



教育部人文社会科学重点研究基地重大项目成果丛书

Publication Series: MOE Supported Projects of Key Research Institutes of Humanities and Social Sciences in Universities

教育学心理学类 Education and Psychology

精神压力、应对与健康

——应激与应对的临床心理学研究

梁宝勇 等著



教育科学出版社

“教育部人文社会科学研究重大项目成果丛书”

精神压力、应对与健康

——应激与应付的临床心理学研究

梁宝勇 等著

教育科学出版社

责任编辑 刘 进
版式设计 尹明姣
责任校对 徐 虹
责任印制 尚凤玲

图书在版编目(CIP)数据

精神压力、应对与健康: 应激与应对的临床心理学研究 / 梁宝勇等著. —北京: 教育科学出版社, 2006. 4
(教育部人文社会科学重点研究基地重大项目成果丛书)

ISBN 7-5041-3321-3

I. 精... II. 梁... III. 医学心理学-研究

IV. R395.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 016707 号

出版发行	教育科学出版社	市场部电话	010-64989009
社 址	北京·朝阳区安慧北里安园甲 9 号	编辑部电话	010-64989443
邮 编	100101	网 址	http://www.esph.com.cn
传 真	010-64891796		
经 销	各地新华书店		
印 刷	涿州市星河印刷有限公司		
开 本	787 毫米×1092 毫米 1/16		
印 张	19	版 次	2006 年 4 月第 1 版
字 数	280 千	印 次	2006 年 4 月第 1 次印刷
定 价	27.00 元	印 数	00 001-3 000 册

如有印装质量问题, 请到所购图书销售部门联系调换。

前 言

最近几十年以来，随着社会变革和生产力的发展，人们的生活与工作条件已经发生了巨大的变化。社会经济制度的变革，生产方式的变化，生活节奏的加快等等，都加重了人们适应生活的压力或负担。因此，心理应激(psychological stress)或称作“精神压力”，已经成为人一生中必须不断应对和认真处理的重要问题。

国内外大量的研究表明，强烈的、持久的心理应激和不适当的应对(coping)不仅会造成人心理上的不安和情绪痛苦，进而损害人的心身健康、造成心理障碍和心身疾病，而且还会造成工作绩效下降和意外事故的增多。因此，心理应激和应对问题在国外已经成为许多学科共同研究的重大课题。这些学科有心理学（包括临床心理学、变态心理学、发展心理学、咨询心理学、管理心理学、社会心理学和工程心理学等），医学，社会学，生物学，人类学，生理学，生物化学和免疫学等。

据调查，在当代心理学各个领域内心理应激和应对问题是最广泛被心理学家研究的重要课题；自 20 世纪 70 年代后期以来，应激与适应过程的心理学研究数目急剧增加，应对问题更加成为许多临床心理学研究的焦点（Somerfield, and McCrae, 2000）。

目前我国社会正在发生复杂而深刻的变化，这些变化在给人们带来机遇、希望和实惠的同时，也带来新的挑战、矛盾和问题。从而造成人们心理适应的困难，导致应激反应的加剧和繁重的应对需求以及心理障碍乃至心理疾病的发生。一项调查表明，综合型医院门诊病人中 2/3 的病人其发病同心理社会因素有关。这里的“心理社会因素”，主要指心理应激。近些年来，精神疾病患病率迅速升高，也同由于社会变化所造成的心理应激问题加剧密切相关。

作为临床心理学工作者，我们肩负着为我国人民的心身健康服务的

使命。为了促进我国临床心理学的学科发展，并为维护和增进我国人民的心身健康水平、提高心理素养、预防精神和心身疾病做些实际的贡献，我们承担了教育部人文社会科学研究重点基地重大项目——应激与应付的临床心理学研究。经过课题组各位成员的精心研究，我们已经比较圆满地完成了全部研究计划。四年来，课题组已经在国内重要学术刊物上公开发表 24 篇研究报告，出版 4 部学术专著和 1 部论文集。

读者们手中的这本著作是在课题组多项研究工作的基础上精心撰写的。这部专著由两部分组成。第一部分由 6 章组成，由本课题负责人梁宝勇教授撰写；第二部分由 5 章组成，分别由北京大学心理系钱铭怡教授、东北师范大学张向葵教授、天津师范大学李百珍教授、中国人民大学俞国良教授、中南大学湘雅二院姚树桥教授和北京大学医学部洪炜教授负责组织撰写。

在第一部分中首先回顾了“应激”这个专业术语的含义的历史演变过程，重点介绍了关于应激的一些基本的概念模型。随后，我们专门讨论了应激的来源——应激源的类型及其致应激作用的评估，从心理测量学的角度考察了国内外应用较广泛的应激量表。接着，利用两章的篇幅比较全面地介绍了应激的心理反应及其中介和调节机制，应激的生理反应及其调节和中枢整合机制。在第五章中，重点探讨了人类适应社会生活挑战、维护心理健康的两种主要方式——自我防御和应对。关于防御和应对方式的评定和评价，及其所涉及的策略与方法学问题，正在发生革命性的变化，我们在本章内介绍了本领域研究的最新进展，并结合我们自己的研究工作进行评论。在第一部分的最后一章里，专门讨论了应激、应对同健康之间的关系，着重探讨了心理应激对健康的负面影响及其可能的心理和生理机制。此外，本章还讨论了生活应激、工作应激及其在一些疾病发病中所起到的作用，探讨了心身疾病同心理应激间的关系，介绍了在这些问题上的一些最新的研究发现。

