

癌症应对研究与应激作用理论

姜乾金, 朱丽华

(浙江大学医学院, 杭州 310006)

关键词: 应对策略; 心理应激; 癌症患者 中图分类号: R41 文献标识码: A

一、问题的提出

应对(coping)的概念是在本世纪六、七十年代随着心理应激的认知作用理论(cognitive-transactional theory of stress)的研究方向而发展起来的, 应对一词最早由精神分析学派提出, 被认为是解决心理冲突的自我防御机制^[1]。经过近二、三十年的研究发展, 目前多数学者认为, 应对是指个体对生活事件以及因生活事件而出现的自身不平衡状态(应激反应)而采取的认知和行为措施。它的直接目的是为了了解决生活事件或减轻事件对个体自身的影响, 是心理应激作用过程中的重要中介变量, 理论上认为良好的应对策略具有缓冲应激、提高身心健康的作用^[2,3]。

然而, 应对的概念实际上至今仍不统一, 在讨论应对的内涵、外延、性质、种类、与个性及其它心理社会因素的关系、在应激过程中的地位等问题时, 均易引出歧义和异议, 是应激研究中颇具争论性的问题^[4,5]。作者曾认为(并不断试图证明), 应对应该是多维的, 其内涵非常丰富^[6]。例如从应对活动的主体角度看, 应对涉及个体的心理活动(如再评价)、行为操作(如回避)和躯体变化(如放松); 从应对活动与心理应激作用过程的关系看, 应对涉及应激各个环节, 包括生活事件(如面对、回避、问题解决)、认知评价(如自责、幻想、淡化)、社会支持(如求助、倾诉、隔离)和心身反应(如放松、烟酒、服药); 从应对活动的指向性看, 有针对问题的应对和针对情绪的应对; 从应对结果与健康保持的关系来看, 应对可能有好、坏之分; 从应对行为与个性的关系来看, 可能存在特质应对方式; 等等。因此, 作者认为有关应对的研究也应从多方面、多角度入手。例如可以从“广义”的角度进行应对研究, Folkman 的 Ways of Coping 及其各种修订本就是^[7], 也可以从“狭义”的角度进行应对研究, 作者的特质应对问卷算一种^[8,9], 还有为特定事件而进行的“特定”应对研究, 如医学应对问卷(MCMQ)和心肌梗塞病人的否认问卷^[10,11]等。

在应对研究领域, 除了少数单纯理论探讨和实证研究, 许多研究是围绕特定疾病(例如癌症)患者等存在实际问题的群体而进行的。以癌症研究为例, 许多内容涉及应对概念的临床研究正在广泛进行, 其中许多研究证明癌症作为一种严重危害人类身心健康的心身疾病, 其发生、发展明显受到包括应对因素在内的心理社会因素的影响^[12-15]。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^[16,17]。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之间的理论关系。

二、从癌症患者常见应对策略及对预后的影响看应对性质的“好坏”

如上提到, 由于研究者采用的评价应对策略的思路和工具不同, 有关癌症患者存在哪些具体应对策略的研究结果并不统一, 但总的来说, 患者在患病阶段采用某种应对策略对转归、康复、生活质量等的影响不是有益便是无益。在此我们不妨暂且将有关报道里对身心健康有益的应对策略称为积极应对, 将无益的称为消极应对^[8]。

1. 癌症患者的积极应对: 总结有关癌症应对研究资料提示, 常见的积极应对策略有积极寻求信息、面对、寻求社会支持, 有计划的解决问题、战斗的精神、积极再评估、自我控制等^[16-19]。如 Halstead MT(1994) 等使用 Jalowiec 应对量表(JCS)及主观信息表格(SIS)对 59 名存活期大于五年, 非治疗阶段及亦非终末期的病人作了一项描述性调查。发现乐观、面对、支持的应对策略对于这些癌症长期存活者来说是有效

的^[18]。而 Fredette SL(1995)及其同事亦研究发现寻求信息、工作、信教这些应对策略常见于乳腺癌妇女长期存活者。提示采用这些应对策略可能与延长存活期有关^[16]。

