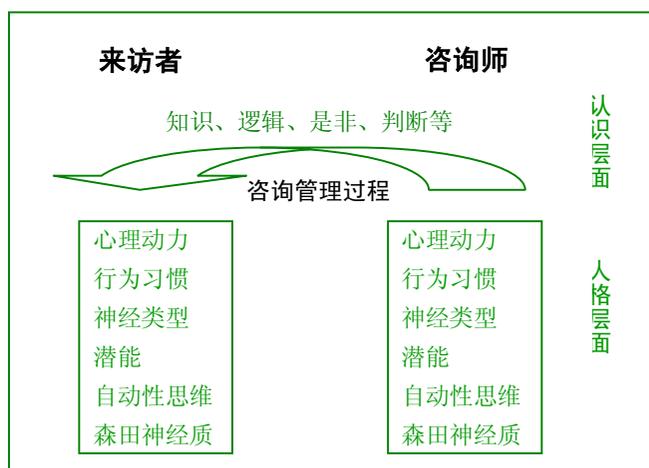


图 5-7 认识、人格与应激管理

（六）针对应激反应的管理

根据应激的心身反应特点，可以选择通过松弛训练、生物反馈、音乐治疗、催眠、药物，以及自然和生物因素如空气、阳光、森林、泥、温泉浴等手段，控制与缓解心身症状。

其中关于药物使用方面，作为医务人员，除了看到某些药物对于降低应激反应本身症状如降低焦虑的作用外，还应看到通过应激系统因素之间的良性循环所产生的间接作用，如促进认知、应对和社会支持向积极方向发展。

在应激生理反应的管理方面，可以从生理层面的易感性入手，如利用测量心率、血压、手掌皮肤湿度、尿 17-羟皮质酮水平等客观评估指标，使干预更具有针对性。

三、系统的应激控制与管理方案

(一) 基本流程

应激控制与管理是多维度的系统工程。整体管理流程是评估与诊断、干预方案制订与实施、干预效果评估这三个阶段的循环过程。其中多数内容已在本节前面叙述。这里予以简单概括：

(1)评估与诊断：采用晤谈与观察、调查、测验和实验方法，掌握个体生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、个性特征和应激反应等应激因素的偏离水平，特别是应激反应程度；同时可筛选应激易感者。

(2)干预方案制定与实施：选择和使用各种心理教育、心理指导、心理治疗和药物等手段，对评估出来的相应应激因素或应激敏感者实施多切入点的综合干预。

(3)干预效果的评估：通过干预，判断上述应激因素偏离程度的改善情况、压力反应程度的好转和压力系统平衡的形成（如社会适应）等。

(二) 个体应激控制与管理方案

个体应激控制与管理是临床心理咨询工作的重要任务，根据应激系统论模型设计的应激控制和管理方案，可按以下流程运作：

1. 评估 采用晤谈、调查和量表评定直至实验方法，对个体的“问题”分三个层次做出综合评估。

第一层是评估患者的心身问题，即分析患者的应激反应和心身症状情况，做出问题的诊断，可能符合医学临床诊断（如恐怖症、高血压），或者以现象学做出“问题”诊断（如学习困难、失眠、行为退缩、一般心理问题或障碍等）。