本专著的第二个部分介绍了本课题组成员所承担的几项实证研究。第一项研究涉及一个特殊的应激与应对研究领域——羞耻感及其应对策略，研究者采用巧妙的实验设计考察了大学生在面对典型羞耻诱发事件时的应对方式，检验了关于羞耻和内疚差异的 3 种不同的假设。第二项研究考察了中小学教师心理健康状况以及同应对方式之间的关系。第三项研究聚焦于小学生，探讨了小学生的生活压力、学业成就与适应行为的关系。这两项研究结果对于学校心理健康教育、改善师生的心理健康状况都有启发意义。第四项研究体现了研究者对于社会弱势群体的人

文关怀和社会责任感,着重探讨了下岗和失业人员的心理健康状况及其相关因素,包括各种心理应激因素、控制感、应对方式和社会支持等。研究者提供了大量数据,并采用复杂的统计分析技术(包括路径分析等结构方程技术)对调查研究中所涉及的变量之间的关系做了深入分析。第五项和第六项研究聚焦于当代人最为常见的一个心理问题——抑郁障碍,着重探讨了抑郁障碍患者在以归因方式、应对方式和防御方式为内容的心理调节手段使用上的特点,考察了抑郁症患者视觉识别汉字情绪词所诱发的 ERPs 效应。

在心理学领域内,应激和应对问题是一个充满争议和富有挑战性的研究领域。国外临床心理学家认为,关于心理应激的应对的研究目前正处于一个重要的转折关头。在如此短的时间内开展这些研究工作并编写这样一部涉及许多学科领域的书籍,其中的困难可想而知。尽管课题组全体成员已经尽心尽力,但难免遗憾和不当之处。我们热诚欢迎同行专家和读者批评指正,我们也期待着我国出现更多更高质量的心理应激和应对问题的科学研究和著作。

梁宝勇

2005 年 6 月

内容简介

本书是教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“应激与应付的临床心理学研究”的成果。最近几十年以来，伴随着我国社会和经济的发展，人们的生活条件与工作环境已经发生了巨大的变化。这些变化在给人们带来机遇、希望和实惠的同时，也会带来新的挑战、矛盾和问题，从而便会加重人们适应的压力或负担，甚至造成情绪痛苦和心理障碍。因此，心理应激或“精神压力”问题在我国正在成为许多学科共同探讨的重大课题。

本书是课题组多年研究成果的基础上精心撰写的。前 6 章介绍了应激的基本的概念模型，应激源的类型及其致应激作用的评估；探讨了应激的心理反应及其中介和调节机制，应激的生理反应及其调节和中枢整合机制；探讨了人类适应社会生活挑战、维护心理健康的自我防御和应对机制及其评定和评价的策略与方法学问题；深入讨论了应激、应对同健康之间的关系，特别是心理应激对健康的负面影响及其可能的心理和生理机制。本专著的后 5 章介绍了几项实证研究，即羞耻感及其应对策略，中小学教师的心理健康状况以及同应对方式之间的关系，小学生的生活压力、学业成就与适应行为的关系；下岗和失业人员的心理健康状况及其相关因素；抑郁障碍患者的归因、应对和防御方式的特点以及视觉识别汉字情绪词所诱发的 ERPs 效应。

本书是我国第一部专门用来探讨心理应激、应对和健康问题的学术专著。对于进一步发展我国临床（医学、咨询和健康）心理学，维护、增进我国人民的心身健康，预防各种精神疾病和心身疾病，本书具有突出的理论意义和实际价值。