2. 癌症患者的消极应对 研究显示癌症患者常见的消极应对策略有绝望/无助、宿命、屈服等^[17,20-22]。如 Temoshok L(1987)曾以淋巴细胞浸润肿瘤的多少, 肿瘤分裂率的高低作为转归的指标, 评价患者应对策略对其疾病转归的影响, 发现较多情感表达的病人转归亦较好, 而表达情感的困难、无助或绝望使癌症进展更迅速^[20]; Lampic C(1994)的研究发现癌症患者无助/绝望的应对风格与心理社会健康状况有负相关^[21]; Chaturvedi SK(1996)及其同事调查了 50 名口腔及喉部癌症病人所关注的事情、应对策略及生活质量, 发现他们采用的主要的无效应对策略是无助及宿命, 因为这种应对策略不能完全解决病人关注的问题, 从而降低了病人的生活质量^[22]。作者也证实, 屈服应对方式不利于癌症患者的心身健康^[17]。

上述有关癌症病人应对策略对临床结果有不同影响的研究结果, 以实际事例说明了应对是应激作用过程中重要中介因素, 其中某些应对方式在性质上存在好和坏, 消极和积极之分。

三、从癌症患者应对策略的影响因素看应对涵义的广泛性和多样性

癌症患者的应对策略固然可影响癌症的转归, 但包括作者在内的许多研究已证明应对策略本身亦受多种心理、社会、生物学因素的影响^[17,23]。了解这些因素在应对策略中的作用, 对于改善病人的应对策略从而增进健康显然有实际意义, 同时对认识应对在应激多因素作用过程中的地位, 也有重要的理论意义。各种研究显示, 影响癌症患者应对策略的因素很多, 包括人格、情绪、年龄、发病史、复发率、存活期、社会背景、对病因的认知和癌症的控制程度等。其中主要的影响因素有:

1. 认知评价

对癌症的认知是癌症患者进行应对的必要的前提, 这些认知包括对疾病、身体健康状况、治疗的认知以及对疾病适应的好坏的评价。对癌症的了解是否确切, 对自己的健康状况是否了解, 对治疗方案是否有信心, 对自己的表现是否认同均可导致癌症患者的应对相应地偏向于更积极或更消极。

Wimmer H(1991) 研究发现对手术治疗有信心的癌症患者术后有清晰的目标, 并努力去达到这目标; 而对治疗无信心的患者则没有这种应对行为^[24]; Buddeberg C(1990) 等对 107 名乳腺癌患者进行了前瞻性的研究, 指出尽管身体的信息(如淋巴结的期, 手术类型, 放疗化疗)极大地影响着患者的应对过程, 而对癌症的认知态度却更能影响患者的应对过程^[14]; Catania S(1988)对乳房切除术的妇女的心理适应情况作了调查: 第一组患者让其在切除前了解确诊为癌症的信息; 第二组患者只在手术后才被告之确诊为癌症, 结果是第一组患者有积极应对模式, 并因此较好的接受肢体残缺的后果^[25]; Caver JF 及其同事(1996)研究发现, 自我评价适应癌症较好的患者, 往往表现面对癌症, 寻求医疗信息, 寻求更多的医学治疗选择, 无助行为较少^[26]。作者的调查情况也与上述结果相一致^[17]。

2. 情绪

人的各种心理活动, 都是在一定的情绪、情感背景上进行的, 因而情绪、情感能直接影响人的一切行为, 包括认知、意志活动和应对活动等。善于表达情感、性情比较乐观的患者其社会支持程度较高, 易有积极的应对策略; 而情感障碍的患者倾向于使用消极的应对策略如: 否认、屈服、回避。Behen(1994)调查了 130 名癌症患者的情绪、社会支持、健康治疗态度等与应对策略(采用 MCMQ 评价)之间的关系, 发现情绪障碍预兆着患者将使用否认、屈服等应对策略^[27]; Friedman LC(1992)等通过对 94 名癌症患者作了乐观的性情、日常应激、家庭环境与两种应对策略之间联系的调查, 指出乐观性情明显预兆着患者的积极行为应对, 而与回避

