

第四章 心理应激与压力管理

心理应激知识和理论，在医学和心理学临床上具有重要的指导意义。在保健方面，可以指导如何通过应激因素的综合管理来降低个体的心理应激水平从而促进健康；在临床诊断方面，可以指导对来访者的心理社会因素的系统评估；在临床治疗方面，可以通过应激管理技术达到心理干预的目的；在病因学研究方面，可以指导对多种心理社会因素的病因学探讨。因而，有关应激的知识、理论与实际应用，是医学心理学的重要基础知识。

作为医学心理学的纵向的基础知识和理论部分，本章分别介绍应激相关理论，生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和应激反应等应激因素，应激（压力）系统模型、压力临床综合评估、压力综合管理和临床实例等压力相关理论和技术。各节内容主要修订自近十几年笔者撰写的应激相关资料。

第一节 应激研究简史

一、关于应激的概念

应激（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（job burnout）（也有译为倦怠、耗竭）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。

从这里我们可以看出，虽然 stress 的译名众多，但不外乎涉及事件（外部刺激）、个体（认知、感受、人格）和结果（功能变化）三方面。同时也可以看出，应激在实质上包括了生物、心理、社会等多种因素。随着我国医学心理学这三十年的发展，我们倾向于将上

述三个方面和相关多种因素都包容进来，构建一个符合整体观和系统论的应激概念。

二、稳态与应急说

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、功能系统）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。

三、塞里的应激说

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“特异性”之外是否也存在某些“非特异性”的或共性的问题。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患者的观察发现相一致。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，在各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。

四、医学的倾向

塞里应激学说对人的认识虽然是整体观的，但其主要还是从医学或病理生理学的角度提出来的，且其所关注的更多的是应激反应，特别是生理病理反应。是一种应激反应模型（response-based model of stress）

由于医学的学科性质，以及由于生物医学模式的长期影响，反应模型特别符合医学工作任务，并与临床症状相关联，故反应模型在医学界被长期重视。可以说，从医学的角度，所谓应激就是外部刺激下的各种反应（心身症状）。

例如，在精神病学临床，与应激有关的精神障碍即应激相关障碍种类很多，其关注的是各种心身症状，对引起这种症状的心理社会原因关注不多或不深。

在病理生理学，应激一直是它的研究前沿。病理生理学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研究，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。

在预防医学或公共卫生领域，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。例如目前国内使用的知觉心理压力问卷（CPSS），其条目基本反映压力的主观体验、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症状，而较少考虑个体的各种不同心理社会影响因素。

虽然应激反应模型在医学领域被重视，也能很好地解释应激的表现（特别是应激的严重后果方面）。但从生物心理社会医学模式的角度，以及从应激实际上包括应激刺激、中间因素和应激反应等多个环节来看，应激反应模型主要关心应激综合征的“效应器”部分，在认识论上不算是彻底的“整体观”和“系统论”。

五、心理学的倾向

几乎与塞里同时，心理学界就已经关注社会生活中的紧张事件对人的影响。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的刺激方面，特别是心理社会刺激，属于应激刺激模型 (stimulus-based model of stress)。

应激刺激模型在生活中也很容易被人接受。例如人们在谈到压力（应激）问题时，第一反应往往是考虑工作量是否过大，经济上是否窘迫，婚姻和家庭是否和睦等。在前几年国内有关部委组织的一次高校心理评估论证会上，一些心理学权威人士就认为，“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，却容易忽略其中的生理反应（如“挤压综合征”、早期休克）。

虽然刺激模型在心理学领域更被重视，也能很好地解释应激（特别是应激的来源）。但从生物心理社会医学模式的角度，刺激模型的认识论同样不是“整体观”和“系统论”。

随着研究的深入，心理学家越来越认识到许多与应激有关的中间心理社会因素如个人认知评价、应对方式在应激中的意义。20世纪60年代，Lazarus R 等提出认知评价在应激中的重要性，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。此后 Folkman S 和 Lazarus 等进一步研究应对方式在应激过程中的重要性，并形成了所谓的认知应激交互作用理论。

受上述这些理论观点的影响，结合自身的和国内的有关研究成果，笔者等（1998c）逐渐在国内医学心理学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)。这里的所谓“作用过程”，就是在应激刺激情况下，中间通过许多因素的中介作用，最后决定应激反应的过程。(图 4-1)

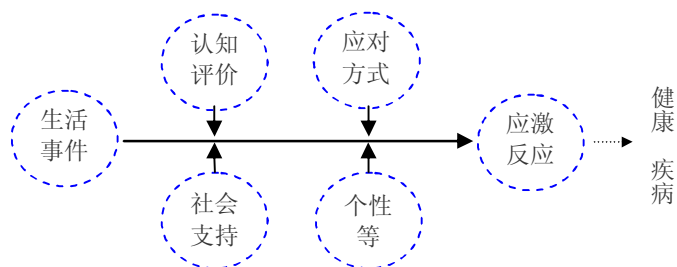


图 4-1 应激“作用过程”模型

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、社会支持和人格特征等中间因素的影响或中介，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或不适应的心身反应；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，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。

进入 21 世纪，笔者进一步提出了多因素的应激系统模型 (system-based model of stress)。这将在本章第八节介绍。

第二节 生活事件（应激源）

一、应激与生活事件

（一）作为应激源的生活事件

从应激过程模型的角度，应激由应激源 (stressors) 所引起。所谓应激源就是引起应激的刺激，也就是应激的原因。在目前各种应激动物实验研究中，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，特别是从系统论的角度，应激源就是各种生活事件 (life events)，包括来自生物的、心理的、社会的和文化的各种事件。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。

生物性生活事件，是指因为生物学因素引起的事件，如患者被告知患有癌症。

心理性生活事件，主要指与个体心理特点相关的事件，如对别人升迁耿耿于怀。

社会性生活事件，是指社会环境因素引起的事件，如遭遇天灾人祸。

文化性生活事件，指与文化差异相关的事件，如移民、农民工进城。

探讨生活事件与健康的关系，是心理应激与健康关系研究的早期活跃领域。

关于文化性生活事件，在应激的生活事件研究中往往不被重视。其实，文化差异充斥于我们的现实生活之中。一个简单的例子，国人往往同吃一盘菜，却不习惯于接吻；西方人往往分开进食，却不忌讳接吻。这里似乎没有对与错、好与坏的区别，也不存在怕脏或者不怕脏的问题，而只有文化差异。

不同国家之间存在复杂的文化差异。因此，出国人员面临着文化差异的生活事件。笔者近年来就多次接待过从国外特地飞回接受心理咨询的留学人员，他们的问题都多少与文化差异有关。

我国东西部之间或城乡之间存在亚文化差异，包括生活观念、风俗与习惯等。因此，

农民工进城面临着亚文化差异的生活事件。近些年，一些边远地区的农民出远门到沿海发达地区打工，出现心身健康问题的人较多。我们在考虑这些人的发病原因时，往往更多地注意他们的经济困难、居住拥挤、工作重负，却忽略亚文化差异的潜在影响。极端的例子是，个别边远地区农民离开长期生活的中西部故土，远赴东南沿海打工，却在初次出远门的交通工具上突发旅途精神病，继而由于幻觉和被害妄想而一路奔逃一路挥舞凶器，人们由于难以理解，往往将其视为“歹徒”而加以处置。

（二）生活事件的现象学分类

生活事件的内容很广，许多事件还相互交织在一起，要做出准确而又避免重复的分类比较困难，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。以下仅从现象学角度对生活事件内容进行归并分类。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）的工作，或高度消耗体力及威胁生命安全的工作，或经常改变生活节律无章可循的工作，或长期从事单调重复的流水线工作，或社会要求和个人愿望超出本人实际能力限度的工作等，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、外遇、情感破裂、离婚，爱人患病、配偶死亡、本人患病、外伤、分娩、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、瘫痪患者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。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。

4. 经济事件 包括经济上的困难或变故，如负债、失窃、处罚、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、嫖娼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源。

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、失眠、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，以及涉案、被审查、被判刑罚等。

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

（三）正性事件和负性事件

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，往往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可喜可贺的事情，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”也是典型的文学故事。

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，导致机体出现病感或疾病。

(四) 主观事件和客观事件

1. 客观事件 (objective events) 是指生活事件的发生不以人们的主观意志为转移，无法自己掌握和控制的事件。客观事件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进行评定时，其重测信度较高。

2. 主观事件 (subjective events) 是指与个人主观原因有关的生活事件，如事业不遂。实际上，诸如居住条件差、工资收入低，父母、子女、夫妻、邻里、同事、上下级之间关系紧张，对职业不满意，婚姻不幸等事件，既具有客观属性，又具有一定的主观属性。可见，对生活事件做主、客观分类有时会遇到困难。

主观事件在评定时其重测信度较低。

二、生活事件与临床

(一) 生活事件与健康 and 疾病

首先应明确，生活事件并不总是消极的，有害的。从某种意义上可以说，一定的生活事件有助于孩子发展良好的社会适应能力，正所谓“千锤百炼”终成才。成年人的生活本身也是由大大小小的各种事件所构成，“碌碌无为”不是健康的表示。

但作为应激源，人们自然会首先想到生活事件对健康和疾病的影响。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 12 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。

国内早期的一些研究也证明，生活事件与健康 and 疾病有重要的关联。

我国研究者早期即对生活事件与疾病的关系进行了很多调查研究。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。笔者等（1987）在中国心理卫生杂志创刊号上报告，临床对照调查分析显示癌症患者发病史中的“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。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。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

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变化如免疫系统的改变。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）生活事件的量化方法及应用

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，意味着当事人重新适应所需要付出的努力程度也最大，

与健康的关系最为密切。结婚为 50 LCU，居中。其它有关事件按次定值，如微小违规最低为 11LCU。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。Holmes 早期研究发现，一个人一年期累计 LCU 得分确实与第二年的身体健康有关。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也有类似的相关性。

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，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事件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做出评分，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和相关性有明显的提高。目前使用的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)。在笔者的心理社会应激调查表 (PSS) 中，也编制有生活事件问卷 (LEQ) (参见第五章)。

不过，笔者曾通过简单的分析发现，上述由被试自己评分的量化方式也存在另一端的问题。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。特别是由于许多量表追求条目数量，致使存在重复计分的现象，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。为此，笔者 (1998a) 曾比较过由被试自己评分 64 项生活事件，分析这种重复计分导致的失真程度，并不低于使用 13 类生活事件简化量表 (PSSG) 造成某些事件漏计的失真程度。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，如笔者编制的团体用心理应激调查表 (PSSG, 详第五章) 中的生活事件部分为 13 类，以避免同一事件被重复计分的问题，而且使用简单。

另外，一直来也有一些作者始终重视研究具体某种生活事件的病因学意义，而不是个人在某段时间里共有多少生活事件，例如专门研究丧偶妇女群体一年内的免疫指标和心身健康变化。一些作者在临床诊断中，坚持单独评估患者的各种具体生活事件，而不使用包含许多事件的量表。这与目前临床医生在病程录中的做法相似。

(四) 生活事件与临床干预

在心理门诊，对于那些仅仅因为生活事件而来诊的来访者，应帮助他们分析事件，解释事件的种类、对健康的作用机制、影响因素，并指导解决、回避或接受生活事件的方法。至于更多的来访者实际上生活事件只是众多应激因素中的一个因素，就需要以应激理论来

做综合分析和具体处理（见第十节）。

作为临床医生，应关注患者疾病背后的各种生活事件。在新医学模式基础上，医疗文书中应记录患者重要的生活事件及其影响和处置方法。

第三节 认知评价

一、应激与认知评价

（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做出估计，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 4-2）。

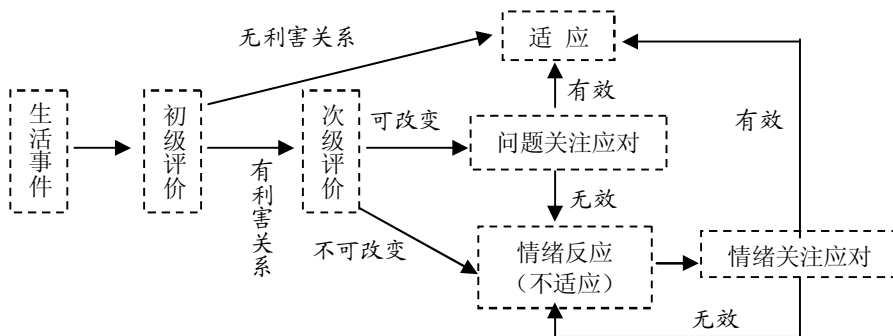


图 4-2 事件、评价、应对与应激过程

认知再评价 (cognitive reappraisal)。是此后提出的补充概念。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。