目 录

第一章 应激和心理应激的一般概念

第一节 “应激”一词的由来和词义演化过程

第二节 应激的概念模型与评价

第三节 一体化的应激和心理应激概念

第二章 应激源及其致应激作用的评估

第一节 应激源及其分类

第二节 应激源致应激作用的评估

第三章 应激的心理反应及其调节和中介机制

第一节 应激的心理反应

第二节 心理反应的中介和调节机制

第三节 影响认知评价的心理社会因素

第四节 症状引发心理应激的过程和影响因素

第四章 应激的生理反应及其调节和整合机制

第一节 关于应激的生理反应的几个经典模型

第二节 生理应激反应的调节机制

第三节 中枢神经系统对应激反应的整合

第五章 心理调适——自我防御和应对机制

第一节 关于心理调适的两种概念模式

第二节 自我防御机制

第三节 应对机制

第四节 心理调适研究中的一些方法学问题及其解决办法

第五节 心理应激的控制策略



第六章 心理应激与健康

第一节 心理应激对健康的双重影响

第二节 生活应激与健康

第三节 工作应激与健康

第四节 心理应激与心理生理疾病

第五节 关于不可控制的心理应激的致病机制的研究

第七章 心理应激、羞耻感与应对

第一节 关于羞耻和内疚差异的对比研究

第二节 羞耻易感性及对羞耻的应对

第八章 下岗与离退休人员心理压力和心理健康

第一节 下岗人员的心理压力、心理健康和影响因素的研究资料

第二节 退休人员的心理压力、应对和心理健康调查研究

第八章 中小学师生的心理应激与心理健康

第一节 小学生生活压力、学业成就与其适应行为的关系

第二节 中小学教师心理健康与应对的研究

第十章 抑郁症患者的应激、认知偏差及相关电生理机制

第一节 抑郁症患者的应激性生活事件、认知偏差和应对方式

第二节 社会支持和人格因素在抑郁症患者病情转归中的作用

第二节 抑郁症病人的 ERPs 特征的研究

第三节 抑郁症的其它相关单因素研究

第四节 自动思维及归因方式对抑郁症的多因素分析结果

第十一章 抑郁障碍病人的应激、应对和防御特点

第一节 抑郁障碍发生和发展中的心理社会因素

第二节 关于抑郁障碍病人的归因、应对和防御特点的研究

第一章 应激和心理应激的一般概念

内容提要

应激是一种十分复杂的心理和生理现象，至今尚无公认的定义。本章着重介绍关于应激一词的词义演化过程和应激的概念模型。在此基础上，尝试提出一个心身一体化的应激和心理应激的定义。

精神压力是当代人生活、工作和学习中经常会遇到的一个问题。在心理学（特别是临床心理学、医学心理学、健康心理学、咨询心理学和变态心理学）和医学（特别是心身医学和行为医学）领域，精神压力通常被作为“心理应激”（psychological stress）的核心内容而加以探讨。因此，“精神压力”一词可以大体上看作是“心理应激”这一现象在中国的通俗称谓。

应激（stress）是医学界很熟悉的一个概念。20 世纪早期，著名生理学家坎农（Walter Cannon）对机体在疼痛、饥饿、恐惧和愤怒状态下身体发生的变化做了大量开拓性的研究，这些研究工作将心理应激同疾病的发生联系在一起。上个世纪 30 年代，加拿大生理学家汉斯·塞里（Hans Selye）根据动物和人的实验研究结果，提出了他的生理学的应激学说或应激的生理、生物化学说。这一学说在上个世纪 50 年代达到了顶峰，成为生物医学发展史上的一块重要的里程碑，也成为构成医生们的应激概念的理论框架^[1]。

本书所要重点探讨的是应激现象的心理方面，即心理应激。作为心

^[1] 梁宝勇 主编 《医学心理学》，吉林科学技术出版社 1996 年版，第 123~139 页

理上的一种紧张或压力状态，心理应激是人生中的不可避免的一部分。一方面，它可以提高我们的警觉水平，激励我们做好准备以适应和应对各种情境与生活事件的挑战。从这一点来看，心理应激对人适应环境是有益的。可是另一方面，如果一个人长期地处于心理应激状态下，或者心理应激过于突然、过于强烈，以致超过了个体的适应和应对能力，那么，他的心身健康、工作以及他的关于自己日常生活的情感与生活的质量等，就要受到这种应激的损害。从这个角度看，心理应激或精神压力对人是有危害的。

最近几十年来，随着社会变革和生产力的发展，人们的生活与工作条件已经发生了巨大的变化。工业化、都市化造成了一些地区人口过于密集，住房、交通过于拥挤，以及生活用水和空气的污染。工业生产的现代化改变了人在劳动中所起的传统作用，机器取代了人的部分职能，与此同时新的人机系统向人提出了新的要求。社会经济制度的变革、生产方式的变化又给人际关系增添了新的问题。时代要求人们改变传统的生活方式与习惯、加快生活的节奏、增强竞争能力以顺应这些变化。正如诺贝尔奖获得者 DuBois 所言，“现代人已经……不太需要去对抗饥寒交迫的窘境和其它有伤身体的危险，但是他们必须对付排得满满的日程表，（繁忙的）交通、噪声、拥挤、竞争和其他人为的紧张情境。”这样一来，心理应激问题及其对人的消极影响就变得日益突出了。正因为此，心理应激及其应对问题已经成为许多学科的研究课题，这些学科包括心理学、医学、社会学、生物学、人类学、生理学、生物化学、免疫学和工效学等。从上个世纪 90 年代以来，心理应激和应对(coping)问题更成为心理学所有分支学科中被最为广泛研究的一个重要课题^[2]。

尽管如此，目前学术界对于什么是应激、什么是心理应激尚无完全一致的看法。为了搞清应激和心理应激这两个相互关联的概念的科学含义，我们需要先来考察一下“应激”（stress）一词的由来和词义的演化过程。

^[2] Somerfield MR, McCrae RR. *Stress and coping research : Methodological challenges, theoretical advances and clinical application. American Psychologist*, 2000,55(6):620~625

第一节 “应激”一词的由来和词义演化过程

在我国,“应激”一词首先在医学界开始作为一个有特殊含义的科学术语而使用,之后这个词被我国临床心理学和医学心理学者广泛接纳和应用。

应激是英语“stress”的汉译名称。据考证,“stress”是从拉丁语“stringere”派生来的。“stringere”的意思是“费力地抽取”或“紧紧地捆扎”^[1]。在古法语和中古英语中,它以“stres”和“straisse”等形式出现。应激的最初涵义是“困苦”或“逆境”。后来,这个词又被引入了物理学和工程科学。在物理学中它被用来指加于物体上的外力或压力;在工程科学中则把外力叫“负荷”,把内部的力称作“stress”(汉译为“应力”)。1843年开始人们又采用了一个与应激有关的概念——“应变”(strain),指的是物体的变化、形变或破坏。