关^[28]。作者的工作也有类似的结果^[12,17]。

3. 社会支持

社会支持又称社会网络,反映了一个人与社会联系的密切程度和质量,具有缓冲应激的作用。它是癌症患者基础的应对资源。Krishnasamy M(1996)认为癌症这种应激源带来了强烈的情感变化(恐惧和耻辱感),而社会支持帮助患者应对这类情感变化^[29];Guidry JJ(1997)在研究社会支持在癌症治疗中的镇静作用时指出,社会支持为患者提供信息和(或)情感支持,有助于患者采取对癌症的积极应对策略^[30]。

4. 个性特征

个性特征与癌症患者的应对活动及其临床结果有关。关于癌症的个性问题,这里有两种认识,一种是指与癌症的发生有明显相关的各种行为特征,即追求完美、克制等所谓的癌症倾向行为或C型行为。关于这种行为由于多数结论来自回顾性研究,故有人怀疑这或许仅是面对癌症的一种应对结果,但Faller H等通过研究认为癌症病人的这类个性确与病人的不良应对和情绪障碍有关^[31]。另一种是指个性特质或应对风格,往往是指面对癌症个体所表现出的那些带有个性特质成分的应对行为。Pugliese P等在一项癌症化疗的心身因素研究中,就将病人的应对行为作为个性变量来研究^[32]。Temoshok L提出,带有C型行为属性的个性特质或应对风格、情感表达困难以及无助状态等心理因素均促进癌症的发展,并且它们可能是在综合起作用^[20]。

5. 疼痛

疼痛是一种多因子的现象,包括感觉、认知、情感、动机、行为等多种维度,众多研究表明疼痛性质、疼痛位点的数目、对疼痛意义的认知与病人的应对有相关性。Dalton JA(1989)等在研究恐惧、焦虑、情感障碍、家庭因素、应对在癌性疼痛中的作用时发现癌性疼痛患者使用的应对策略较少^[33];Barkwell DP(1991)通过对100名终末期的癌症患者的调查发现患者对疼痛意义的认知(挑战、惩罚、敌对)极大的影响了患者的应对^[34]。

6. 年龄

对于年龄,人们有一个共识,即认为随着年龄的增长,心理的发展逐渐成熟,当面临各种心理应激时,适应与应对的方式也逐渐成熟。癌症患者的应对也是受年龄的影响的。可以这么说,年龄影响患者的应对风格,应对风格再影响癌症患者的心理适应。不过,与健康人不一致之处是癌症患者随着年龄的增长,应对结果倒是心理适应较差。Schonoll RA(1998)报导说,与年长者比较,年青的妇女较多使用战斗的应对策略,而较少使用绝望、无助、宿命、预期性焦虑等应对策略,而且,年青妇女的应对结果往往呈现比较好的心理适应^[35]。

从上述影响癌症患者应对策略的各种因素中可以看出,其中几乎包括了所有应激作用理论的中间因素(认知评价、社会支持、个性特征,以及作为生活事件的性质如疼痛和作为应激反应的一部分如情绪等)。通过分析这些实际研究工作结果可以证明,应激的确是受多因素制约的综合作用的过程,应对与各种应激因素例如个性之间确实存在交互相关性。看来,学术界要想建立一种独立的应对概念、纯粹的应对内容和统一的应对研究方法,似乎既不现实,也无必要。

四、从癌症患者应对策略的干预研究看多角度应对研究的必要性

近年来,尽管应对概念并不统一,但有关应对策略的心理干预已逐渐成为癌症治疗的一部分。总的来说,上文提到的各种影响患者应对策略的心理社会因素,都可以影响癌症患者的应对策略,但能通过干预而起到提高患者的应对能力的主要有认知因素、社会支持和疼痛等。对这些因素的干预能改变癌症病人的应对行为,从而可有助于癌症向好转归、延长患者的存活期和提高生活质量^[16,36-39]。如Kogon MM(1997)等将乳腺癌患者随机分成两组,一组给与支持/表达心理治疗,包括表达对疾病的感受,分担对死亡的恐惧,增进与医生的交流,改善人际关系(即引导积极应对活动)等等及同时进行医学治疗;另一组则只给予单纯的医学治疗,发现心理干预组的生存时间明显比无心理治疗组长^[37];Berglund G(1993)等对30名参加应对技巧等训练的康复期病人进行了调查亦发现训练组的力量、社