（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 年代以

后 Lazarus 和 Folkman 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。

二、认知评价与临床

（一）认知因素与疾病

认知因素是许多心理疾病的直接原因，也是某些心身疾病和躯体疾病的间接原因。在“想出毛病来”和“杯弓蛇影”现象中，可知认知因素的主导作用。

虽然认知因素可以致病，但近年来许多研究中证明，认知因素与其它多种因素一起共同起病因学作用。应激系统模型能从理论上说明其中的关系（见第八节）

医学临床上，患者对待疾病的认知评价，会直接或间接影响主诉，影响诊断与治疗，影响医患合作，可以对疾病带来不利影响。

（二）认知因素致病机制

认知致病的心理学机制大致过程：内外环境刺激，通过认知评价，导致负性情绪和不良行为，再影响心身健康和疾病过程。

认知致病的生理学机制大致过程：内外环境刺激，通过大脑皮层特别是前额叶（认知活动），经过边缘系统的“情绪脑”和“内脏脑”（见第三章），输出各种神经和体液调节指令，最终影响身体功能。

（三）认知因素的量化方法及应用

认知评价在应激过程和心病因学中的重要性与其量化研究程度两者之间并不相称。认知在应激中的重要性，以及认知对疾病的影响，几乎无人不知，但如何将认知因素加以数量化的研究，并用于临床，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做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中，实际上已部分结合个人的认知评价因素。

目前，在临床心理学研究工作中，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。

叶圣雅等（1999b）曾在上腹部手术患者的应激因素与手术后心身反应问题的研究中，设计包括三个方面的问卷条目，即患者对手术本身的认知、对手术医生的认知和对手术后适应问题预期。结果显示，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（见

第二章第八节)。国内近年有不少研究就采用这样的方法,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。

在临床工作中,由于无法选择各种对应的认知量表,故对患者的认知特点也只能采用晤谈和观察的评估方法。

(四) 认知因素与临床干预

医学临床和心理门诊都关心如何控制应激反应以保护和促进患者的健康,其中最直接和最可行的途径是设法首先改变患者的认知过程。即使采用系统模型,通过对其它应激因素的干预如改善应对方式、增强社会支持等来实现对应激反应的控制,但这些干预过程也同样都需要调动当事人的认知功能。

调动和改变患者的认知,可以选择采用有关知识的解释和指导,以及实施认知治疗治疗(见第十节)。

第四节 应对方式

一、应激与应对方式

(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,故又称之为应对策略(coping strategies)。Folkman(1986)的定义是个体在处理来自内外部超过自身资源负担的生活事件时所做出的认知和行为努力。笔者(1998c)主编的教材中将应对定义为,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。

心理防御机制(defense mechanism)与应对概念比较接近。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(见第二章);后者是应激理论的概念,主要是意识的和行为的活动。但两者也存在着一定联系,例如两者一定程度上都是心理的自我保护措施;目前国内外各种应对量表中,几乎都包含有许多心理防御的条目或因子,如合理化、压抑、迁怒等。

与应激相关的应对研究始于近三十年,近十几年才被国内重视。作者等(1987、1993)在国内很早开展应对的系统研究。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,笔者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

认知、社会支持等概念交叉，并互相影响，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 4-3 是笔者（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。

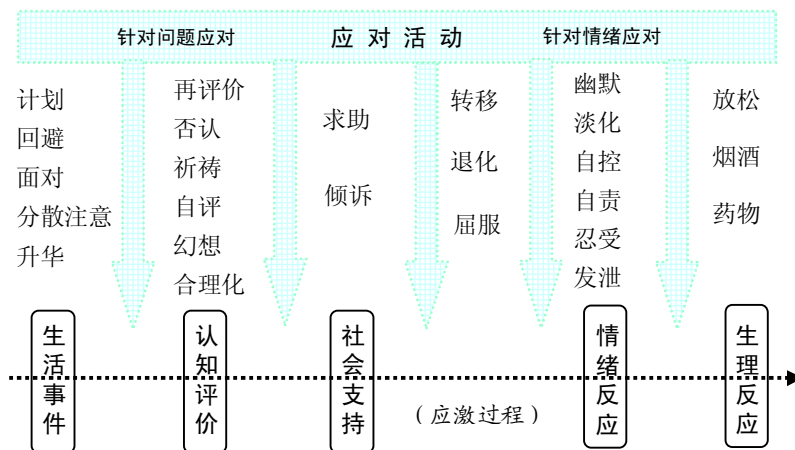


图 4-3 应对与应激过程的关系

(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。

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 等曾将前者称为针对问题应对 (problem-focused coping)，后者称为针对情绪应对 (emotion-focused coping)。目前多数应对量表兼有这两方面的应对条目。近年来对这两种应对方式的研究有所拓展，例如 Matud MP (2004) 调查发现，女性在应对风格方面比男性更多采用针对情绪应对。

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，可能存在积极应对和消极应对。包括笔者 (1987, 1993) 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（即有些情况下是积极的，有些情况下是消极的）。但是，还是可以筛查出一些应对方式，特别是情绪关注应对一类中，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）。

从应对策略与人格的关系来看，笔者等（1999）始终认为存在一些与人格特质有关的、相对稳定的和习惯化的应对风格（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）。国外的一些研究工作也证明，遗传因素通过人格特质影响个体的许多应对风格（Busjahn A, 1999）。

（三）应对方式在应激中的重要作用

不论是有人坚持将应激看成是应激以后的处置方式，或者笔者将应对看成是应激过程（或系统）中间的一个因素，都说明应对是影响应激的重要因素。因此，认识应对方式（概念、内涵、分类、作用机制等），也就有利于认识应激；改变应对方式，也就改变应激结果。

二、应对方式与临床

（一）应对方式与疾病

有关应对在心理应激过程中的作用的研究，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。

多年来，大量研究证明，应对方式与多种健康状态和各种疾病有关。整体结果都显示，应对是健康和疾病的重要影响和调节因素。

以癌症研究为例，笔者等（1997、2000、2002、2003）自 20 世纪 80 年代中期开始的多种研究资料证明，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、患者的睡眠问题、生活质量、康复等（可看作应激结果）也就明显受患者的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）应对方式的量化方法及应用

作为多维度概念的应对方式，迫切需要开发各种临床使用的量化问卷。目前，国内外已经有大量的应对量表。

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，分别被划归为针对问题应对和针对情绪应对两大类。这是经典的应对过程研究问卷。从 Folkman 本人赠送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。

卢抗生等(2000)修订自 Folkman 等的老年应对问卷(ways of coping for senile, WOCS), 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。

笔者等(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, 将一组与一定的人格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(triat 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人格特质有内在联系, 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。近十几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、小学生流行性瘧病等病症有关(见相关参考文献)。多年的实际使用显示, 其是一种简便、有效的可供临床使用的应对测量表。

沈晓红等(2000)修订的 Feifel 医学应对问卷(medical coping modes questionnaire, MCMQ), 包含患者的 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, 具有很好的临床和研究应用价值。

由于人们对应对的认识还在不断发展。因此, 目前在临床和研究领域应提倡从多角度入手, 建议分别采用不同的应对量表。

在研究工作中, 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。在临床工作中, 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; Levine 否认机制问卷(Levine's denial of illness scale, LDIS)(国内未有修订, 见王守谦、笔者, 1992), 则仅仅针对心肌梗塞患者对待疾病的各种应对方式中的否认应对策略; 作者的 TCSQ 只选择那些与人格有关、与个体健康有关的特质应对条目等。当然, 这也不是绝对的。

(三) 应对方式与临床干预

在医学临床工作中, 应通过晤谈、调查或量表测查等方式, 评估患者的应对特点及其对疾病过程的影响, 并有针对性地实施应对指导。在心理门诊, 应对指导和训练是重要的心理干预内容(见第十节)。

第五节 社会支持

一、应激与社会支持

(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识。常见的分类有：

- (1)客观支持、主观支持和支持的利用度；
- (2)家庭内支持和家庭外支持；
- (3)社会支持的数量和质量（个人领悟的支持水平）等。

具体来看，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、被支持和被理解的满意程度。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）社会支持在应激中的重要作用

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。

个体在面临重大压力时，有向周围群体获取社会支持的天性。

例如，当人们处在黄山顶峰时，由于身处高处所产生的压力感（有点紧张，有点兴奋和恐惧），人与人之间的距离感会自然地缩小，互相之间会显得亲切、友善和乐助，也显得话多。此时，向陌生人的一句问话，可能会引来许多人的回答。但如果同样是这些人，此时正处在平常的市区街道上，则人与人之间的这种亲近感会大大降低，甚至有点冷漠。

又例如，当婚姻中的一方长期陷于婚姻和家庭生活的压力时，来自婚姻外的人士的任何示好，都容易被当事人感受为良好的社会支持（即主观社会支持），为第三者的出现等婚姻意外留下隐患。

（三）社会支持抗应激作用的心理学机制

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 一些研究结果显示，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，从而缓冲生活事件对健康的损害。

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）研究孕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。因为 A 型行为者在同样的事件挑战下，更容易出现应激反应，此时社会支持起到了应激的缓冲作用。

这些结果也与 Cohen S 等（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。这一结果支持密切联系社会能防护各种病理后果的假说。

从常识的和现象学的角度也能说明，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。

二、社会支持与临床

（一）社会支持与疾病

缺乏社会支持，会降低个体的应激“可利用资源”，此时环境刺激容易导致应激反应，容易诱发某些疾病，可以恶化疾病的临床过程。

本书开篇案例，一位 70 岁的农村不幸老人，年轻时因政治原因被清理回乡，终身未娶，单身一人，也没有一个亲友，自己坚持原则，却受到村里人的冷眼与辱骂，结果患了头痛病和高血压，而且症状奇怪，只有到农田卖力地劳动时才可减轻症状，在家静处时则症状加重。可以设想，严重缺乏社会支持是该案例疾病和奇怪症状的重要病因之一。

充分的社会支持，有利于健康促进和疾病康复。包括笔者等在内的许多调查研究证明，社会支持与心身症状成负相关，说明社会支持对健康确实具有保护性作用，并进一步促进疾病的康复。

不过，笔者等（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。该研究显示，在小学高年级儿童样本中，社会支持程度越高，心理疾病（流行性瘧病）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“流行性瘧病”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一些情况下可能也有增加致病性的应用，值得进一步研究。

（二）社会支持致病生理机制

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 等(1985) 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”部分得分越高，则血胆固醇水平及血尿酸水平越低，免疫反应水平越高。这与年龄、体重、吸烟、酗酒、情绪不良体验等因素无关。

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“社会隔离”可导致动物行为明显异常。

（三）社会支持的量化方法及应用

由于社会支持涉及面广，需要采用多维的分类方式，相关的量表也相对较多。

肖水源（1987）的社会支持评定量表（social support rating scale, SSRS），包括主观支持、客观支持和利用度 3 个量表分，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），已经由笔者（2000、2001）等引进国内，并被多种研究所采用。该量表原来包括家庭支持、朋友支持和其它人支持 3 个量表分和总分；国内经过因素分析，形成家庭内支持和家庭外支持 2 个量表分和总分。

Wilcox（1982）的社会支持调查表（SSI），包括情绪支持、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。

在临床工作中，可以选择使用适当的量表测定患者的社会支持程度，也可以通过晤谈和调查（如询问家属、同事）的方式做出评估。

（四）社会支持与临床干预

由于社会支持与个体应激有关，与疾病发生发展和康复有关，故在理论上就应当将提供社会支持作为临床治疗的辅助手段。具体包括给予患者以医务人员和医院人文环境的社会支持，给患者以社会支持意义方面的知识介绍，以及指导患者提高社会支持的途径等。但在目前实际临床工作中，医务人员其实很少注意这些问题。

在心理门诊，提供和改善社会支持是作为一个常识性的问题被重视（见第十节）。

第六节 人格特征

一、应激与人格特征

门诊案例：一对年轻夫妇因家庭问题而致严重冲突，心身疲惫。晤谈发现，他们早期感情基础很好，婚后生活中出现的各种事件从他人看来也多数是“小事”，双方又都是“讲道理”的人。亲友们也曾经多次参与，并就各种家庭事件、双方对事件的认识、各种具体的解决办法，以及双方的行为表现等，进行过多次讨论、调解、批评和帮助，还将问题从夫妻感情基础上做过分析，但问题却越来越严重。在这个例子里，当事人及其亲友们都注意到了生活事件、认知评价、应对方式、社会支持等因素，但却忽略了当事人双方的人格（个性）因素。其实，这个案例的核心影响因素是双方人格（包括信念或观念）的差异，也就是通常所说的“性格不合”。

人格 (personality) 可以直接或间接影响其他各种应激因素, 导致恶性循环, 最终影响应激过程和结果。由于人格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, 故很容易被当事人所忽略。在一些家庭问题中, 由于人格 (个性) 差异起着核心的作用, 使当事人面对许多现实生活中的问题时, 难以通过“就事论事”、“明辨是非”的方式来解决, 反而越“解决”, 越引发、加深、恶化双方的矛盾, 以至越陷越深。结果, 双方又只得采用“不谈伤心事”的回避、调和的方法, 但这种方法并不能持久, 双方的人格差异仍然会在新的事件中重复以前的“故事”。