在应激这一概念的历史演进过程中,有三位著名的学者做出了重要的贡献。这三位学者是伯纳德(Claude Bernard)、坎农和塞里^[2]。

伯纳德认为,复杂的生命机体的功能既取决于外界环境,又取决于内部环境。面对变幻不定的外界环境,生命的维持之关键是保持内部环境的稳定。他的核心看法是,对有机体的完整性的各种挑战,会诱发身体做出种种反应以抗衡其所造成的威胁。这一看法构成了现代应激概念的基础。

坎农是美国哈佛大学的第一位生理学教授,他的许多研究涉及有机体为保持最适当的功能而对外界环境变化做出反应的具体机制。坎农继承了伯纳德的思想,将机体在面对环境变化时保持内环境稳定的过程称作“内平衡”或“内稳态”(homeostasis)。他认为,我们有特化的感觉神经来实现大脑同身体其它部分间的沟通。大脑能觉察到身体内部状态的不适当的变化,并且能通过种种机制来正确地加以补偿。例如,面对

^[1] Dobson C.B. *Stress_The Hidden Adversary*. England:International Medical Pub.,1982

^[2] Lovallo W.R. (ed.) *Stress & Health : Biological and Psychological Interactions*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1997, p27~34

偏离正常状态的变化，我们能够通过适当的行为来改变环境，或者通过使用自主神经系统和内分泌机制来改变代谢和其它身体过程，以便重新达到最佳的内部状态。如果机体不能应付外界刺激对身体内稳态的挑战，或者不能通过适当的反应加以抗衡以便重新回复到正常的内部状态，那么便会造成组织损害或死亡。

坎农不仅关心物理环境对机体保持内稳态的影响以及身体用来保持内稳态的机制，而且关心有心理意义的刺激——心理刺激对人的影响。他相信，心理和社会功能活动的失调也可导致良好健康状态的丧失。

塞里是应激问题研究历史上第一个系统使用应激概念来说明机体受到威胁时所发生的生理调节反应的生理学家。他用“应激”这一术语代表严重威胁机体内稳态的任何动因的影响，而将引起应激的动因或刺激称作应激源（stressor）。在利用热刺激、冷刺激、感染和毒物作为应激源的动物实验中，他发现，某些反应总是发生；这些反应包括胸腺和其它免疫器官缩小，胃、十二指肠溃疡和肾上腺肥大。由于严重的应激源总是造成这些生理变化，塞里由此推断：核心的应激反应可由许多应激源引起，正如为了满足每一类应激源独特的挑战而需要特殊的应激反应一样。虽然严重程度不同，但应激反应对于个体生存和适应都是必要的。而且，重复的暴露于中等严重程度的应激源，可以增强机体抵抗较长时间的严重的应激的能力。1936年，塞里把应激看成是有机体在遭受到各种有害动因侵袭时所发生的生理和生化方面的变化。

塞里也认识到，虽然应激是机体适应过程的一部分，但长时间的应激也可造成组织损害和疾病。这一思想引起人们对于由正常生理功能的持续变化所引起的潜在危害的极大关注，从而形成了关于生活应激可以造成疾病的现代理论思考。

自上个世纪 30 年代起，心理学家们也开始研究应激问题，从而进一步地扩充了应激的涵义。这一点在一些比较权威和有代表性的英语词典和著作中已有所反映。例如，在《简明牛津英语词典》中，将应激同“痛苦”、“费力”和“疲劳”紧密地联系在一起。

1968 年，当代著名的美国应激和应对问题的研究专家拉扎勒斯 (Lazarus, R.S.) 在《社会科学国际百科全书》中写道，“应激令人联想到在人和动物身上造成的过分要求——造成生理、社会和心理系统紊乱的要求”。1972 年莱维 (Levi) 提出，“应激是在某些情况下据信会导致疾

病的机制之一”。1981 年，布朗斯坦(Braunstein, J.J.)在《行为科学的医学应用》一书中把应激看作是“要求个体适应的任何变化”，在这里，“适应”是指有机体所做出的心理和生理反应，导致有机体“变化”的事物是环境中的和体内的诸多刺激物^[1]。

综上所述，我们可以看到，应激这个词的基本含义是“紧张”和“压力”。在科学文献中，它时而被用来指导致“应变”或“生理、社会和心理系统紊乱”的紧张性刺激物（如“外力”、“压力”、“逆境”和“要求”）；时而指对刺激物的紧张性反应（如塞里所提出的“生理和生化方面的变化”）；还可被用来指介于刺激物与对它的反应之间的一种紧张状态。

上述三种用法实际上代表了心理学家用来研究应激现象时所采用的三种不同的途径。

第一条途径把应激作为自变量加以处理，重点探讨各种紧张性刺激物的特征。心理学家们认为，造成应激反应的刺激物不限于塞里所经常采用的躯体性的刺激物，还应包括心理的、社会的和文化性的刺激物。第二条途径把应激作为因变量加以探讨，研究的重点放在有机体对刺激物的反应方面。这条研究途径很类似于塞里所采用的途径，所不同的是，心理学的应激研究不仅关心有机体的生理和生化方面的变化，而且更重视心理和行为反应。第三条途径把应激作为介于刺激物同对它的生理、心理反应之间的插入变量，将前因与后果联系起来加以探讨。这条途径重点研究应激产生的前提条件，研究调节刺激物同应激间以及对应激的心理、生理反应间的联系的中介因素和调节因素。在这里，应激被视为一种特殊的紧张状态，它既是紧张性刺激物同个体的生理心理特征和环境条件间的相互作用的结果，又是最终的适应活动（心理和生理反应）的“次级激发物”。

