

情绪低落、紧张、恐惧、幻觉、妄想等,甚至有一些患者的早期临床表现以精神症状为主,而躯体症状不明显,患者首先到精神科门诊就诊,很容易被误诊为精神疾病。如果患者,女,43岁,感到兴趣缺乏,对许多本该有一定反应的事无动于衷,思考问题困难,记忆力下降,注意力难以集中,讲话慢,软弱无力,到心理咨询门诊就诊,诊断为抑郁症,先后给予麦普替林、百忧解等抗抑郁药足剂量、足疗程治疗均无显效。后仔细询问病史发现患者

“应对”研究近况

姜乾金

310006 浙江大学医学心理学教研室

1 心理应激与应对

在讨论应对之前,应先介绍心理应激概念。所谓心

理应激,与俗称的精神紧张或精神压力有近似性。现已证明,应激时的生理和心理反应会以症状和体征的形式表现于临床,成为人们身体不适和精神痛苦的根源,根据综合性医院中的统计,约有 2/3 的病人症状与应激有关。现代人类主要的死亡原因如心脑血管病、癌症及意外伤害等疾病的发生发展就与心理应激有密切关系。心理应激也与现代人类生活中的一些不良行为方式如吸烟、酗酒、药物滥用、多食、运动少、肥胖及对社会压力的不良反应等有密切联系,从而影响人的生命质量。随着工业化的发展,现代化程度越高,竞争越激烈;人际关系越复杂,人对环境改变更不易适应,心理应激问题在人类疾病病因和治疗中的重要性已越来越受重视。因而已引起社区卫生服务工作的重视。

所谓应对(coping),则是指个体为了对付应激而采取的各种相应的认知活动和行为活动,是重要的心理应激因素。

心理应激其实是一种过程。生活事件是原因,故又称“应激源”;由此所引起的心理不适或身体症状是结果,故称之为“应激反应”。应对就在应激源和应激反应中间起着重要的调节作用,故是“中间(介)影响因素”。应对在应激与健康关系中的作用已越来越引起人们的关注。目前认为,应对是决定生活事件是否影响健康的决定性因素。例如,个体遭遇到亲人病故、夫妻离异、事业受挫、遭受歧视等生活事件时,只有在对其应对无效的情况下,才会产生悲哀、抑郁、孤独等负性心理反应,进而还可通过神经、内分泌和免疫学中介途径,使原有的疾病复发或形成新的疾病。作者近年的分析研究也证明,生活事件的致病作用(如非溃疡性消化不良),是由应对方式在其中起中介作用的。

2 应对的分类及测量

应对的直接目标是解决生活事件或减轻因事件而产生的情绪不平衡状态。因此,根据应对目标可以将其分为针对问题应对和针对情绪应对两类。根据应对活动的内容也可将其分成许多种类,如再评价(对生活事件作出重新认识和评价)、问题解决(通过思想上或行动上的活动去解决问题或克服困难)、回避(从思想上或行动上避免与之接触)、顺从(使自己接受或适应事件本身)、幻想(通过幻想来消除痛苦或满足欲望)、求助(寻求社会支持或各种帮助)等。

根据研究角度不同,还可将应对分为过程应对和特质应对。过程应对主要指个体在具体的生活事件过程中所采用的应对策略,由于个体在不同生活事件中往往有不同的应对活动,故过程应对缺乏跨情景一致性,上述针对问题应对多属于此类。特质应对是指个

体在各种不同的生活事件中存在某些相对稳定的、具有习惯化倾向的应对方式或称应对风格,并带有一定的个性特质成分,故有一定的跨情景一致性,上述针对情绪应对多属于此类。

国内应对测量工作业已逐渐开展。目前使用的有:医学应对量表(MCMQ),本量表将患者对疾病的应对方式分为面对、回避和屈服三种。Folkman 和 Lazarus 修订的应对方式量表,本表将应对方式分为对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和自评八种。作者编制的特质应对问卷,则分为积极应对和消极应对两类,初步证明消极应对与癌症、男性十二指肠溃疡、睡眠质量下降、小学生流行性腮腺炎等病症有关。

3 应对与有关因素

应对活动与情景有关。人们遇到不同生活事件时,常采用多种应对策略。但有研究认为最多用的应对策略是能消除内心积怒的倾诉与发泄;效果最好的应对策略是具有显著的慰抚心理创伤作用的消遣和倾诉;不少人则认为烟可提神、酒可浇愁、药物可带来安宁。