与应激有关的人格因素涉及整个人格涵义, 包括人格倾向性 (如需要、兴趣、态度、价值观、信念)、人格特征 (如气质、性格或习惯) 和自我意识的差异。同样以婚姻问题为例, 在笔者的门诊纪录中, 这些差异包括: 北方人的粗线条性格和南方人的细腻性格; 双方自幼形成的生活习惯上的差异; 农村背景与城市背景在各种观念上的差异; 等等。其中双方在观念或信念上的差异又尤其重要, 如婚姻观念、家庭观念、道德观念、经济观念、价值观念、平等观念等的差异, 往往更隐蔽, 也更难以被当事人所察觉。有关这方面的内容, 可参阅《压力 (应激) 系统模型-解读婚姻》一书 (姜乾金, 2011)。

除了婚姻和家庭问题, 人格因素在其他各种应激事件中同样起核心的影响作用。

二、人格特征与临床

(一) 人格与疾病

人格 (个性) 是最早被重视的心身相关因素之一。人格与健康的密切联系早有报告和研究, 早期精神分析论者认为, 不同的人格类型与几种经典的心身疾病如溃疡病, 溃疡性结肠炎, 原发性高血压、支气管哮喘等之间存在内在联系。近几十年大量的人格调查研究证明, 某些人格因素确与多种疾病的发生发展有关, 但其特异性并不高。

关于是否存在某些特定的应激或疾病易感性人格或个性, 一般认为确实存在某种所谓的“脆弱性”人格特点。在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 (type A behavior pattern, TABP)、坚韧人格 (hardy personality) 等。梁宝勇等也已编制了坚韧人格量表, 但尚待进一步研究。

(二) 人格致病机制

其实, 人格与疾病的关联, 很难说两者之间是直接因果关系。倒是人们早已注意到, 人格-情绪 (应激) -疾病之间存在联系。许多资料证明, 特定的人格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, 情绪可能是人格与疾病之间的桥梁。但这一认识并未能进一步解释人格与情绪之间又是如何联系的。

笔者等 (1987-2007) 通过多年的多种样本调查, 利用多种统计分析方法, 证明国人的性格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) 或其他应激变量 (如应对方式) 做出“贡献”。这一类研究为上述人格致病机制提供一定的解

释：在应激作用过程中，人格与各种应激因素存在广泛联系，人格通过与各因素间的相互作用，影响应激心身反应的性质和程度，并最终与个体的健康和疾病相联系。

（三）人格（个性）的量化方法及应用

一些人格量表如 MMPI 等是临床上测定患者人格的重要工具（见第五章）。该量表不仅用于精神疾病的辅助诊断和疗效评价，而且也可用于非精神疾病患者和正常人。在心理门诊，MMPI 中的某些量表分如 Pd 分升高，往往反映正常来访者固执、钻牛角尖、思维古怪等性格特点。但由于 MMPI 以及如 EPQ、16pf 等各种常用的人格量表往往条目过多，除了研究所需，或心理门诊选择使用，一般不适用于医学临床工作，可代之以通过晤谈、观察和调查来评估患者的人格特点。但医生需要掌握基本的人格知识和晤谈技巧。

（四）人格与临床干预

在心理门诊，对每一个来访者都需要判断其人格特征。对于那些人格因素在问题中起突出作用的人，应给予单独指出，解释作用机理，指导解决问题的途径，并可能采用心理治疗的方法。至于更多的来访者，其人格因素仅仅是众多因素中的一项，可以在应激理论指导下做综合分析和具体处理（见第九、十节）。

临床医生也应关注患者疾病背后的人格特点，判断其对临床诊断、治疗的影响，并设法做针对性的处置，如采用不同的心理支持方法。在新医学模式基础上，医疗文书中应记录与患者疾病诊治有关的人格特征及处置方式。

第七节 应激反应

一、应激反应及相关概念

（一）应激反应定义

应激反应 (stress reaction) 从广义来说，是指个体因为应激源所引起的各种生物、心理、社会、行为方面的变化。为便于讨论，本节将其分为应激的心理行为反应和应激的生理反应。从狭义的角度，应激反应是指个体在严重事件打击下，出现各种异常的心理、行为和生物学变化（通常指医学临床各种症状）。

需要指出的是，在应激研究中，要对应激反应作严格界定不是易事。原因是，应激反应与各种应激因素，在概念和内涵上往往存在一定的重叠和交叉。例如，对生活事件的认知评价，本身也是对该事件的一种“反应”。许多应对活动也是因为事件而做出的“反应”，甚至继发的生活事件也是个体对原发事件的进一步“反应”（如被人欺负后报复伤人）。这样一来，这些“认知”、“应对”、“继发事件”似乎都可以被包括进“应激反应”。

单就“应激反应”概念本身做分析，也存在相同的情况：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、认知性反应等。但如果我们将“情绪性反应”（如焦虑情绪反应）再做深入剖析，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。而后两者在概念上已经属于应激的行为反应和生理反应了。

可见，要准确理解各种情况下的应激反应概念，需要理解应激研究对象的多维性和综合体属性，注意这些分类的相对性。

（二）应激、应激反应与心身反应

在第一节已经指出，塞里的早期应激概念主要就是指个体的各种生理反应，以后在应激研究中，才逐渐从应激整体概念中游离出来，出现“应激反应”概念。但在我国医学界的传统认识中，由于职业性质（诊断与治疗）的缘故，在某些医学领域如精神病学或心身医学临床，“应激”与“应激反应”又几乎是同义语，因为医学界倾向于将应激就看成是“反应”，如临床上的创伤后应激障碍等。

应激反应通常又被称为应激的“心身反应”（psychosomatic response）。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。

（三）应激反应与情绪应激

在情绪一章，已经介绍心理学领域依据情绪的强度、持续性和渲染性等特点，分为心境、激情和应激三类情绪状态。可见，在普通心理学里，“应激”就是一种情绪，是重大刺激下个体所表现的强烈情绪反应。这显然与本节的应激反应概念中的情绪行为反应概念相接近。

（四）应激、应激反应与挫折

同样，普通心理学有挫折（frustration）概念，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“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，这样又接近于“应激”概念。

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，例如急性应激可使个体出现认识偏差、情绪激动、行动刻板，慢性应激甚至可以涉及人格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（emotional response）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（anxiety） 最常出现的情绪性应激反应，焦虑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，就是有害的心理反应。这里指的是状态

焦虑 (state anxiety)，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 (fear) 一种企图摆脱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，但没有信心和能力战胜危险，往往只有回避或逃跑。过度或持久的恐惧会对人产生严重不利影响。

3. 抑郁 (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 (anger) 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。患者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过度，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，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（修自刘破资，2008）：

1. 偏执 (paranoia) 当事人表现认识上的狭窄、偏激和认死理，平时理智的人，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

2. 灾难化 (catastrophizing) 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。

3. 反复沉思 (rumination) 即对应激事件不由自主的反复思考，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强迫症状特性。显然这与某些人格因素有关。

4. 闪回 (flashback) 与“闯入” (intrusive) 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灾难的影子，或者脑海中突然闯入既往的一些灾难性

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。

（三）行为性应激反应

伴随应激的心理反应，个体的行为也可有相应改变。

1. 逃避（escape）与回避（avoidance） 逃避是指已经接触到应激源后而远离应激源的行为；回避是指率先知道应激源将要出现，在未接触应激源之前就远离应激源。临床上对患者不合理的回避行为，应给予认识指导和提供训练方法。

2. 退化（regression）与依赖（dependence） 退化是个体受到挫折或遭遇应激时，表现出幼儿时期的行为。退化行为必然会伴有依赖心理和行为，即事事处处依靠别人关心照顾。临床上，退化与依赖行为可见于病情危重经抢救脱险后的患者以及慢性患者，可给予心理和行为训练方面的指导。

3. 敌对（hostility）与攻击（attack） 其共同的心理基础是愤怒。敌对是对相关人员的不友好、谩骂、憎恨或羞辱别人。攻击是在应激刺激下个体以攻击方式做出反应，攻击对象可以是人或物，可以针对别人也可以针对自己。例如临床上某些患者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（helplessness）与自怜（self-pity） 无助或称失助，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的行为反应，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（substance abuse） 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。这些不良行为能通过负强化机制成为习惯。临床上，可在调动其行为改造动机的基础上，给予行为矫正方法上的指导。

三、应激的生理反应

（一）早期研究

坎农于 20 世纪 20 年代提出的“应急”或“战或逃”反应，塞里于 1936 年提出的“一般适应综合征（GAS）”，其主要内容本质上就属于应激的生理反应（参见第一节）。Gellhorn E（1967）在 Hess（1925）有关大脑对内脏活动调节作用的研究基础上，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异性系统

(ergotropic system)和向营养性系统 (trophotropic system)。其中非特异性系统中介的是“战或逃”反应，是个体对伤害性环境刺激做出的生理反应。(表 4-1)

表 4-1 非特异性系统和向营养性系统的兴奋效应

	非特异性系统 (递质: NE、DA)	向营养性系统 (递质: 5-HT、Ach)
自主神经效应	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, 应激生理反应是以神经生理为基础, 涉及全身各个系统和器官。即各种应激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自主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, 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及对应激的免疫反应。

可见, 应激生理反应及影响身心健康的身心中介机制 (mediating mechanism) 涉及神经、内分泌和免疫系统。这三个中介途径其实也是一个整体, 但细节情况正是需要深入研究的课题。

(二) 后期研究

应激生理反应研究一直是病理生理学、分子生物学、神经与精神病学等医学相关领域的热门研究领域。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, 医学界和神经心理学界在应激生理反应研究中取得丰硕的成果, 形成浩瀚的文献资料。其中在研究对象上, 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。笔者 (1990b) 在“心理神经免疫学研究近况”一文中, 介绍了当时刚刚提出不久的心理神经免疫学, 其中就涉及应激与免疫学和生活事件与免疫学等最新进展。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 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/交感为主的自主神经 (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-肾上腺皮质轴和自主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 4-4 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”，应区别于本书后文的“应激系统模型”。）

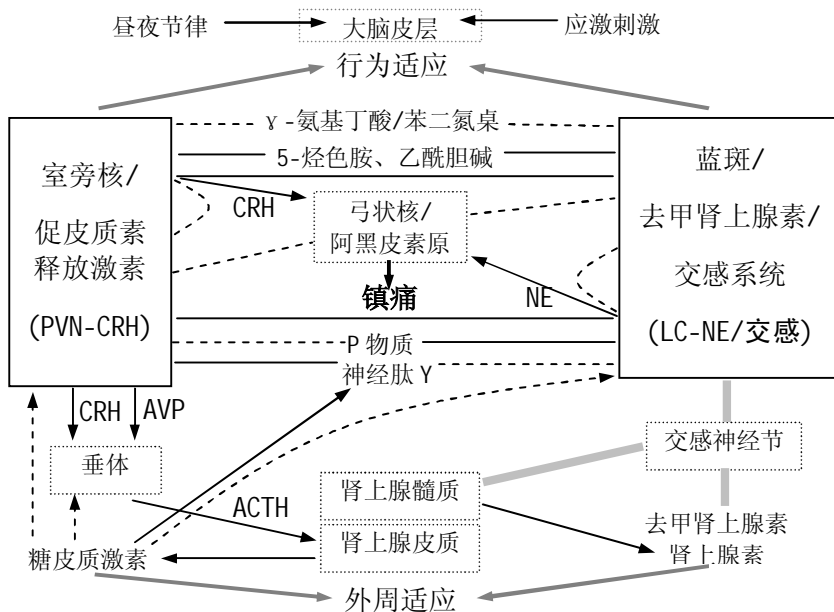


图 4-4 应激反应的中枢和外周示意图。参照 Tsigos C, 2004
(黑实线代表激活, 黑虚线代表抑制)

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，从临床的角度还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”，需要脑科学研究水平的首先突破。

由于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，在各种医学课程如病理生理学和分子生物学中有一定介绍，有的内容则在本书其它章节（如心身医学章）中有所叙述，这里不再做更多的讨论。

四、应激反应与临床

（一）应激反应与健康 and 疾病

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做出的一种适应，这种适应是生物界赖以发展的原始动力。对于一个成长中的个体来说，一定的应激反应不但可以看成是其调整与环境契合关系的能力，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。

其次，毕竟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。例如应激性工作和生活环境导致某些素质基础的个体出现溃疡病，或使一些人的溃疡病长期迁延。

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。这是病因学的重要研究领域，也是心理应激理论与应用的研究课题。心理应激与疾病之间的关系由此建立起了联系。