第二节 应激的概念模型与评价

据外国学者调查，应激已有三百多个定义和语义上与它类似的词语。为了于混乱之中清理一下思路，人们为应激提出了一些“概念模型”。

^[1]Braunstein, J.J., & Toister R.P.(eds.) *Medical Applications of the Behavioral Sciences*. London: Year Book Medical Pub. INC., 1981

应激的概念模型是对应激现象本质的理论概括。由于人们对于应激现象的实质有不同的看法，所以便有不同的概念模型。目前较有影响的概念模型有刺激模型、反应模型、身心模型、认知评价模型、相互作用模型和保护性反应型式模型（梁宝勇、徐俊冕，1984，2000，1986）^{[2][3][4]}。

一、应激的刺激模型（stimulus-based model of stress）

这个模型将重点放到紧张性刺激物的性质上，所要回答的问题是，是什么使得某些刺激物成为应激源？大量的研究已经表明，能够成为应激源的刺激物具有某些共同的特点，其中最重要的特点是超负荷（overload）、冲突和不可控制。当一个刺激变得十分强烈以致个体不再能对其适应时，就成为超负荷刺激，这个刺激就会引起应激反应。另一类超负荷是工作负担过大，工作超负荷又有两种不同的形式。一种形式是在太短的时间内要求完成太多的工作，另一种形式是 unlimited 时间，但作业标准过高以致不能完全令人满意地达到标准。“冲突”见于一个刺激物同时引起两种或两种以上的反应倾向时，有许多不同类型的冲突情境（例如双趋冲突、双避冲突和趋-避冲突），这些情境的冲突性质是它们引起应激反应的根本原因。“不可控制”意味着我们生活中的事件不以我们的行为为转移。大多数人都希望能控制生活事件，即使这些事件是令人不愉快的，因此，不可控制的刺激是特别充满紧张性的。在这类刺激的影响下，个体会发生强烈的应激反应，甚至造成“习得性无助”（learned helplessness）。

应激的刺激模型有很大的局限性，它没有考虑到不同个体对刺激物的耐受能力有巨大的个别差异。一个刺激对于应付或耐受力低的人来说是一个应激源，但对于耐受和应付能力高的人则可能不引起应激反应。

二、应激的反应模型（response-based model of stress）

^[2] 梁宝勇 《应激（stress）和它的概念模式》，《外国心理学》，1984年第4期，第39-41页

^[3] 车文博主编 《心理咨询大百科全书》，浙江教育出版社2000年版，第86-90页

^[4] 梁宝勇 《心理应激与应激的一体化概念》，《医学与哲学》，1986年第8期，第53-55页

这个模型尝试识别个体在紧张情境中的生理和心理反应形式，其核心看法是，不同的应激源可以引起同样的应激反应综合征。其中最具代表性的看法来自于塞里的生物化学模型。塞里根据自己的动物和人的实验研究结果，提出了“全身适应综合征”（the General Adaptation Syndrome, GAS）的概念。GAS 是可以由许多不同应激源引起的生理反应形式，因此，塞里将这些生理反应称作为“非特异性变化”。进而，他又先后将应激定义为“由机能活动或损伤所造成的所有非特异性变化的总和”，“应激是通过特殊的综合征（即全身适应综合征）而表现出来的一种状态，这个综合征包括生物系统内非特异性地被引起的所有变化”。后来他又进一步简化了他的应激定义：“生物的应激是身体对加予它的任何要求的非特异性反应”。

后来，Dohrenwend(1961)和 Kagan、Levi（1971）等进一步修正和发展了这一模型，从而将心理社会因素分别同人类的精神和躯体障碍联系起来。Dohrenwend 认为，在应激反应中有五个重要因素：(1)应激源，它们有着破坏有机体平衡的倾向性；(2)中介因素和调节因素，起中介和调节应激源影响的作用；(3)应激的体验本身，是应激源同中介和调节因素交互作用的结果；(4)有机体对付应激源的努力（适应综合征，主要指身体的生理变化）；(5)有机体对紧张情境做出的行为反应。他认为，应激是一种“插入”状态，是对应激源的内在反应。

Kagan 和 Levi 指出，心理社会因素可以促成躯体障碍。一个人的生活状态的变化可以引起生理的应激反应；如果这些反应变得显著、持久，就可以在人体上既成功能上的、又造成结构上的损害，最终也会导致死亡。他们认为，应激反应的表现是由心理社会变量与“心理生物学图式”（psychobiological programme）共同决定的。心理生物学图式是一种遗传变量，是有机体按给定的型式进行活动的的能力，它在一定程度上决定了人们对新情境的适应和解决问题的效率。