应对活动与个性有关。不同个性类型的人在面临应激时会表现出不同的应对活动。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)。A 型行为模式的人与 B 型行为模式的人相比,其应对行为更多地显示出缺乏灵活性和适应不良。

应对机制与年龄有关。研究证明,随着年龄的增长应对方式会逐渐改变。笔者发现老年人与青年人不但应对方式不同,而且相同的应对方式对心身的影响也不同。

4 应对指导

人们在日常生活中,经常会有考试、评比、检查、比赛等事件发生,使人感到精神紧张或有一定压力,其实这就是心理应激,但在它的推动下,人们会更好地工作或学习,故具有积极意义。但是在许多情况下,对于一些过强或持久的紧张或压力,特别是已引起心身症状或已致疾病恶化时,就必须通过应对指导等心理干预方法加以防止或控制。以心理应激理论为基础的应对指导原则如下:

4.1 控制或回避应激源 指导个体通过“问题解决”应对的方法,从根本上消除应激源,这是最理想的控制应激办法。但要想以完全消除应激源的办法来防止心理应激是无法做到的,也是无益于心身健康的。还可指导个体采用“回避”应对的办法,使之远离应激源以减少某些心理应激的发生。例如发生争吵时,劝一方暂时离开现场;又如对年老体弱的人,应避免参加遗体告别仪式等。

4.2 改变认知评价 可指导个体进行“再评价”应对,例如换一个角度去认识生活事件,以减轻应激反应。

4.3 寻求社会支持 指导个体从组织、单位、家庭、同事、亲友那里得到精神上或物质上的支持,即采用“求助”应对方式,对控制心理应激具有十分重要的作用。例如在临床工作中,不可低估病人家属、同事、领导以及医务人员对病人的支持作用。

4.4 分散注意 指导个体参加适当的体育等活动,即采用“转移”应对方式,除了能调节血压,改善血液循环,促进消化和吸收外,还可转移个人对应激源的注意力,解除焦虑、抑郁等不良情绪。

4.5 松弛训练 指导个体通过一定的放松训练即“松弛”应对,以助于控制与应激有关的不良身心反应(症状),包括降低皮层的紧张度,从而减轻焦虑和抑郁等心理症状;降低交感神经张力,从而改善内脏症状例如降低血压,以及调整骨骼肌系统功能如降低头颈部肌紧张(以上三方面是互动的)。松弛训练的方法较多,最简单的被称为松弛反应。其要点有三:①舒适的体位;②全心身入静;③随着深而慢的呼吸主动放松全身。在反复训练过程中要积极想象和体验放松时的“心身舒适”感受。松弛训练时间按需而定,对急性应激可仅几分钟,对慢性症状则应每次 20~30 分钟,每日 1~2 次,持续 3~6 个月或长期使用。

无进一步加重时,就要及时使用精神药物。精神药物有下列种类。

1 抗焦虑为主的精神药物

1.1 苯二氮草类药,如佳静安定、舒乐安定、氯硝安定、三唑仑等。因同时有催眠作用,故宜晚上服用为主。一般为 1~3 片/天,连用 2 周至 1.5 月为宜。在使用时,可以先从小剂量开始,如病人服用后催眠作用较强,则宜减少剂量。如连用时间过长,或剂量过大,可能会产生依赖。如用药量在不断增加,或抗焦虑作用不强时,则宜停用。极少数病人要长期、大量服用才会产生依赖。即使产生也不要紧张,可以使用其他药物(如小剂量甲硫达嗪等)取代,从而逐步减量 and 停用。

1.2 非苯二氮草类药物,有丁螺环酮,5mg/片,每天 1~2 次,每次 1~2 片。有较好的抗焦虑作用,纠正自主神经的失调,不良反应较小,亦无催眠作用。其他有黛安神,每天 1~2 片,在早餐后服,效果好,不良反应很小。

2 抗抑郁症状为主的药物

2.1 三环类抗抑郁药:丙米嗪、阿米替林、氯丙米嗪、多虑平。使用时,只要选一种即可,从小剂量开始,逐步增加剂量,在使用中,要注意其不良反应(主要是自主神经方面,如口干、便秘、腹胀等),以便及时对症处理。告诉病人防止不必要的停用药物。常用的剂量为 25~150mg/d。

2.2 四环类抗抑郁药,去甲替林、米安舍林。作用与