（二）应激反应致病的生物学机制

在前文有关应激生理反应内容中已提到，应激反应与疾病的生理学机制涉及神经解剖学、神经生物学或神经生化学等方面的大量研究。可以将其概括为心理-神经中介机制、心理-神经-内分泌机制和心理-神经-内分泌-免疫机制三个中介途径，将在第七章第二节作进一步讨论。不过需要指出，目前尚不能阐明应激与各种不同疾病之间生物学机制的细节。

（三）应激反应的量化及应用

在医学临床工作中，医生往往通过医学诊疗标准（主要通过问诊、观察和调查）来判断患者是否存在各种精神症状，以及性质和程度。故应激反应这一概念较少被使用。

在临床研究工作中，如研究应激因素对疾病发生、发展和预后的影响，则需要先确定应激反应变量的量化方法。另外，由于应激反应、心身障碍、心身疾病三者存在联系，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，与各种应激因素做多元分析，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。

在心理门诊（指非临床医学的门诊模式），作为一个与应激有关的概念，应激反应（或心身反应）的量化问题就显得很重要。

在实际工作中，应激反应的量化方法包括：

首先可以根据应激反应的具体内容，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，生理反应可以选择血压、尿儿茶酚胺等。

其次，根据应激反应同时涉及生物、心理、行为方面的变化，目前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。

此外，在掌握应激反应概念内容的基础上，可以通过晤谈、观察和调查的方法对来访者的应激反应做出评估。

（四）应激反应与临床干预

在医学临床，对于各种精神症状有特定的医疗诊断与治疗标准。

在心理门诊，应激反应是主要的心理干预目标。对于心理行为反应，通常采用各种知识

教育、心理指导和心理治疗等手段（参见第十节）；对于生理反应，除了松弛疗法、生物反馈等心理治疗方法，还可考虑使用医学方法如药物。

第八节 应激系统模型

一、应激因素的相关性

根据第一节讨论的应激过程模型，在前面几节已按次介绍了各种应激有关因素。需要重新提一下的是，将应激看成是多因素的作用“过程”，符合人们的因果逻辑思维习惯，有助于认识和处置急性应激事件。但实际上，各种应激因素之间也普遍存在着反向的作用，特别是在慢性应激情况下，这种多因素的双向影响关系会使应激过程变得复杂，从而不能被我们正确认识。笔者及相关人士（1987-2007）二十年来在这一方面做了许多实证调查研究，例如周敏（2007）、韩耀静（2006）、吴志霞（2006b）、周倩（2005）、任伟荣（2005）、钟霞（2004、2005）、卢抗生（2002）、应佩云（2000）、闻吾森（1999）、姜乾金（1996a, 1996b）、来桂英（1994）等等。下面分开叙述。

（一）生活事件受其它应激因素的影响

生活事件作为“应激源”本身也受应激反应等因素的“反作用”。

许多研究证明，认知评价、应对方式、社会支持、人格特点和应激反应反过来也会影响许多生活事件的发生、发展、性质和程度。仅以人格为例，某些人格特征例如钻牛角尖性格可以放大个体对生活事件的感知，偶尔还可导致新的生活事件的形成；许多资料证明，人格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。

（二）认知评价受其它应激因素的影响

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，当你面对街路上有人倚强凌弱时，旁边是否有熟悉伙伴相随可影响你对事件的次级评价。

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。

人格特征间接影响个体对某些事件的认知。其中态度、价值观和行为准则，以及能力和性格等人格心理特征因素，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，从而影响对个人现状的评估。例如，事业心太强或性格太脆弱的人就容易判断自己的失败；具有完美主义倾向人格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”。吴志霞等（2006a, 2006c）验证了人格特质影响自动性思维。

应激反应也并不总是像“过程论”所叙述的单向“接受”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患者的认知趋向于消极。

顾成宇等（2007）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。

（三）应对方式受其它应激因素的影响

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；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。例如，认知评价直接决定个体采用针对问题应对或针对情绪应对，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。

人格特征和行为类型也间接影响个体对特定生活事件的应对方式。例如，有的人具有完美主义的价值观念，在“再评价”应对过程中，会表现更多的不良推理和消极判断；具有冲动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。

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。笔者等（1993）资料显示，人格中的情绪不稳定性 and 内外向维度与特质应对问卷中的条目有相关性，显示人格特质一定程度决定应对活动的倾向性即应对风格。Folkman 曾根据针对情绪应对的跨情景重测相关高于针对问题应对，认为针对情绪应对更多的受人格影响。Glass DC 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 AJJM 和 Flohr PJM（1984）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型行为模式的人不像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。

笔者团队 10 余年来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，此外还与性别、年龄、文化、职业、身体素质等有关。

（四）社会支持受其它应激因素的影响

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。

人格特征也直接或间接影响个体的社会支持。人格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（例如领悟社会支持量表分）。

Sarason BR 等（1981）发现艾森克人格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，显示人格可以与社会支持互为影响。现实生活中，具有完美主义价值观念的人，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。

应激反应同样影响社会支持。例如，慢性疼痛综合征由于长期的心身症状，后期患者的社会支持水平会变得很低。

（五）人格受其它应激因素的影响

按照传统的心理学观点（如国内心理学家许淑莲教授在 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”等常识也是这个意思。这样，在应激系统模型中就产生了一个问题，就是人格可以对其它各种应激因素产生影响，而其它因素是否也能反过来影响人格特征。

其实，即使从常识的角度，人格的某些方面如智力，特别是青少年智力在一定限度内是可以改变的，被叫做开发智力。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，人格是幼年至成年逐渐形成并最终“定型”的一种心理属性。一个人的人格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，应激有关因素对人格产生影响的可能性在逻辑上也是讲得通的，只是所需的时间要比较长。

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人格方面的变化。

据上所述，可以做如下判断，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，最终会影响人格的健全。实际上，国外在有关慢性疼痛患者的人格研究中早已发现这一现象（参见第七章第六节）。

（六）应激反应受其它应激因素的影响

在应激过程模型中，已经强调各种应激因素共同作用最终导致应激反应，在此无需过多讨论。这里只是再强调一下人格对应激反应形成和程度的影响：同样的生活事件，在不同人格的人身上可以出现不同的心身反应结果，

二、应激是多因素的系统

从上文内容中可以看出，各种应激因素之间其实存在着交互的作用。应激过程模型在认识论上基本上是单维的，只反映应激各有关因素之间的单向作用，并指向应激反应。

笔者等自 1987 年以来，通过对应激与健康、应激因素之间的关系等长期临床与实证研究，提出应激（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（姜乾金，2004）。例如，患者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（过程模型）；但反过来，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、社会支持甚至人格特征等过程论的中间因素，也分别各自或共同影响其它因素，或者反过来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。

据此可以认为，应激是多因素相互作用的系统，这就是应激系统模型（system-based model of stress）（图 4-5）。

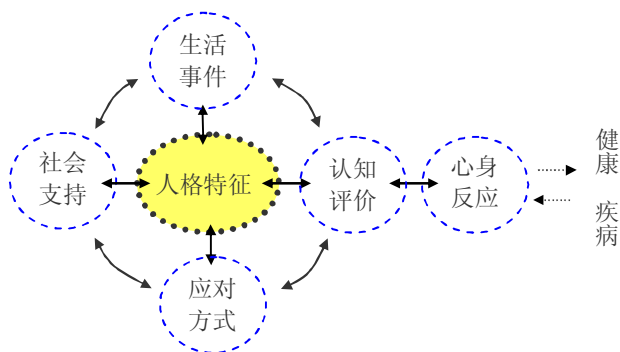


图 4-5-1 应激系统模型（一）

根据系统模型，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（图 4-5-1）等生物、心理、社会（图 4-5-2）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。

该定义首先强调，应激是多因素交互作用的、多维度发展的系统，这有笔者及团队（1997-2007）多年的实证研究证据，国外近些年也有类似的一些研究结果（Kardum I & Krapic N, 2001）。按照应激因素之间存在交互作用的事实，必然既可形成良性循环（平衡），

也可形成恶性循环（失平衡），后者会导致人们难以就事论事加以认识的各种“应激”相关问题。

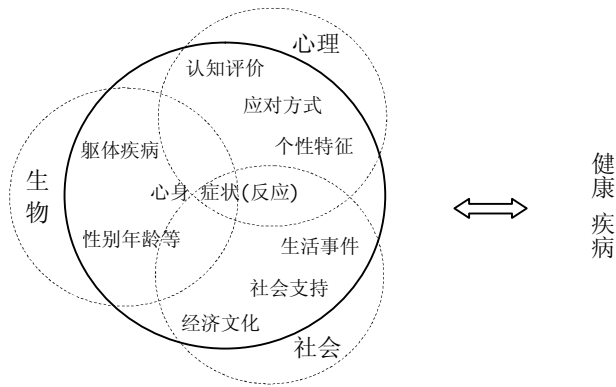


图 4-5-2 应激系统模型（二）

该定义强调，“应激评估”除了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。而且还要系统地分析各因素之间综合作用规律。

该定义强调，“应激干预”除了可以选择从多种应激因素入手，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。同时需要注意对个体应激系统的综合管理与控制。

这种对应激的认识，符合环境与机体之间的系统关系，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。应激系统模型已在此后反映在笔者各种著作中如心身医学（2007a）、行为医学（2008a）、护理心理学（2006b、2012）、医学心理学（2005、2010b）和婚姻专著（2011），也在国内十几个学术会议上作了交流（2007b、2008b、2010a）。

三、应激系统模型的基本特征

为了使这一个部分的描述更容易被理解，我们先来浏览两个案例。

案例 1:

某男，18 岁，重点中学高三重点班学生，成绩一直处班级前列，三周前，因考试成绩有所下降，老师当着全班男女同学的面点名评论了该生，使该生很感失面子，因头痛、焦虑、抑郁、失眠，学习困难、人际冲突，害怕去学校、见同学，已二周不去上学（在家睡觉）而在父亲陪伴督促下来诊。

进一步晤谈、调查简况:

该生讲述，近一年来自己有头痛、焦虑、抑郁、失眠，学习困难、害怕去学校、怕见同学等症状（心身反应），也曾告诉家长（应对方式）但没有被重视。该生认为（认知评价）目前的情况与父亲有关。初中毕业时，父亲曾经答应考上重点高中将给他买一台电脑，但当真考上后又以影响高中学习为由不予兑现（生活事件），导致整个高中阶段自己的情绪都很坏（心身反应），致使学习受影响，越来越乏味，最后才导致目前的状态。

身为教师的家长则认为，该生在小学、初中阶段听话、认真，成绩优良，家长、老师、同学认同，关系良好，本应很有发展前途。但正因为以往太顺利了，缺乏磨练（人格特征），如今遇到困难易怕苦，不能承受“高考压力”（生活事件）而退却（应对方式）。因此希望心理专家帮助做做工作。

班主任指出，该生在高中阶段成绩虽然可以，但不合群、要好的同学不多（社会支持），在某些问题上略显固执（人格特征），钻牛角尖（认知评级），时有人际冲突。认为该生太爱面子（人格特征），不能正确对待（应对方式）自己善意的批评（生活事件），对班会上的点名反应过度。

（注：案例 1 作为本章的主要实例，其临床评估与临床干预问题，见第九至十一节）

案例 2:

一位由急性疼痛转化而来的慢性疼痛综合征患者的主要心理、社会 and 躯体问题，按系统论模型整理如表 4-2。

表 4-2 急性疼痛和慢性疼痛综合征的心身问题比较

	急性疼痛期的心身特点 (伤后 3 个月之前情况)	慢性疼痛期的心身特点 (伤后一年以后情况)
认知特点	对预后看法积极，对治愈有信心，关注工作和外部世界	“痛”成为核心关注点、看问题悲观，专注于痛体验和先兆症状
应对方式	相信医生、求医和合作，使用止痛药，积极活动	祈祷、不断变换医生，寻求各种良方、药物依赖，卧床时间多
社会支持	亲友探视，友善待人	社会交往中断，容易怨恨别人
生活事件 (疾病以外)	生活事件少（工作责任消除，家人理解融洽，获经济补偿）	家人冲突，工作事件，经济事件
人格特征	原有的人格特征（稍有求全、敏感倾向）	宿命观念、自卑、丧失信心，依赖，疑病量表高分
心身反应	焦虑、害怕、情绪行为积极，内脏生理觉醒（心率快等），局部或全身肌张力增高	情绪抑郁、波动、缺乏兴趣，回避现实，消瘦、肌萎缩、无力，嗜睡、失眠

（注：案例 2 作为心身疾病案例，其临床评估和临床干预问题，见第八章第六节。）

结合以上案例 1、2 中的黑体字部分，现将应激系统模型的五项基本特征分述於下：

（一）应激是多因素的系统

作为具有生物、社会属性的人，不论是健康或者疾病状态，本质上都是处于一个多因素的系统之中。

在案例 1 中，该学生存在生活事件（老师批评、家长失信），心身反应（头痛、焦虑、抑郁、失眠）；认知（看问题偏执、学习困难）；社会支持（不合群、人际冲突）；应对（对待批评）；性格（固执、钻牛角尖）等多因素问题。在案例 2 中，慢性疼痛综合征患者同样存在各种应激因素的问题。