应激的反应模型没有清楚地说明激活应激机制和非特异性反应所必需的条件，它也没有包括应激状态下人的心理反应。实际上，应激源在引起生理反应的同时，也往往伴随着引起心理反应，如焦虑、恐惧、愤怒或抑郁等。应激的反应模型证实了许多不同的紧张性事件或应激可造成类似的反应或综合征，但它没有对应激的刺激方面加以探讨，没有描述应激源的特点，它只是把应激源定义为“造成应激反应综合征的任何事件”，这是这个模式的一个主要弱点。

三、应激的心身模型 (psychosomatic model of stress)

由亚历山大 (Alexander, F.) 等所提出的这个概念模型的基本设想是, 应激源在身体的一个系统内所造成的“应变”可以影响其他系统, 甚至导致其他系统的病变。个体的生理活动可以受到心理或情绪因素的严重影响。严重的心理生理反应 (psychophysiological responses), 即由情绪刺激引起的生理反应或伴随着情绪活动的生理变化, 在某些情况下也可以造成躯体性疾病。亚历山大等通过大量回顾性调查发现, 某些情绪因素同身心疾病 (psychosomatic disease) 有联系, 从而认为长期的情绪压抑可以导致各种躯体性障碍。这个应激模型认为, 在应激反应中心理反应先于生理反应, 生理反应是由心理反应引起的; 情绪状态的急剧变化导致了身体的生理变化, 接着又可造成内脏器官的功能障碍和器质性损害。对此人们尚有争议。许多人认为, 在应激反应中, 情绪状态、身体的生理变化和行为反应都是主要成分, 它们是同时发生的而不是相继出现的。尽管如此, 应激的心身模型从心理生理学 (psychophysiology) 的角度看待应激现象, 强调人的心理和生理功能活动是相互联系、相互影响的, 这为我们提出心身一体化的应激定义奠定了理论基础。

四、应激的认知评价模型 (cognitive appraisal model of stress)

塞里和拉扎勒斯都认为, 引起应激反应的事件或应激源多种多样, 但不同个体对它们的认知评价可有不同。由于对同样的事件, 不同的人可有不同的认知评价, 因此便可有不同强度和类型的应激反应。塞里在一次演讲中曾经对经常陷于高度精神压力下的公司经理们说过, “问题不在于发生了什么, 而在于你如何看待它”。

1979 年, 武尔福克和理查德生 (Woolfolk 和 Richardson) 正式提出了应激的认知评价模型。该模型认为, 应激反应不是环境因素的直接结果。对我们大家而言, 许多环境因素本来是“中性的”、无关紧要的; 它们之所以引起一些人产生应激反应, 是由于这些人将它们视为“至关重要的”、“必须慎重应对的”。因此该模型认为, 应激反应乃是个体对情境或事件认知评价的结果, 人们感受和评价事物的方式、赋予应激源的意义, 决定着应激反应的发生与否和程度。例如, 同样的手术, 对于有多

次手术经历的病人来说，可能不大介意，坦然处之，但对从未有手术经历的人来说，则可能意味着灾难，从而便可能感到极为紧张和恐惧，体验到很强烈的心理应激。身体某一部位疼痛不适，对情绪乐观、自觉身体健康的人来说，可能毫不在意，但对焦虑性格的人来说，可能认为是严重疾病的征兆，觉得是大难临头，要求医师详细检查和治疗。他们的应激反应之所以有那么大的差异，主要原因显然在于个体对外界刺激的知觉和评价存在差异。许多人将应激反应所表现出的身体症状与情绪障碍归之于外部的某些事件，其实这是一种误解，引起他们身心障碍的真正原因是他们对这些事件的认识和态度。

五、应激的相互作用模型（interactional model of stress）

该模型由著名的应激问题的研究者拉扎勒斯(Lazarus, R.S.)于1976年提出。拉扎勒斯断言，应激不是孤立地存在于个体之外的事物，应激涉及到处于一定环境中的人。应激不仅依赖于外界因素，而且依赖于人本身——依赖于他能如何适当地处理紧张情境，应激是外界环境因素与个体本身的变量间相互作用的结果。拉扎勒斯认为，应激是在“存在着使人承受重负的要求，或超出人的调整应变能力要求”时被体验到的。在应激条件下，机体以整合的方式对应激源（能够引起应激反应的刺激物）做出反应；这些反应，既有生理性质的，也有心理性质的。一个人对紧张性事件或情境的态度和认知评价，是影响应激反应的类别和强度的重要的中介因素。由此可见，上边刚刚提到的应激的认知评价模型可以看作是相互作用模型的一个特例。

自然，应激的相互作用模型不仅仅强调认知评价因素的中介和调节作用，它还关注个体的其他因素或心身特点在紧张性刺激和应激反应之间所起到的调节、中介或缓冲作用。在后来的研究中，受到拉扎勒斯和世界各国研究者最为广泛关注的一个受试者因素是应对方式（ways of coping）。

应激的相互作用模型有助于我们了解应激产生的方式和条件，从而将我们对应激本质的认识引向深入。不考虑到当事人个人的心身特点或应激反应性上的差别，忽视环境因素，便不可能理解为什么面对同一个紧张性刺激不同的人可以产生截然不同的应激反应。这是该模型的最为令人满意的地方。但相互作用模型也存在一些缺陷，它没有具体地指明有哪些中介因素和调节因素参与应激反应，也没有说明它们的作用机制和复杂的相互关系。

六、应激的保护性反应型式模型 (protective reaction pattern model of stress)