会活动等都比对照组增加很多^[38];Fredette SL(1995)对14名存活期大于五年的乳腺癌妇女作了一项应对与关注的描述性研究,指出指导应对策略的应用能提高癌症存活者的生活质量^[16];Cunningham AJ(1993)等让400名癌症病人参加一项简短的提供心理社会支持及应对技巧训练的活动,并调查了他们生活质量。发现该活动提高了大部分癌症患者的生活质量,改善了病人的精神状态^[39]。

各种应对干预研究为癌症临床实践提供了一种新治疗手段,在理论上反证了应对策略对癌症转归、预后、治疗、康复过程的广泛影响,以及显示多侧面多角度应对研究的重要性和迫切性。

五、结论

本文通过对癌症应对临床研究资料和作者多项工作的分析,提出:(1)应对在应激过程中是重要中介因素,但其本身是多维度、多侧面的;(2)应对在特定条件下有好坏之分;(3)应对与各种应激有关因素存在广泛的相关性;(4)应对研究应是多样化的。

【参考文献】

- [1] Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future [J]. Psychosomatic Medicine, 1993, 55(3): 234-247.
- [2] 姜乾金. 主编. 医学心理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 73-92.
- [3] 姜乾金. 心理社会应激因素综合评估初探[J]. 中国行为医学科学, 1998, 7: 182-4.
- [4] 梁宝勇, 郭玉倩, 郭良才, 等. 关于应对的一些思考和实证研究-III [J]. 中国临床心理学杂志, 2000, 8(1): 7-9.
- [5] 姜乾金. “应对”研究近况[J]. 中国临床医生, 1999; 27(11): 16-7.
- [6] 汪向东. 主编. 心理卫生评定量表手册(修订版)[J]. 中国心理卫生杂志社, 1999. 120.
- [7] 卢抗生, 姜乾金, 祝一虹. 中老年人的应对方式初探[J]. 中国心理卫生杂志, 2000, 14(2): 93-5.
- [8] 姜乾金, 黄丽, 卢抗生, 等. 心理应激-应对的分类与身心健康[J]. 中国心理卫生杂志, 1993, 4: 145-7.
- [9] 姜乾金, 祝一虹. 特质应对问卷的进一步探讨[J]. 中国行为医学科学, 1999, 8: 167-9.
- [10] 沈晓红, 姜乾金. 医学应对问卷(MCMQ)中文版 701 例调查结果报告[J]. 中国行为医学科学, 2000, 9(1): 18-20.
- [11] 王守谦, 姜乾金. 否认机制在心肌梗塞疾病中的临床意义[J]. 中国实用内科杂志, 1992, 6: 287-8.
- [12] 姜乾金, 刘小青, 吴根富. 癌症病人发病史中心理社会因素临床对照调查分析[J]. 中国心理卫生杂志, 1987, 1(1): 38-42.
- [13] Chen CC, David AS, Nunnerley H, et al. Adverse life events and breast cancer: case-control study [J]. BMJ, 1995, 311(7019): 1527-30.
- [14] Buddeberg C, Riehl EA, Landont RC, et al. The significance of psychosocial factors for the course of breast cancer-results of a prospective follow-up study [J]. Schweiz Arch Neurol Psychiatr, 1990, 141(5): 429-55.
- [15] Mulder CL, et al. Do psychosocial factors influence the course of breast cancer? A review of recent literature, methodological problems and future directions [J]. Psycho-Oncology, 1992, 1: 155-167.
- [16] Fredette SL. Breast cancer survivors: concerns and coping [J]. Cancer Nurs, 1995, 18(1): 35-46.
- [17] 朱丽华, 姜乾金, 祝一虹, 等. 癌症病人应对特点研究[J]. 中国行为医学科学, 2000, 9(6): 438-9, 457.
- [18] Halstead MT, Fernsler JL. Coping strategies of long-term Cancer survivors [J]. Cancer Nurs, 1994, 17(2): 94-100.
- [19] Hilton BA. The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer [J]. J Behav Med, 1989, 12(1): 39-54.
- [20] Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model [J]. Cancer Surv, 1987, 6(3): 545-67.
- [21] Lampic C, Wennberg A, Schill JE, et al. Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow up visits [J]. Acta Oncol, 1994, 33(8): 887-94.
- [22] Chaturvedi, SK, Shenoy A, Prasad KM, et al. Concerns, coping and quality of life in head and neck cancer patients [J]. Support Care Cancer, 1996, 4(3): 186-90.
- [23] 姜乾金, 黄丽, 王守谦, 等. 生活事件、情绪、应对与心身症状探讨