（二）各因素之间相互作用

个体所涉及的各应激因素之间互为影响，每一个环节出现变化，都可以影响整个系统，且易形成良性或恶性循环。因此，个体通过自己的感受和判断所报告的，或者别人所观察到的，往往只是系统中的某一部分因素之间的因果关系。

在案例 1 中，因为事情的“起因”是老师批评，“结果”是不去上学，所以班主任认为该生是由于不合群（社会支持），由于不能正确对待批评（应对方式）；家长因为怎么劝说也无效所以认为孩子是由于认识问题与怕吃苦（认知与人格特征）；该生本人则认为这是由于初中毕业时父亲没有兑现购买电脑的奖励承诺（生活事件），以及因此导致高中阶段的情绪很坏（心理反应）；医生则可以认为是由于学校恐怖症（心理疾病）。这些判断理由似乎都符合逻辑，都有道理，但又都不全面。实际上，此时的个体正处在各有关因素的互相作用之中，且在疾病状态下，反映的往往是各因素作用的恶性循环结果。

在案例 2 中，慢性疼痛综合征患者，可以报告疾病的系列症状，但也可以报告社会支持出现问题，他不会也不可能提供系统中的全部因素。即使报告疾病症状，也可能只报告心理的痛苦，或者只报告身躯的困难。案例 2 同样存在各因素间恶性循环的作用。

（三）各因素之间是动态的发展平衡

人的一生是发展变化的过程，在不同年龄阶段和不同处境下，各因素之间处于动态平衡之中，并维持健康适应状态。一旦这种平衡被打破，经过自己努力又不能建立新的平衡，则出现不适应，并产生健康问题。

在案例 1，该生在相对单纯的小学、初中环境中，表现听话、认真，成绩优良，情绪行为积极，家长、老师、同学认同，人际关系良好。显然，那时各种因素之间处于良好互动状态，系统是平衡的。但自进入高中阶段以后，在人际环境复杂化、竞争内容和方式改变、外界压力加剧（高考）、性发展和性敏感性变化等情况下，一旦由于某种因素的变化，很容易在各种因素之间诱发恶性循环，导致在新的历史时期不能动态地建立起新的系统平衡，最终发展到需要医学或心理学帮助的程度。。

在案例 2，慢性疼痛综合征患者不同病期（表中尚未列出慢性疼痛前期）的各种症状表现，反映了各应激因素间的在不同病期的不同失平衡状态。

（四）认知评价是关键因素

认知因素在系统平衡和失衡中有关键性的意义。在临床实际工作中，无论是患者对自身健康问题的判断和症状报告，还是患者对于大多数心理干预技术的接纳、理解和执行程度，认知功能也都起关键的作用。

在案例 1 最容易看出，患者的认知特点（俗称“看问题的方式”）是其心理问题形成、发展，并最终恶化的关键因素。也就是说，不少心理问题的形成是认知评价因素所诱发的（但一旦由认知因素启动因素间的恶性循环，并最终导致系统失衡，此时再回过头来通过单纯的认知调整，就未必能解决问题了）。

另一方面，在心理问题产生以后，当事人由于受自身思维习惯的支配，其所报告的问题性质及前因后果，往往是片面的或者不准确的。其中特别值得注意的是，某些在他人看来明显属于“认知偏差”的看法，来访者却在其固有观念或信念的支配下自己深信不疑。有时来访者虽然也部分知道有些想法不对，但却无法说服自己加以克服，足见认知因素在心理应激临床评估过程中的重要性。

最后，在对案例实施心理干预过程中，需要采用心理指导或者是认知治疗以纠正其“认知偏差”，同样显示认知评价在整个应激系统失衡问题的解决过程中起到关键作用。

同样，案例 2 的认知因素在各种生物心理社会症状的形成、发展过程中也起着关键的启动或者促进作用。

（五）人格特征是核心因素

人格因素在系统是否失衡中起核心作用，包括性格、脾气、习惯、观念等，其中观念（或信念）方面的问题（如求全、标准化倾向）往往更值得注意。人格因素不但直接间接影响其他应激因素，更重要的是人格因素是认知问题（如负性自动思维、认知偏差）的根源，从而使患者对自己的心理问题奈何不得，而且人格因素隐蔽、不容易被感悟、矫正也较困难，故人格因素在应激多因素系统平衡和失衡中起到核心的作用。

在案例 1，该学生在小学、初中阶段的“听话、认真”和高中阶段的“固执、钻牛角尖”。其实都反映了他的某种共同人格特质。临床观察发现，这些人不能简单地用“好”和“坏”来划分。他们往往在观念和态度上存在完美主义和标准化倾向。在不同生存状态下，当应激多因素系统处于平衡时，这种人格特质会促使系统中各因素互相作用而良性循环，该生小学、初中阶段即如此，认知积极、生活顺利、应对积极、人缘不错、心身平和；一旦诱发平衡的失调，这些人格特点又会加剧因素间的恶性循环，该生高中阶段即如此，认知偏执、事件增多、应对消极、人际恶化、心身症状。

在案例 2，慢性疼痛患者是否存在某些人格特征的病因因素在学术界尚无定论。但慢性疼痛患者常显示疑病和抑郁等人格倾向。即使这仅仅是疼痛出现后所导致的人格特征，由于其可以影响所有各种应激因素，故在病情的发展和恶化中同样起核心作用。

第九节 压力的综合评估与分析

在第一节已经谈到，应激（stress）在我国不同领域也翻译为“压力”，而“压力”更容易被临床病人、来访者或者有关服务对象所理解与接受。由于以下各节内容与临床有关，故采用“压力”概念，与“应激”通用。

压力的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分析、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。本节首先介绍压力管理的第一步，即压力的综合分级评估。

一、基本方法

压力评估基本方法包括晤谈、调查、量表和实验法。

（一）晤谈、观察与调查

对压力有关因素的基本评估，可以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压力系统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患者，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压制（suppression）的情况（参见第七章第五节）。又例如，一位面临手术的患者诉说自己紧张得“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患者更紧张。此时需要评估其情绪反应的三方面表现内容——自己的主诉、表情观察和生理反应证据。

半结构式晤谈有助于初学者完成此项评估任务。即分别根据生活事件、认知特点、应对方式、社会支持、人格和压力反应等因素的定义和内涵，以半结构的腹稿，一一展开晤谈、调查和观察，以免遗漏。

上文案例 1，通过对本人、家长、班主任等的晤谈和调查，可获得有关生活事件、认知和应对特征、社会支持、人格特点和压力反应（含心理行为反应、躯体反应）等方面的初步信息。在案例 2，表中所列出的各种压力有关因素也可以通过深入的晤谈、观察和调查初步获得。

（二）量表的使用

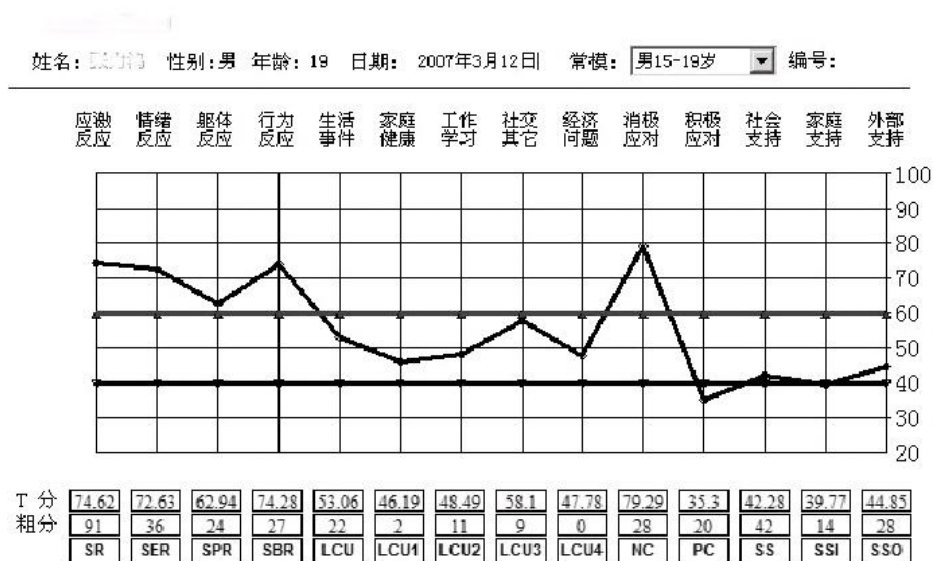
使用各种合适的压力（应激）因素评定量表，也是常用的评估手段。目前国内已经有各种生活事件量表、应对方式量表、社会支持量表、人格量表和心身症状量表等可供选择。其中笔者等从 1987 年开始尝试以生活事件、应对方式和情绪反应三个方面来评估心理社会应激，1993 年开始研究编制多种应激有关因素评估量表，先后（1998a、2000、2001）编制包括评估生活事件、应对方式和情绪反应的团体用心理应激调查表（PSSG）、特质应对问卷（TCSQ）、领悟社会支持量表（PSSS）、医学应对问卷（MCMQ）、老年应对问卷以及压力反应问卷（SRQ）等多种压力因素测评量表，也可选择使用。

在选用评定量表时，应注意在量表内容上尽量符合压力（应激）系统模型中“各自相对独立”的因素概念。例如，在目前常用的某些应对（应付）量表中，往往包含了生活事

件和社会支持的内容；在某些社会支持量表中，也包含了生活事件和应对策略。这种因概念上的重叠而造成内容交叉的情况，其评估结果将影响对压力多因素系统的分析和诊断。对此，建议使用特质应对问卷（TCSQ）和领悟社会支持量表（PSSS），因为这两个量表的设计是基于压力多因素模型，在概念上与其它压力因素之间有相对清晰的界限。又例如，为了评定压力身心反应可能会使用症状自评量表（SCL90），但因为其中已经包含有抑郁和焦虑因子，故此时也不必再使用抑郁自评量表（SDS）和焦虑自评量表（SAS）。

为了避免出现以上情况，这里还是建议使用笔者等经过长期反复修订，所编制的一套含 4 项主要压力因素的心理社会应激调查表（psycho-social stress scale, PSS）。其中的生活事件问卷（LEQ）包含应激性事件和对事件的认知评价；压力反应问卷（SRQ）包含生理反应、心理反应和行为反应；特质应对方式问卷（TCSQ）包含消极应对和积极应对，领悟社会支持问卷（PSSS）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，有利于开展压力因素的综合分析和判断（图 4-6）。（有关应激或压力量表见第五章）

心理社会应激调查表(PSS)测试报告



评估意见:

图 4-6 PSS 测量结果剖面图（案例 1）

在实际工作中，如果选择合适的各种压力（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晤谈和调查方法的正确把握上。

案例 1，通过使用 PSS 以及 SCL90 和 MMPI 量表，获得压力各因素测验 T 分简况：PSS 的学习事件 48，人际事件 58；心理（情绪）反应 73，压力躯体反应 63，行为反应 74；消极应对 79，积极应对 35；家庭内支持 40，家庭外支持 45。SCL90 的 F1（躯体化）58，F3

(人际敏感) 58, F4 (抑郁) 69, F5 (焦虑) 70, F9 (精神病性) 65。MMPI 的 Pd (偏执) 75, Pt (神衰) 63。

(三) 实验

压力评估中涉及的生物学因素, 如压力的生理反应、压力心身中介机制的某些生化学指标、神经电生理指标等, 可考虑使用临床测定指标。

压力系统评估采用分级评估的方法, 包括压力因素评估、压力层次评估和压力系统的整体评估。以下将分别予以讨论。

二、压力因素评估

压力综合分级评估的第一级是对各种压力因素的评估。

通过晤谈、观察、调查和量表测查等手段, 或者结合一定的临床检验指标, 可以做出“压力因素评估”。

(一) 生活事件的评估

1. 晤谈与调查 只要对生活事件种类和内涵有较深刻的掌握, 就能通过深入晤谈和调查, 掌握和记录来访者主要的生活事件。这种评估方法在压力管理工作中很适用。

2. 量表 历史上有Holmes和Rahe编制的社会再适应评定量表(SRRS)。该量表采用客观计分方法, 排除了个体认知因素的作用, 在压力研究尚未进入多因素理论框架时, 这被认为是一种缺陷。而以后发展起来的各种生活事件量表如国内杨德森的生活事件量表等, 则往往采用自我评分的方法, 其中已经包含了一部分“认知因素”。在压力系统模型中, 生活事件和认识评价作为两个变量来看待, 故在使用这类生活事件量表时, 应予适当注意。

在压力评估临床, 最常见的生活事件包括各种生物、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, 其中多数为负性生活事件, 并有各种事件的累积现象, 主观生活事件更常见。