由沃尔夫(Wolff, H.G.)等提出并发展的这一应激概念模型认为,当身体受到某一方面的威胁时,就会产生一系列复杂的反应以保护身体不受伤害。这样的威胁既可以是物质性的(如致病微生物、理化刺激物),也可以是象征性的(如心理社会性的刺激物)。所有这些刺激物都可触发同样的或类似的应激反应,包括情绪反应、身体变化和行为反应。

这个模型的突出优点在于,它指出了心理社会性刺激物也可引起应激反应,应激反应不限于生理变化。这个模式的不足之处是,它忽略了中介因素和调节因素(如人格结构)的重要作用,不能回答为什么不同的人对于同一刺激物会产生完全不同类型的应激反应。

第三节 一体化的应激和心理应激概念

综合上面的讨论,我们可以归纳出下面几个要点:

第一,应激是一种涉及心身两个方面的紧张状态。

第二,引起应激反应的刺激物的范围是十分广泛的,既有物质性的(如生物学和理化)刺激物,又有象征性或符号刺激物(心理、社会和文化性刺激物)。

第三,应激是一种内部状态,应激一旦产生,便会表现为各种各样的生理和心理反应。在多数情况下,生理反应同心理反应是并存的。

第四,在对应激的反应性上存在着个体差异,这种差异来自于不同个体的不同身心特点。

第五,在多数情况下应激既不完全是刺激物作用的结果,也不完全取决于当事者的身心特点,应激是个体同刺激情境(包括刺激物和环境)相互作用的结果。

从系统论的角度看,现实生活中的任何人,都是生活于一定自然和社会环境中的。人与环境之间在不同的水平相互影响、相互作用。这种关系既可以表现在人的躯体与自然环境之间,又可以通过肉体器官的接收、加工和转化,表现于心理同自然和社会环境之间。从心理生理学的角度看,人的心理功能与生理功能也是相互联系、相互作用的。人的心

理活动总是以一定的生理过程为基础，心理状态的急剧变化总是导致某种生理反应。反过来，生理功能上的紊乱也会改变人的心理状态。因此，总的来说，尽管不同类别的应激源所引起的应激反应或者偏重于生理方面，或者偏重于心理方面，但只要达到一定的强度，应激源的影响便总是涉及到身心两个方面。

环境中的刺激物作用于人，就对人提出了对它们进行适应或应对的要求。这些要求，除少数(如微生物感染造成的人体必须对之适应的实际要求)外，均需经过人的认知评价过程才有可能起作用。如果一个人认为刺激物对自己的要求是有意义的，那么就会在他身上产生对该刺激物进行适应或应对的需要。进一步，如果他认为这种需要对自己十分重要，而自己的适应应对能力又满足不了这种需要，那么他就将体验到应激。

基于上述观点，我们尝试提出下述统一的应激定义：

应激是由人在生活适应过程中的实际上的或认识上的至关重要的内外环境要求所引起的一种倾向于通过多式多样的生理和心理反应而表现出来的身心紧张状态。

心理应激指应激现象的心理方面。在心理应激中，不管就其来源（应激源），还是就其表现（反应）来说，心理方面都起主导作用。在心理应激的发生过程中，对环境要求的认知起至关重要的作用。如果一个人认识不到存在着对他来说非常重要的内外环境要求，即使客观上存在着，也不会引起他产生心理应激。例如，一个人身上某脏器细胞已经发生癌变，由于处于前临床期，他并无疼痛等不适症状，自然就不会感到精神压力或产生紧张、焦虑、恐惧等心理应激反应。另一方面，有时候，一个人也可以在没有客观的环境要求条件下，凭空想象出某种应对要求，从而导致心理应激。在少数情况下，人们借助于长期积累的经验和遗传本能，即使在没有完全觉知到环境危险或威胁以前，也可产生心理应激反应。因此，我们尝试用下面的一段话来限定本课题研究中的心理应激概念：

心理应激是一个人在察觉到或认识到自己正面对着至关重要而又难以应对的环境要求时产生的一种倾向于通过各式各样的心理和生理反应而表现出来的心身紧张状态。

第二章 应激源及其致应激作用的评估

内容提要

本章由两节组成。第一节着重探讨了应激的来源——应激源的类别，介绍了两种有一定代表性的分类体系。第二节探讨了如何测量应激源的致应激作用，重点介绍了目前国内外常用的两个生活事件量表和我们编制的两个量表。

在前一章里，我们已经将应激定义为由实际上的或认识上的至关重要的环境要求所引起的一种通过多式多样的生理和心理反应而表现出来的身心紧张状态。按照这个身心一体化的定义，“实际上的或认识上的至关重要的环境要求”是应激的来源，而各式各样的生理和心理反应则是应激的表现形式或称作“应激反应”（stress response）。

第一节 应激源及其分类

在应激文献中，通常将向机体提出适应和应对的要求并进而导致充满紧张性的(stressful)生理和心理反应的刺激物称作“应激源”(stressor)。一种刺激物能否成为应激源，除了同该刺激物本身的性质和特点有关外，还取决于当事人对它的态度、认识评价和适应应对能力等主体因素以及环境特点。能够引发应激反应的刺激物的范围是十分广泛的，因此，应激源几乎遍布于我们自小到的所有生活环境之中。从性质上我们大体上可以将人类的应激源分成两大类：躯体性的和心理社会性的。前者又可称作物质性的，后者则属于“精神性的”或称作“符