- [J]. 中国心理卫生杂志, 1996, 4: 180~1.
- [24] Wimmer H. Coping with disease by the patient. Results of a medico-sociological study of the coping process by cancer patients and possibilities for support by the physician[J]. Wien Med Wochenschr, 1991, 141(4): 90~5.
- [25] Catania S, Monti M, Tamburini M, et al. Influence of one-and two-stage biopsy-mastectomy procedures on psychological adaptation of patients[J]. Tumori, 1988, 74(1): 41~4.
- [26] Lavery JF, Clarke VA. Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer[J]. Cancer Nurs, 1996, 19(1): 20~8.
- [27] Behen JM, Rodrigue JR. Predictors of coping strategies among adults with cancer[J]. Psychol Rep, 1994, 74(1): 43~8.
- [28] Friedman LC, Nelson DV, Baer PE, et al. The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients[J]. J Behav Med, 1992, 15(2): 127~41.
- [29] Krishnasamy M. Social support and the patient with cancer: a consideration of the literature[J]. J Adv Nurs, 1996, 23(4): 757~62.
- [30] Guidry JJ, Aday LA, Zhang D, et al. The role of informal and formal social support networks for patients with cancer[J]. Cancer Pract, 1997, 5(4): 241~6.
- [31] Faller H, Lang H, Schilling S. Causal "cancer personality" attribution-an expression of maladaptive coping with illness[J]? Z Klin Psychol Psychiatr Psychother, 1996, 44(1): 104~16.
- [32] Pugliese P, Garufi C, Nisi E, et al. Personality, inner experience, and compliance in advanced cancer patients treated with external pumps[J]. J Infus Chemother, 1995, 5(3 Suppl 1): 134~43.
- [33] Dalton JA, Feuerstein M. Fear, alexithymia and cancer pain[J]. Pain, 1989, 38(2): 159~70.
- [34] Barkwell DP. Ascribed meaning: a critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer-related pain[J]. J Palliat Care, 1991, 7(3): 5~14.
- [35] Schnoll RA, Harlow LL, Stolbach LL, et al. A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer[J]. Psychooncology, 1998, 7(2): 69~77.
- [36] 姜乾金, 吴根富. 集体心理治疗在癌症和慢性病人中的应用[J]. 应用心理学, 1993, 3: 37~40.
- [37] Kogon MM. Effects of medical and psychotherapeutic treatment on the survival of women with metastatic breast carcinoma[J]. Cancer, 1997, 225~9.
- [38] Berglund G, Bolund C, Gustavsson UL, et al. Starting again-a comparison study of a group rehabilitation program for cancer patients[J]. Acta Oncol, 1993, 32(1): 15~21.
- [39] Cunningham AJ, Lockwood GA, Edmonds CV. Which cancer patients benefit most from a brief, group, coping skills program[J]? Int J Psychiatry Med, 1993, 23(4): 383~98.

作者简介: 姜乾金(1945-), 男, 浙江乐清人, 浙江大学医学院教授、主任医师, 中国高等教育学会医学心理学分会副主任委员, 中华医学会心身医学分会副主任委员, 全国七年制规划教材《医学心理学》主编, 我国新兴交叉学科-医学心理学的积极开拓者之一, 多年来重点研究心理应激的理论、方法及其在心身医学临床的应用。

收稿日期: 2002-05-18

编辑校对: 崔立谦