前文案例1、2中, 都存在多种家庭、学习、文化、生物等生活事件, 包括负性生活事件和主观生活事件。

(二) 认知评价的评估

1. 晤谈与调查 临床上一般可以通过晤谈过程中的语言表达方式来判定来访者的认知特点, 也可通过对相关人士的调查来判断来访者的认知问题。

2. 量表 虽然部分情况下可使用“自动性思维”等量表, 明尼苏达多项人格调查表(MMPI)也可以反映一般性的认知特点, 如敏感、偏执和绝对化, 但作为压力关键性中介因素的认知评价, 其量化研究多年来并无显著进展。早期Folkman也曾对认知评价活动进行过定量研究, 但至今尚未发展出用于认知评价的测量工具。目前国内一些自我估分的有关压力因素量表中, 部分结合了个人的认知评价, 如杨德森的生活事件量表和笔者的领悟社会支持量表等。

在压力评估临床, 最常见的认知评价问题是现象学上的“钻牛角尖”, 术语上叫“认知歪曲”或“认知偏差”。

案例1、2都存在敏感、偏执和绝对化等认知倾向（通常会告知：你很“执著”，也“过分认真”或“固执”）。

（三）应对方式的评估

1. 晤谈与调查 在对各种应对策略的内涵和案例有深透了解的前提下，通过晤谈和调查可以大致掌握来访者的各种应对特点（图4-3）。

2. 量表 根据应激过程模型，应对方式涉及各种压力因素。许多应对量表可以评估相关的应对策略，如Folkman和Lazarus在20世纪80年代修订的应对量表(Ways of Coping, WOC)包括对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和自评等8种应对策略。肖计划等(1995)在参考国外研究基础上修订的应付方式问卷，包括解决问题、自责、求助、幻想、退避和合理化等6种应付方式。

根据特质模型，笔者等(1999)的特质应对问卷(TCSQ)具有代表性。所谓特质应对，是指个体在不同的压力情境中可能存在着倾向性的、相对稳定的应对方式，受人格特质的影响。TCSQ包括20个条目，由积极应对和消极应对两个维度组成。

在其他应对问卷方面：沈晓红和笔者(2000)修订的Feifel H医学应对量表(MCMQ)，用于评定患者对于疾病这种“特定”生活事件的应对特点，包含3种应对策略：“面对”、“回避”和“屈服”。张卫东(1998)的老年人特殊生活事件应对问卷和卢抗生等(2000)的老年应对问卷(Ways of Coping for Senile, WOCS)专门针对中老年群体使用。

在压力评估临床，需要评估来访者应对策略的特点(如心肌梗死患者的否认)，以便针对具体生活事件(如癌症)和情绪反应，分析其应对的效能，为相应的干预提供依据。笔者通常评估来访者的积极应对和消极应对水平，其中消极应对高分者，是心理干预的重要切入点。

案例1的特质应对问卷(TCSQ)测量结果，消极应对T分79，积极应对35，具有很高的消极应对和很低的积极应对量分(注意，在TCSQ中，积极应对和消极应对属于两个维度，请见有关原始文献)。

（四）社会支持的评估

1. 晤谈与调查 在对社会支持的内涵和案例有透彻的了解基础上，通过晤谈和调查可以评估来访者的社会支持水平。

2. 量表 国外有Sarason等(1981)编制的社会支持问卷(SSQ)，该量表调查社会支持的数量和对获得社会支持的满意程度。Wilcox(1982)以社会支持类型为出发点编制了社会支持调查表(SSI)，分为情绪支持，归属支持和实质支持3个因子。国内肖水源(1987)参考国外有关资料，简化条目，编制的社会支持评定量表，包括客观支持、主观支持和对社会支持的利用度三个维度。笔者等(2000a)引入Blumenthal的文献，根据Zimet等编制的量表修订完成领悟社会支持量表(PSSS)，从社会支持来源出发，分为家庭内支持和家庭外支持，该量表强调个体对社会支持的主观体验，在压力因素的评估方面有很好的使用价值。

在压力评估临床，应重点评估来访者的总社会支持水平，以及家庭社会支持、主观社会

支持、社会支持的利用度等主要方面。

案例 1 的领悟社会支持量表 (PSSS) 调查结果, 家庭内支持 T 分 40, 家庭外支持 T 分 45, 总社会支持 T 分 42。

(五) 人格的评估

1. 晤谈、观察与调查 这些手段都可以用于实际工作中对来访者人格特点的评估, 前提是首先要对压力有关的各种人格因素如性格、观念及案例有较深入的理解。

2. 量表 常用自陈式人格问卷, 如 MMPI, 其中的 Hy (癔症)、Pd (偏执) 等量分在非病理性的案例中较有临床意义, 通常反映来访者具有敏感、过分谨慎、钻牛角尖等人格特点。EPQ 问卷中同时具备低 E 量分 (内向) 和高 N 量分 (情绪不稳定), 通常反映来访者在压力中的脆弱性, 同样的应激刺激易有较高的心身反应。

在压力评估临床, 应重点关注来访者与压力密切有关的那些人格特征, 例如认知活动的求全和标准化倾向, 行为上的谨小慎微, 自我意识方面的自我中心, 价值观上的反社会反道德倾向, 生活和家庭观念方面的超现实倾向等。笔者的特质应对问卷 (TCSQ) 也同时反映一种倾向于消极应对风格的人格特质。

案例 1 的 MMPI 测查 T 分结果, Pd (偏执) 75, Pt (神衰) 63。

(六) 压力心身反应的评估

1. 晤谈与调查 与医学临床的门诊评估方法基本一致, 通过晤谈和调查来评估来访者的心身症状。在排除躯体疾病因素情况下, 可将这些症状看作个体的压力反应。

2. 量表和实验 根据压力心身反应的具体内容, 可以选择相应的量表或指标, 例如情绪反应选用焦虑或抑郁量表, 躯体反应可以选择一定的临床指标如血压、尿儿茶酚胺等。由于压力反应包含多个方面, 目前在心理临床常采用整体反映心身健康水平的量表, SCL90 使用最多。笔者编制的 PSS 中的压力反应问卷 (SRQ), 也包括情绪反应、行为反应和躯体反应三项量表分, 与压力系统模型一致。

在压力评估临床, 应同时关注生物、心理、社会和行为反应。需要指出的是, 医生出身的评估者容易忽略心理反应和行为反应; 心理学出身的评估者容易忽略躯体反应。

案例 1、2 都显示情绪反应、行为反应和躯体反应。其中案例 1 PSS 的压力反应问卷 (SRQ) 测查 T 分结果, 躯体反应 63, 心理反应 73, 行为反应 74。

(七) 压力因素评估汇总

在确信资料合适并可靠以后, 汇总各单项因素的评估结果, 判断正常与否, 对压力做出多因素的评估与诊断 (相当于“多轴诊断”)。

根据知识、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), 来分别判定各项压力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 个标准差或 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)。

“压力因素”评估的结果，除了为下文的“压力层次”评估和“压力系统”评估提供资料外，其本身也有临床和实际判断上的意义。例如，某位来访者在特质应对量表（TCSQ）的消极应对量表分（NC）过高，可判断其有消极应对风格，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。

三、压力层次评估

在上述“压力因素评估”基础上，进行压力综合分级评估的第二级即“压力层次”的评估。

（一）综合评估前注意事项

压力的层次评估与系统评估都是综合性评估与分析，开始前需要先注意：

（1）评估收集的信息是否全面。包括是否符合压力系统模型的各种压力因素，有否重要的遗漏，如案例1如果没有家长提供的初中阶段信息将难以系统分析该生目前面临的问题。也包括收集信息的方式是否合理，是否充分考虑合理采用晤谈、观察、调查和量表测量，或者结合一定的临床检验指标。

（2）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，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。

（二）压力的三个层次评估

按照系统模型，为有利于临床分析和实施干预，在压力因素评估基础上，将个体的压力问题分三个层次做出描述性判断。

第一层是评估患者的心身问题，即分析患者的压力反应和心身症状情况，做出诊断，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）。

在这个层次的评估过程中，需要注意准确诊断和排除各种精神疾病，包括与压力相关的各种精神疾病病例。这些病例应该采用临床医学的诊治程序（本书定位在正常人群而非精神疾病的“心理问题”）

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。心理教育和心理指导很大程度是作用在该层次上。

第三层是通过分析人格特点特别是观念和态度方面的如求全、完美主义倾向，确定人格因素在整个“问题”系统中的作用。心理治疗很大程度是作用在该层次上。（图4-7）

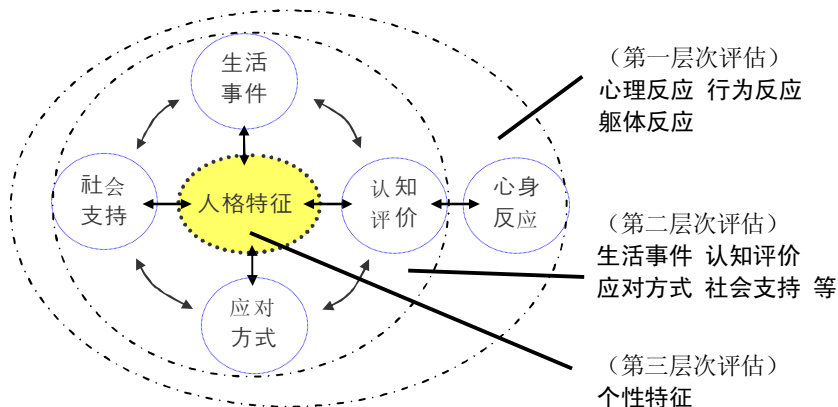


图 4-7 应激（压力）的层次评估示意图

四、压力系统评估

在完成“压力因素评估”和“压力层次评估”以后，须进行压力综合分级评估的第三级即“压力系统评估”。

系统评估是以压力系统模型为基础，对来访者的压力做出整体性的分析与判断。包括，来访者存在哪些压力因素的异常；其中的认知因素和人格因素起到多大作用；系统中的各种因素之间是否存在恶性循环；压力系统的平衡性和稳定性（例如有的来访者一段时间能保持平衡，一段时间严重失衡）等。其中重点是因素间的恶性循环关系和整体系统的失衡。

以上分级评估方法（“压力因素”评估、“压力层次”评估和“压力系统”评估），为下一节个体心理问题干预措施的制订与实施，打下必要的基础。

临床上做综合评估时，多项压力因素或多个层次的异常，往往比单项因素异常更有实际意义。据此可制定不同的控制和管理方法。

第十节 压力的综合管理与控制

根据压力系统模型，所谓压力管理（stress management）或压力调节，就是监测、修正压力各有关因素的非正常水平，促进各因素之间的良性互动，或者将因素间的可能的恶性循环关系转化为良性循环，最终促进和维护整个系统的动态平衡，达到减轻、预防和应付压力的目的。

上一节讨论压力评估和诊断，是由“压力因素”到“压力层次”再到“压力系统”。本节讨论压力的分级干预技术，在顺序上则相反，是由“压力系统”到“压力层次”再到

“压力因素”。分级干预技术内容将分两节，本节讨论“压力系统”评估基础上的“压力系统的分析与指导”和“压力层次”评估基础上的“压力层次的干预策略”，下一节再讨论“压力因素”评估基础上的各种“压力因素的管理与控制”。

一、基本手段

压力管理的基本手段包括①心理教育，②心理指导，③心理治疗和④药物、理化、环境等条件的使用。有关详细内容及案例，将作为“心理问题”的基本干预手段在第六章第一节之五介绍。下面仅从压力管理的角度作简单介绍。

（一）压力管理中的心理教育

其基本原则是仅针对那些单纯以知识缺乏或错误认识所引起的心理压力问题，可通过相关知识的教育（education）和宣传加以化解。在压力管理与控制方面，确实有大量因为缺乏心理学和生物学知识引起的心理问题，在实施心理干预过程中都可采用知识教育的手段。

（二）压力管理中的心理指导

其基本原则是针对那些属于认识过程的问题（如推理、判断不正确）所引起的心理压力问题，可依托心理学原理和实践经验给予各种指导（guidance）。在压力管理与控制方面，对于以认知偏差、生活事件、人际矛盾和应对困难等为主的心理问题，虽然也与来访者的人格有关（图 4-7 第三层问题），也存在各种心身症状（第一层问题），但不是主要因素者，可选择采用专业的心理指导技术，包括认知策略指导，应对技巧介绍，提高社会支持技巧等心理指导方法。

（三）压力管理中的心理治疗

其使用的基本原则是针对压力问题与人格因素密切相关的来访者，其往往表现出类似神经症的症状，如不由自主的多想和注意力不集中，明知自身各方面条件并不差却无法提升生活情趣，难以控制的紧张症状和行为退缩，以及失眠等。对于人格因素起重要作用的来访者，虽然也有认识问题、人际关系的矛盾和应对方式的缺陷等（图 4-7 第二层问题），以及表现相应的抑郁、焦虑等症状或行为问题等（第一层问题），需要一一加以关注和处理，但对这些人还需要设计系统的心理治疗程序。压力管理临床常用的心理治疗方法包括认知行为治疗等。