第二层是评估生活事件、认知评价、应对方式和社会支持程度，分析和确定各因素在“问题”中的地位以及因素之间的互动关系。

第三层是通过分析人格特点特别是观念方面的如求全、完美主义倾向，确定人格因素在整个“问题”系统中的作用。（图 5-8）

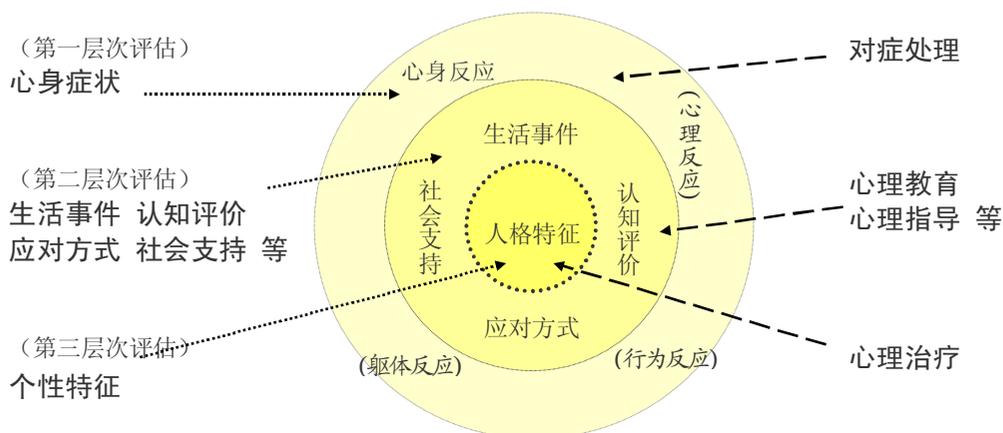


图 5-8 应激的“系统”评估和干预

2. 干预决策与实施 在以上评估基础上，依据系统论与整体观做出干预决策。可以决定采用心理教育、心理指导、系统心理治疗等心理干预技术，或者结合使用药物等方法。

其中对于第二层面问题，主要采用心理教育和心理指导等方法。例如，通过分析和具体指导，帮助来访者解决、缓冲或者回避生活事件；通过再评价、暗示、安慰、激励、调整思想方法等，帮助来访者改变消极认知评价；通过指导转移、发泄、升华、放松、利用自然环境等，帮助来访者提高应对效能；通过提供客观支持、改变主观支持、加强家庭支持，帮助来访者改善社会支持水平；通过压力系统分析和讲解，使来访者在平时生活中重视对自己人格（如完美观念）的修正；等。

对于第三层面问题，往往需要在有关心理理论指导下实施心理治疗（如认知行为疗法）。

对于第一层面的问题，其往往是各种干预方法的最终目标，除了各种心理指导和心理治疗手段可以直接或间接促进其身心症状的改善，还包括药物的使用等。（图 5-?）

（三）团体应激控制与管理方案

1. 团体应激（压力）管理流程的一种模式 首先需要指出，为便于被团体成员所接受，在我国的社会实际工作中，往往将应激（stress）翻译为“压力”。

根据系统论模型，就个体而言，人人处于压力多因素系统之中；就团体而言（如工作单位），则是各种个体的亚系统所构成的更大系统；个体的系统平衡受制于团体系统的平衡，但又影响团体的平衡。

在社会转型期，个人普遍感受到压力，而社会团体的压力也非常突出。由 Walsh D(1982) 首次提出，至今在国内也已逐渐成为流行语的员工援助计划（employee assistance programs, EAP），其核心内容之一就是涉及团体内员工压力综合管理问题。

作者以系统论模型制订的团体压力管理大致流程介绍如下：

通过计算机评估，建立包含各种心理压力因素的团体成员个人心理档案；与常模比较，评估各种压力因素的群体分布特点；评估整体压力程度；筛查高压个体（可能同时存在较多的异常因素）；定期追踪。

对发现的高压力个体，实施个别心理咨询和应激管理指导或者心理治疗（见上文）。

不定期开展压力管理讲座。以通俗和举例的方法，推动员工自觉调控和管理自己的工作和生活压力。

根据评估结果，以减轻个体压力和提高单位生产效能为一致目标，向单位首长提供各类相关的团体心理管理方面的决策建议

2. 应激易感素质特定群体的应激管理实例 刘破资（2008）在本科版教材中介绍了一种系统团体应激管理实例，其对象是应激易感素质特定人群。

20 世纪 90 年代起，中国农村计划生育工作中一些与节育手术有关的身心症状问题突显出来，如有些地区接受节育术的农村妇女术后出现群体癔症性下肢瘫痪。国家计划生育委员会委托包括刘破资在内的精神卫生工作者进行干预，并且随后开展了一系列计划生育相关身心症状研究和系统的预防性干预工程。研究表明（Liu et al., 2002），接受节育手术

的女性术前评估筛选得出的个性中的情绪不稳定倾向性、心理因素中的暗示性高、生理因素中的疼痛敏感性高、过多的负性生活事件等，能在一定程度上预测节育术后身心症状的严重程度和持续时间。实践证明对筛选出的这些具有应激易感素质的个体进行干预是非常有意义的。研究还发现（Liu et al, 2002），较差的手术环境和选择产褥期进行手术是影响节育术后身心症状恢复的主要因素中的两个。通过对改变节育手术的地点、时机选择，通过培训提高医护人员手术的技术水平和改善医患互动方式等可能减少接受乡村计划生育工作中接受节育手术的女性的和节育手术有关的身心症状。

根据上述研究结果，该易感群体的管理方案大致包括：识别特定问题和需要干预的特定群体（易感者）并进行有针对性的干预；以及从物理环境、制度环境、资源环境等途径进行可以看作“健康促进”的宏观干预；特定群体应激管理作为系统工程，其方案的参与者还应包括政策制定者、其他医学工作者、社会工作者等多种成分。