（四）压力管理中的药物的使用

在压力管理和控制方面，除了上述三类心理干预手段，药物在控制某些症状方面也不可忽略。

（五）压力管理中的其它方法

如调动来访者去感受自然界之博大，通过空气、阳光、森林、泥、温泉浴等，来调控压力的心身反应。目前，随着我国经济发展和社会转型，已经有越来越多的人能接受更宽阔的生存观念。

二、压力系统的分析与指导

(一) 目的

在压力系统模型基础上，通过对来访者的第三级即“压力系统”的整体评估和分析，向来访者作针对性宣传指导，使其做出认知改变和行为调控，从整体上促进其压力系统向新的动态平衡的方向发展。

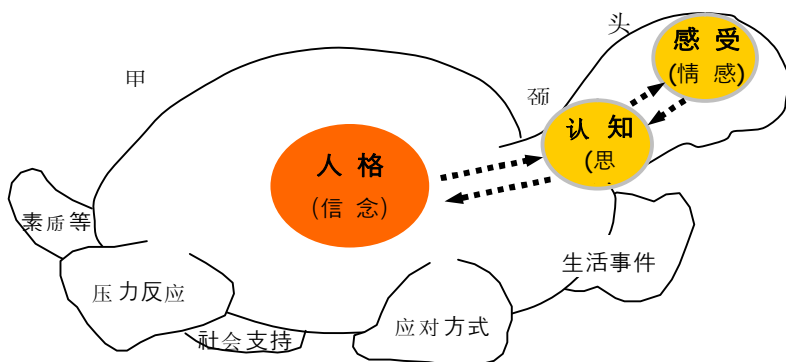


图 4-8 压力系统模型——多因素的平衡

- 龟甲——表示人格，相对变异性小，但始终影响颈部（认知），间接影响头部（感受）。
- 龟颈——代表认知，相对可以改变，是压力控制的重点。人们总认为颈部（认知）决定头部（感受），却忽略了甲部（人格）对颈部（认知）的制约。
- 龟头——代表感受，在模型中代表压力的情感反应，受颈部（认知）的控制，但可以反过来制约认知，时间久了也可以影响甲部（人格）

(二) 主要内容

根据上一节对来访者的压力综合评估（包括因素评估、层次评估和系统评估，约 45 分钟，须另约），归纳来访者个人的压力系统结构特点（图 4-8），运用压力系统模型基本法则，制定针对此人的压力系统分析与控制策略，对来访者做反复宣传指导，其中特别是首诊约谈的开始时段。通过这样的系统分析与策略指导，使来访者对自身压力特点有整体认识，主动促进压力结构向动态平衡方向转变。

通常来访者压力系统的主要特点包括：人格（观念或信念）特点：求全、完美、标准化；敏感。认知特点：认真、执著、坚持真理；偏执、固执、钻牛角尖。情感反应常见的有：焦虑、抑郁、恐惧、人际敏感、躯体症状等。

在向来访者实施宣传与指导时，要让其很快明白自身的压力问题在于多因素的失衡，而不是单一因素的问题。其中既要说明认识（龟颈）对症状（龟头）的重要性，又要说明人格（龟甲）因素对认识的影响，还要说明症状对认识的反作用（参见图 4-8 文字说明）。

一般这样的分析与指导约占约谈时间的前 1/3（15-20 分钟）。期间需要思路清晰，言

简意赅，图示指引，让来访者能够轻易地领悟并接受所做的分析判断。

通常，这样的有针对性的分析与指导，由于远远超越来访者原有的思维模式，即使是学历很高，自觉很聪明，身份地位突出的来访者，往往也能产生明显的思想冲击和情感反响。此外，这样的系统指导还能提升来访者接受进一步帮助的动机。

由于人的思维模式其实受制于人格因素（认知图式），故来访者的这种思想冲击效果往往很快就会消失，原有的思维和情感反应仍然占据上风。故这种整体的压力特点分析和指导，需要在每次约谈的开始 1/3-1/4 时间里反复“复习”。

部分来访者，如果其心理问题的病理性成分（如强迫思维）较低，通过这种反复的压力系统模型的分析与指导，往往收到很好的压力管理与控制的效果。

三、压力层次的干预策略

上文的“压力系统”的分析与指导，是门诊咨询开始阶段的重要干预内容。随着咨询的进展，虽然每次在约定时间内仍要“复习”一下，但所占时间逐渐减少，而将干预重点移到“压力层次”的问题上。

根据图 4-7，在“压力层次”评估和分析基础上，心理教育、心理指导、心理治疗和药物等干预手段可以单独或综合应用于不同层次各个压力因素上。（图 4-9）

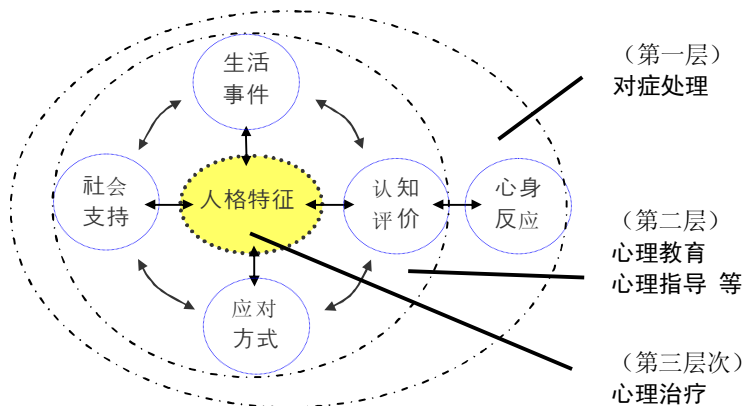


图 4-9 压力的层次干预示意图

（一）心身症状

对于第一层面的心身症状问题，可以采用一定的心理行为或药物干预方法，对某些心身症状实施直接的干预，例如采用放松训练或生物反馈、药物或理疗等，用于降低焦虑、疼痛或失眠等症状。但实际上，来访者第一层面的各种如认知偏差、情绪抑郁、行为退缩等心理行为症状的改善，往往取决于第二、第三层面各种干预方法的最终效果，也就是说对第二、第三层面的各种心理指导和心理治疗手段，会直接或间接促进第一层面各种心身

症状的改善。

（二）生活事件、认知评价、应对方式、社会支持

对于第二层面的生活事件、认知评价、应对方式、社会支持等问题，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。（关于这一层次的干预技术，在第二章有较多的举例说明，读者可给予关注）

（三）人格因素

对于第三层面的人格因素问题，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）。

显然，详细执行上述分层次干预策略，必然涉及到针对具体压力因素的管理与控制技术问题。这将在下一节介绍。

四、注意事项

值得指出的是，压力系统模型干预策略，并不意味着在同一时间里，针对来访者所有层次、所有压力因素（见下一节），使用所有的干预方法。

根据压力系统模型，“心理问题”的产生与压力系统因素的整体失衡有关，但这种失衡也许是由一种或几种压力因素所诱发，造成因素之间的交互作用，形成恶性循环，然后才导致系统失衡，然后再成为“心理问题”。也就是说，“心理问题”的产生，未必是所有的压力因素、所有的层次，都在同一个时间里开始失常。同样的道理，根据压力系统模型，可以选择一个或几个压力因素作为心理干预的切入口，只要在这个被干预的因素上产生积极效果，例如认识改变了，或社会支持提高了，或者应对能力改善了，都可以导致系统内其他因素之间的良性循环，最后促进“心理问题”的解决。

为了将问题说明的更清晰些，这里再以躯体疾病为例作进一步说明。“感冒问题”有许多症状因素，包括鼻子塞、发热、缺水（与发热和不吃饭少饮水有关）等等。不加治疗会让这些症状因素交互作用、恶性循环，导致“感冒问题”加重，例如越是鼻子塞，则越是不思饮食和缺水，越缺水则越不利于降热，反之亦然。滴鼻剂、退热药和多喝水，则是针对不同症状因素的治疗选项，我们可以同时使用这几种选项，但也可以根据症状表现的突出程度或限于门诊的医疗条件，只采用其中的一种或两种选项。例如，仅采用多饮水一个选项，结果因为血容量增多有利于退热，退热有利于降低鼻子塞，鼻子通气了精神爽了饮食和饮水增加，这是一种系统因素之间的良性循环，同样可取得疗效。

可见，压力系统模型指导下的心理问题的综合干预，是根据来访者压力系统的结构特点、各种压力因素的异常程度，以及干预者的能力、条件等，针对其中的一个或几个因素逐步实

施教育、指导或心理治疗，以获得系统问题的整体解决。

第十一节 压力因素的管理与控制

一、生活事件的管理与控制

目的是通过分析和具体指导，帮助来访者解决、缓冲或者回避某些生活事件。

根据评估获得的生活事件性质、程度和影响情况，针对其中的关键事件，或者在压力结构中与其它重要因素密切相关的事件，可分别选择“解决、缓冲、回避”三种不同的生活事件管理策略。

（一）解决

指导来访者解决压力事件，例如同事间的冲突与误会，重大的考试等。

（二）缓冲

指导来访者暂时回避压力事件现场，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，指导生活负担过重者短期旅游。

（三）回避

让当事人与压力事件隔离，如引导某些受难者离开地震现场等。（以上可参阅第二章第二节）

（四）重视主观生活事件

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。一些特别执著的人，往往会不断“制造”生活事件。对于这些主观事件，往往需要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，故还可能需心理治疗。

门诊案例：一位老教授在刚退休的几年里，为了“不使国家受损失（原来国家投入的几百万基础建设成果在校领导更换、政策变化之后被忽略和逐渐消亡）”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。甚至最后他都恨起自己来，要求老伴只要发现自己又开始写信就拿扫把来打他。他这种连当自己都知道但又解决不了的生活事件，显然与其人格特征有关，更需要心理治疗的干预。

二、认知评价的管理与控制

目的是通过再评价、暗示、安慰、激励、调整思想方法，以及必要的认知治疗方法，帮助来访者改变消极的认知评价

临床上来访者常见的认知问题往往表现为“过分认真”，临床心理学的术语就是轻“认知偏差”，有时候本人都并不知觉。

（一）一般认知指导

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，思维逻辑性很严密，难免有时候会出现“聪明一世糊涂一时”的情况。在压力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：

- (1)指导心理移位（知识和技术）；
- (2)指导角色身份转换（原理和举例）；
- (3)实施他暗示或指导自我暗示（学会“讲故事”）；
- (4)安慰、激励技术。

门诊案例：一位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，压力感沉重。医生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，促进工作角色的适应。

笔者在长期临床工作中，对于轻度认知偏差的教育和指导，总结出“八字指导原则”——接纳差异，快乐竞争（在婚姻家庭方面就是“快乐互动”）。即“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，反而促使自己进入快乐竞争状态。快乐竞争又会给系统带来与环境的新的动态平衡。告诉来访者，这很像优秀运动员面对球场上的误判纠纷，基于确信球场上什么事情都可以发生（接纳差异），就能够适时、适当的提出抗议（这是快乐竞争或快乐互动的行为准则），一旦判罚已定，则又能平心静气（再接纳差异），努力去拼搏下面的比赛（再快乐竞争）。发怒或攻击裁判都不符合接纳差异，快乐竞争的原则。

（二）带有“认知治疗”成分的认知指导

有时候，实际工作中遇到的“认知偏差（或认知歪曲）”是很顽固的，这并不一定是来访者缺乏知识或不讲道理，而是由于人格方面的原因，包括浅层的“负性自动性思维”和深层的“功能不良性假设”。这时候，必须采用以下手段加以管理和调控：

- (1)使用“再评价”等应对指导；
- (2)使用带有识别自动性思维和矫正认知偏差的交谈技巧。

（三）使用认知行为治疗程序。

有关细节可查阅第六章认知治疗基本内容。

三、应对方式的管理与控制

应对策略是一个人应付压力刺激（针对问题应对）和解决压力反应（针对情绪应对）的一项重要生存能力，应对策略指导是临床工作中对来访者实施压力管理的重要手段。其目的是通过指导转移、发泄、升华、放松、转换环境等，帮助来访者提高应对效能。

（一）过程应对的管理

图 4-3 中所列的针对不同压力环节的应对策略，在特定的压力条件下，都可能成为临

床压力管理时应对方式的教育和指导切入口。例如：

否认（否定、漠视、淡化压力事件的存在或轻视其严重性）；

升华（指导更有意义的活动）；

再评价（对任何事物都可有不同的认识角度）；

合理化（如自圆其说）；

祈祷（如对于特定的弥留患者）；

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）。

不过，临床心理工作者首先必须对上述各种应对策略的概念、内涵、使用对象和具体应用案例等有熟练的掌握，才能在具体临床案例中轻车熟路地实施具体指导。

（二）特质应对的管理

从特质应对的角度，可以通过特质应对问卷（TCSQ）评定来访者的消极应对水平，并根据各消极应对条目反映的情况，开展相应的应对指导和训练。例如，针对“将情绪压在心底里不让其表现出来”条目结果，给予合适的情绪释放（发泄）应对指导。

四、社会支持的管理与控制

目的是通过提供客观支持、改变主观支持和加强家庭支持，帮助来访者改善社会支持水平。

在多种压力因素中，社会支持是唯一被认为具有单向减轻压力的作用。对于家庭内或家庭外社会支持过低，或社会支持利用度不足，或主观社会支持贫乏的来访者，都应给予相应的管理和控制，包括多种支持手段和途径。

（一）急性压力

面对灾难现场和受难人员，可采取以下一些针对社会支持的压力管理措施，例如：

(1)及时联络难民的亲友到现场可以起到家庭社会支持的作用；

(2)调动更多的人到现场，人多力量大，可以增强客观社会支持；

(3)对于急性事件中处于精神崩溃的人，也许任何话语都是多余的，简单地、长时间握着他（她）的手也是一种社会支持；等。

（二）慢性压力

面对某些慢性压力下的当事人，如体弱多病、贫穷、家庭矛盾、社交困难者，可采取以下一些管理措施，例如：

(1)指导其积极与人交往，可以提高家庭外社会支持程度；增加亲友联络，有利于拓展家庭内支持。

(2)通过对相关对立面的人的“再评价”，可以增强其主观支持；

(3)通过交往技巧指导，如对家庭成员多说好话，说调侃话，也就是“废话”，形成一种家庭氛围，有助于改善家庭内支持程度；

(4)通过组织定期不定期的集体活动，可以增强成员之间的主观支持程度；

(5)某些团体心理训练或者心理治疗活动，可以产生伴随的社会支持效应。

(6)指导其别忘了利用社会支持，如提醒其别忘记“家庭是你的港湾”；也别忘记“世界很大，路很多”，以提高家庭内、外社会支持的利用率。

五、人格特征的管理与控制

目的是通过压力系统分析和讲解，使来访者领悟到自身性格在压力中的核心作用，并在平时生活中重视对自己人格中的某些成分（如完美观念）的修正。

由于人格特征与各种压力因素存在千丝万缕的联系，人格特征不但是压力系统模型中的核心因素，也是压力管理过程中最终的核心对象。

（一）通过认知调控以改变观念

可向来访者做如下几个层次的讲解。

(1)他（她）的某些人格特征（如价值观、爱情观、人生观方面的问题）在其心理问题的产生和发展中起着核心的作用。

(2)他（她）在行为上所表现的“求全、完美”倾向，就来源于自身的这种人格原因。

(3)他（她）的这种人格特征违背压力系统模型的“接纳差异”和“快乐竞争”的适应原则，因此需要加以关注。

临床实践显示，不少来访者因为这样的讲解和指导，产生认识上的“领悟”，出现“减压”效果。其效果虽持续时间不长（因为人格具有稳定性，难以改变），但反复做这样的“领悟”，却是有利于某些人格弱点的矫正。

（二）指导开展自我矫正训练

可通过以下指导促进来访者做自我矫正训练。

(1)分析并举例说明，人格难改变，但不是不可改变，贵在坚持。

(2)从原理上指明，某些不良的观念（如绝对化和极端化）、兴趣（如网瘾）与行为习惯（如自我中心，好高骛远）等，需要通过自我训练实现改变。

(3)通过行为日记等方法督促来访者完成自我矫正训练。

例如，通过严格的时间控制和计划的执行，对网络聊天习惯做自我矫正训练。自我矫正时，家庭支持非常重要，能起到正强化的作用，同时行为改变的成就，也反过来促进家庭支持水平的提高，以及其他压力因素的改善。

另外，指导来访者进行某些积极的习惯性的应对行为训练，如指导学生做面对“挫折”的训练，也是针对人格层面的常用压力管理措施。

（三）心理治疗

由于人格因素的相对稳定性，试图触动人格层面来实施压力管理，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。

六、压力反应的管理与控制

目的是采用心理学和医学的各种技术，帮助来访者降低或消除各种心身症状。

根据压力的心身反应特点，可以从多种干预方法中，选择合适的控制手段。

（一）释放

引导来访者通过倾诉、移情等正当途径，将焦虑、愤怒、悲伤等消极情绪发泄出去。

例如，2004年笔者曾接待过有关南京“哭吧”的记者采访。据说该“哭吧”是专供来客释放消极情绪的。笔者认为，采用释放手段平息烦恼，确实是一种有效的宣泄压力途径，但应注意方法，如果“哭”的方式被经常使用，可能会成为一种不良习惯，影响一个人的性格。

（二）转移

可以指导开展活动、转移注意，以运动、音乐等“玩物不丧志”的形式，转移消极情绪反应。

（三）松弛

通过专业指导下的放松训练可缓解压力的心身反应症状。作为个人，最好能学会掌握“叹气的学问”，通过平时的训练让自己像个“绅士”，遇到紧急压力反应时能自动地深吸气、缓呼气、心身放松，一气呵成。告诉来访者，有了此等功夫，将一辈子受益。

（四）药物

在压力反应严重的某些具体情况下，需要合理用药。但必须向来访者讲解明白，一个人的压力反应，包括心理的烦恼，行为的退缩或攻击，身体的疲惫和痛楚，都是在人体生物学基础上发生的。同时还要看到某些药物除了减轻压力反应本身的症状如降低焦虑外，还可以通过压力系统因素之间的良性循环产生间接的作用，如促进认知、应对和社会支持向积极方向发展。使来访者正确认识到，某些必要的药物其实也是符合心理学的。

第十二节 压力的临床评估与干预实例

前面四节利用案例 1、2，全面论证了压力系统模型的特征；介绍了压力系统模型的评估手段和临床分级评估技术；介绍了在分级评估基础展开的压力系统分析与指导、压力分层次干预策略和各种压力因素的管理与控制。本节将对案例 1 学习压力的临床估价和干预问题，集中予以介绍，以便读者能进一步整体把握压力系统模型基础上的，心理问题的临床操作程序。

一、临床分级评估

采用晤谈、观察、调查和心理测量等手段，对案例 1 心理问题作临床分级评估。

（一）压力因素评估

根据第九节对案例 1 的各项“压力因素”评估结果，现汇总于表 4-3。

表 4-3 案例 1 压力的“因素评估”结果

压力因素	特点描述（根据晤谈、调查、观察和测验）
生活事件	父亲失约（启动因素）、同学矛盾、成绩下降、班主任批评（多种家庭、学习、人际生活事件，包括负性生活事件和主观生活事件）
认知评价	敏感、偏执和绝对化等认知倾向，消极的自动性思维和功能不良假设（参见第六章）（关键因素）
应对方式	消极应对明显（重要因素），积极应对缺乏（特质应对问卷 TCSQ 测量结果，消极应对 T 分 79，积极应对 35）
社会支持	家庭内和家庭外的支持均缺如（领悟社会支持量表 PSSS 测量结果，家庭内支持 T 分 40，家庭外支持 T 分 45，总社会支持 T 分 42）
人格特征	求全、偏执和容易疲乏的人格特点（MMPI 测量 T 分结果，Pd75，Pt63）（核心因素）
心身反应	有明显的情绪反应、行为反应和躯体反应（压力反应问卷 SRQ 测量 T 分结果，躯体反应 63，心理反应 73，行为反应 74。）

判断其中的“启动因素”和“重要因素”。启动因素是指首先启动系统失衡的因素，如本例是父亲失约；重要因素是指系统多因素恶性循环的重要节点，如本例的消极应对等。另外，压力系统模型基本原则中的认知是“关键因素”和人格是“核心因素”的涵义请复习本章第八节，同样在案例分析中给予关注。

（二）压力层次评估

案例 1 的心理问题，其第三层次的人格因素应该起着关键的作用。第二层次的多种因素异常往往是人格因素基础上各因素间恶性循环的结果，与其人格特征有关。例如，其求全和偏执的人格特点，让许多普通的事件变得复杂，且多属于主观事件；由人格因素启动的恶性循环，让自身的应对能力更加消极，使家庭内或者家庭外的社会支持进一步下降，也进一步导致认知评价的钻牛角尖。第一层次的心身症状反而显得次要些。

（四）压力系统评估

案例 1 整体上显示有较高的心身症状（第一层次压力反应），同时兼有 MMPI 测量的高 Pd 分和 Pt 分（第三层次人格特点），更有较高的消极应对（NC）量分，生活事件高分和家庭内或家庭外社会支持低分（第二层次）。这几个层次的资料组合结合多种压力因素评估的异常（表 4-3），显示虽然来访者的人格特征是核心因素或者首发因素，但已经诱发和形成整个系统多因素、多层次的恶性循环，导致整个系统的失衡。这种情况下的一个重要特征，就是当事人即来访者与相关人员如父母、班主任之间，在说法上往往南辕北辙，根本

说不到一块。即使不同心理咨询师，也很可能对心理问题的说法差之毫厘失之千里。

二、临床系统干预

在分级评估与分析的基础上，选用心理教育、心理指导和心理治疗等手段，对来访者的心理问题，以压力系统模型为指导，实施临床综合干预。

（一）压力系统的分析与指导

关于案例 1 的“压力系统”分析与指导内容，在第一次门诊干预性晤谈中主要包括：
①你的人格特点属于求全、完美和标准化的类型；②你的认识特点属于认真、执著（以前）、固执和钻牛角尖（目前）；③你的情感反应特点包括焦虑、失眠等心身症状；④三者互相影响，目前构成恶性循环（以往三者是良性循环）；⑤恶性循环的结果促使生活事件增多，应对方式消极，社会支持缺乏，进一步加重恶性循环，使整个人的“系统”失去平衡，才形成这种“公说公有理，婆说婆有理”的现状；⑥因此，为了能够解决问题，请你必须正确认识自己性格方面的原因，注意！以前是优点，目前成为缺点，接受这一点很重要，它会让你调整认识，接受我们进一步深入的讨论，并能让你的症状相应地减轻。

这种系统的分析和指导，在第二次及以后几次门诊晤谈的开始，都要做简单的复习。

（本例的求助动机不强，系统分析和指导不但能够调动他对自身问题的认识，而且有助于启动他的求助动机，能够接受进一步的门诊帮助）

（二）压力层次的干预策略制订

根据前面层次评估和分析结果，导致案例 1 心理问题的核心因素是第三层次的人格特征，包括求全和偏执的人格特点。故制订干预计划时将重点放在认知行为治疗上，即在第二次门诊开始，每次的轴心是认识行为治疗模式（见第六章第五节）。但同时兼顾各项突出异常的压力因素，做好心理教育和心理指导工作，如生活事件、应对方式、社会支持等（见下文压力因素的管理与控制）。

（三）压力因素的管理与控制

根据案例 1 的“压力因素”评估结果（表 4-3），本例的压力因素管理与控制，涉及几乎所有被评估的因素。

1. 生活事件 在本例的父亲失约、同学矛盾、成绩下降、班主任批评等事件中，前者是首发因素、并被自己持续关注的事件，应成为重点讨论话题。后者多是次发事件，对于恶性循环同样起重要作用，但本人未予关注，故在适当时机上给予讨论或提醒。对于父亲失约事件，不适用“回避”和“解决”，而适用“接纳”，可以通过讨论和解释，以动态的和角色替换的角度，引导来访者自己去领悟其中的积极面。具体晤谈手段参考上一节。

2. 认知评价 认知因素是压力系统模型的关键因素，也是认知行为治疗方法的关键。本例除了一般的认知指导，主要通过认知行为治疗过程中不断涉及的来访者各种消极思维及认知图式的改变，来实现认知改变，具体参阅第六章第五节。

3. 应对方式 来访者存在许多应对方式方面的欠缺，消极应对明显，是形成和加剧来

访者心理问题恶性循环的重要因素。可以指导来访者训练各种直接、间接的成熟的应对策略（参阅图 4-3）。

4. 社会支持 来访者社会支持水平低下，不论家庭内外的社会水平都有待提高（参阅上一节），具体指导和建议措施可以组合到认知行为治疗的主轴线上去。

5. 人格特点 改变信念和观念上的偏执倾向是心理问题的核心因素，本身就是认知行为治疗的目标。在门诊运作过程中，可以从教育和指导的角度，经常解释人格因素在心理问题中的核心作用，以维持治疗动机，促进行为训练计划的完成。

6. 压力反应 本例来有明显的情绪和行为反应。可以一方面向来访者解释症状来自于系统失衡，调整好自身的系统平衡，症状自然消除；同时可以考虑采用某些针对心理和躯体症状的相关干预手段（见上一节）。

（姜乾金）