总之，对于团体应激控制与管理方案，这里讨论的基本流程只是相对的，应根据具体团体性质和特色问题，制订相应的差异化管理方案。

拓展阅读

若干与应激相关的概念、理论与应用问题

一、关于 stress 的中文翻译

医学生需要注意，Stress 在医学中被译为应激，但在目前其它许多书籍或报章杂志中往往被译为压力、紧张等等。正如正文中所述，由于 stress 是多学科关注的概念，医学、心理学、社会学、管理学、人类学均以其为重要研究课题。学科的不同，研究领域的不同，研究侧重点和目的的各异，以及不同的历史时期，stress 的中文翻译或其含义也会有不同。

医学界最早将 stress 翻译为“应激”并延续至今，其意更侧重在“应”字上，其实早期使用应激概念就是引自工程力学中的“应力”（stress），即物体对于施加其上的外力所产生的内部响应力，故传统医学中的应激含义更重视各种刺激作用下相应的“个体适应性反应”，这与医学科学的使命是一致的。

心理学早期往往将 stress 翻译为“紧张刺激”或“紧张”，显然其意更侧重于给个体带来紧张感受的“刺激”以及伴随的个体心理上的紧张“感受”，这同样与早期心理学工作的对象和使命相一致。

目前有许多应用性学科领域，如劳动人事管理以及现代医学中的公共卫生领域，则喜欢将 stress 翻译为“压力”，与之相应的还有职业压力（job stress）和职业枯竭（也有译为倦怠、耗竭）（job burnout）等概念，则其意更侧重于个体心理上的“感受”和客观上的“社会功能变化”如劳动效率的下降，这同样与这些学科与领域的目标相一致。

另外，还要注意不同学科领域对 stress 的理解随时代的发展会有所变化，如医学心理学。

从这里我们也可以看到，虽然 stress 的译名众多，但也不外乎涉及事件（外部刺激）、个体（认知、感受、人格）和结果（功能变化）三方面，随着近年来“应激学”的越来越被重视，不同学科领域都已经开始同时关注这三个方面，如职业压力与枯竭的研究。

二、关于应激、应激反应、应激情绪、挫折等概念

应激与应激反应：

本章重点介绍了应激是个多因素集合概念。应激反应是这个多因素系统中的一个概念。但是，医学生需要注意的是，在我国医学界的传统认识中，虽然也承认多种心理行为因素在应激中的重要作用，但由于职业性质（诊断与治疗）的缘故，在医学的某些领域如精神病学或心身医学临床，应激和应激反应之间的区别往往并不分明。正如第一节所叙述的，医学界倾向于将应激看成是一种“反应”，如临床上的创伤后应激障碍等。

应激与情绪应激：

在心理学领域，特别是传统的普通心理学知识中，根据情绪的强度、持续性和渲染性等可分为心境、激情和“应激”。显然这里的应激指的是一种情绪，或者是在强大打击下个体表现的强烈情绪状态，与本章应激反应中的情绪行为反应概念相接近。

应激与挫折：

普通心理学知识中还有“挫折”的概念，这是指个体在通向目标的过程中遇到难以克服的障碍或干扰，使目标不能达到、需要无法满足时，所产生的不愉快情绪反应。这样，挫折概念也大致与本节的应激反应特别是情绪行为反应内容相接近。但挫折概念其实既包括挫折情境，又包括挫折感受。

三、婚恋问题的应激系统论控制与管理方案

在正文中介绍了系统论模型指导下的应激控制和管理方案，并介绍了个体的和合团体的应激管理流程。这里进一步介绍婚恋问题上的应激控制与管理方案。

婚姻是各当事人（包括夫妻双方，也包括各自家庭背景成员）的各自子系统（每个人的应激多因素系统）组成的更大的系统。良好的婚姻意味着这个系统在整体上是动态平衡的。

但在生活中，人们往往认为爱能解决婚姻系统中的一切问题。实际上，爱只是婚姻的基本条件之一，是多因素系统中的一种情感因素。良好的婚姻除了需要双方在情感上的“爱”之外（也有不同的“爱”法），更需要双方在婚姻系统中的其他许多因素差异方面达成“适应”。这些因素包括生活背景、认知特点、应对方式、社会支持、行为反应方式、习惯、观念等。这里的“适应”不是指对各种差异的忍受或掩饰，更不是改造对方，而是对差异的接纳。在承认差异、接纳差异基础上，通过爱情基础上的长期互动过程（也是一种快乐竞争），最终也许双方的差异缩小了，但更多的情况是双方对差异的进一步“适应”。反之，如果这种多因素差异的“适应”处理不好，那么“爱”的感受就会慢慢被破坏，最终导致婚姻的变质。

因此，对于恋爱（含失恋、单相思、抉择等）、婚姻、家庭（双方的、多方的矛盾）、

离婚、离婚后冲突等所致的各种应激问题，其控制和管理方案大致为：①通过晤谈、调查作出系统评估；②应以上述应激系统论模型的“爱”与“适应”婚姻指导原则，给予双方或多方具体的形象的讲解；③根据系统中不同的因素失衡情况，给予具体的控制和管理指导。

在婚姻问题管理过程中，如何分析各方深层次的差异显得很重要，但难度也较大。因为当事人往往都停留在认识上，并以自己为“是”，以对方为“非”。实际上，在婚恋与家庭的多因素系统中，双方最隐蔽的差异往往是观念上的差异。例如，一对夫妻均赞成“丁克”，不准备生养孩子，结果与双方父母在婚姻和家庭观念上存在差异，因无法解决这个差异，导致严重不“适应”而来门诊。在解决了与家长的“适应”问题后（家长接受了），夫妻双方在这几年的共同生活中，却逐渐发现双方的严重不“适应”，因而不得不再次来诊。原来，双方虽然在家庭观念上同样是“丁克”派，但在生活观念上却差异很大。一方秉承“人生是奋斗和争取享受”，另一方秉承“人生是磨难和免遭痛苦”——前者因没时间和精力，后者因不能再制造新的生命痛苦，结果都是不要孩子，似乎取得了一致。但由于生活观念上的巨大差异，特别是双方不能接纳这些差异，结果导致系统中多种因素失衡并形成恶性循环。此时，在门诊虽然仍然采用应激系统论模型的“爱”与“适应”婚姻指导原则，但需要与之深入讨论分析其中深层次的差异，并指导他们或者接纳差异达成“适应”，或者友好分手寻找新的适应。不过选择后者也要具备接纳差异的心态。

四、心理危机的应激系统论控制与管理方案

根据应激系统论模型，所谓的“危机”就是个体的心理应激系统结构出现紧急的和严重的失衡。

使用晤谈、观察和调查等方法评估心理危机时，不但要注意个体显示出的严重应激反应，特别是心理行为方面如自杀、攻击等“危机行为”。同时也应特别注意到存在于应激反应背后的各种相关因素，以及这些因素对于“危机行为”的影响作用。这种影响可能加剧危机行为或不良后果，也可能足以利用来降低危机水平。（图 5-9）

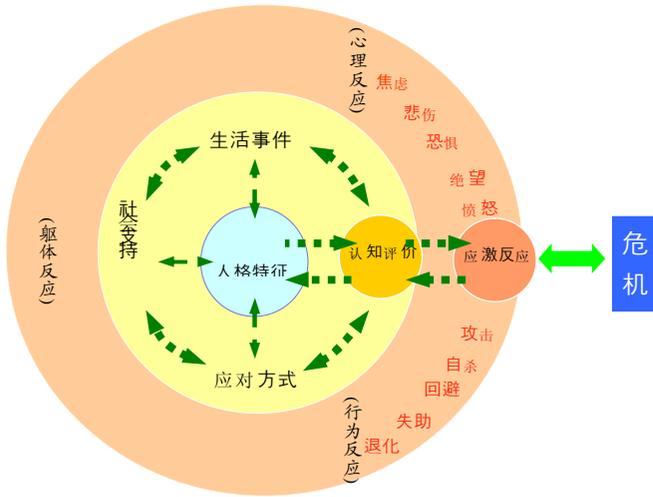


图 5-9 心理危机的系统论模型分析

在制定应激系统论模型的心理危机援助策略时，也需要考虑多种途径的多因素的切入点，并采用各种心理学技术与方法，仅举例如下：

解决或回避危机事件：（搀扶当事人离开地震现场血肉模糊的亲人尸体）

认知策略：（暗示跳楼者如果跳楼不死导致伤残，将长期地比现在更痛苦）

应对策略：（图 5-4 中的某些应对策略可供选择，如分散注意、祈祷、倾诉、发泄，甚至烟酒等）

社会支持：（面对绝望而极端者，让其最亲的人出面可能有奇效。但要注意避免对该亲人的伤害）。

控制压力反应：（对某些“崩溃者”，在严格掌握适应证的情况下可使用安定等药物）

注意人格因素：（在设计援助策略时，需结合考虑当事人的人格特点）

当然，在某些心理危机状态下，并没有更多的时间和充足的条件可供选择。但以一种框架式的整体危机干预策略来指导制订现场援助方案，显然比在现场手忙脚乱地“救助”要更合理。

（姜乾金）