号”刺激物。躯体性应激源是直接引发生理应激反应的刺激物，是生物医学专家们格外关注的一类致病因素。而心理社会性应激源是引发心理应激反应的主要刺激物，也是导致心理障碍和心身疾病的心理社会因素，从而受到临床心理学和心身医学家的重视。

目前关于应激源的分类，临床心理学家尚未形成一致意见，没有公认的分类体系。下面介绍两种分类意见。

一、 布朗斯坦的分类

布朗斯坦（Braunstein JJ,1981）将人类常见的应激源分成四类：躯体性应激源、社会性应激源、文化性应激源和心理性应激源^[1]。

（一）躯体性应激源

指作用于人的肉体、直接产生刺激作用的刺激物，包括各种理化和生物学刺激物。例如，高温、低温，辐射、电击，强烈的噪声，损伤、微生物和疾病等。这些刺激物不仅引起生理的应激反应，而且也可间接引起心理的应激反应。

（二）社会性应激源

指那些造成人生活风格上的变化、并要求对其适应和应对的社会生活情境和事件。能够改变人生活风格或生活方式的应激源主要有社会动荡、战争、灾荒，社会经济制度的重大变化；日常生活中发生的种种变故，如考试、就业、结婚或离婚、亲人患病或死亡等。近些年来研究发现，不仅重大的生活变化，而且日常生活琐事(daily hassles)也可以导致应激反应。例如，每天挤车上、下班，频繁接待生人，处理各种家庭事务，为孩子的学习操心等，都可归入社会性应激源。

（三）文化性应激源

指要求人们适应和应对的生活的文化方面。这里的“文化”不是指受教育程度，而是指不同民族或地域的人民在长期社会生活中创造和形成的语言、文字、生活方式、风俗习惯乃至民族性格等。当一个人由一个民族聚居区(或一个国度、一种语言环境)迁移到另一个民族聚居区(或另一个国度、另一种语言环境)时，就会面临着生疏的文化环境的挑战，从而就会产生适应和应对的需要和应激反应。

^[1] Braunstein J.J., & Toister R.P. *Medical Applications of the Behavioral Sciences*, London: Year Book Medical Pub. INC, 1981

（四）心理性应激源

指一个人头脑中的不切实际的预测、凶事预感、工作压力以及心理冲突和挫折的情境等。

上述社会性、文化性和心理性应激源在性质上均属于心理社会性质的刺激物，因此也可合称为心理社会性应激源或符号刺激物。

二、国内常用的一种分类方法

这种分类方法主要涉及心理社会性质的刺激物，特别是布朗斯坦分类体系中的社会性应激源^[1]。

（一）应激性生活事件

指个人生活中发生的重要变化，例如夫妻争吵、结婚、离婚、子女离家、亲人患病或死亡，以及像休假、过节等这样的小的生活变化。美国华盛顿大学医学院的心身医学家 Holmes 和 Rahe(1967)根据对 5000 多人的病史资料的分析，编制出“社会再适应评定量表”(SRRS)，该量表中列出了美国人日常生活常见的应激性生活事件，并列出了每一事件所要求的重新适应的程度——生活变化单位(LCU)。LCU 实际上代表相应事件的致应激程度，是对相应事件致应激强度的数量估计。

80 年代以来，我国杨德森、张亚林(1983)和张明圆等(1987)也编制了较适合中国人使用的“生活事件量表”，可用来评估一个人在一段时间内由生活事件所造成的生活应激的程度。

（二）日常生活中的琐事

日常生活琐事虽然不像生活事件那么严重，但由于它们频繁或长期出现，其影响不可低估。实际上，日常生活琐事是造成许多人生活应激的更为主要的原因。Kanner 等(1981)编制了一个“日常生活困扰量表”(the Hassles Scale)，该量表中列出了 117 种美国人生活中常见的、会引起应激反应的琐事，其中最为常见的 10 种依次是：为体重操心，为家庭成员的健康操心，生活日用品提价，居所保养，要做的事太多，误放或丢失东西，庭院或屋外保养，财产投资或交税，预防犯罪和为身体外貌操心。

[1] 徐斌《心理社会因素与疾病》，见龚耀先主编《医学心理学》，人民卫生出版社 1998 年版，第 83-107 页

除了上面的、带有消极色彩的日常琐事外，还有一些让人感到高兴的小事，这些小事被称作“uplifts”。它们虽然也可以引起应激，但其强度较小，持续时间较短。由这些积极的小事引起的应激为“良性应激”(eustress)，对人的心身健康有好处。这一点显著不同于由消极琐事引起的应激，后者对人的心身健康是不利的，甚至在某些情况下会同其他致病因素一起在人身上造成新的疾病。

目前国内尚无自编的、适合中国人使用的日常生活琐事量表。

(三) 与工作有关的应激源

这类应激源又称职业性应激源，指职业活动或工作中影响劳动者心理和生理稳态的诸因素。职业性应激源大体上分为两类(徐斌，1998)：一是职业内在的应激源，即职业劳动本身固有的应激源。这类应激源又可分为劳动条件(气温、湿度、噪声、照明和振动等)，劳动范围(劳动组织中的班组、科室、车间和工段等)，工作负荷及速度控制。二是管理、政策及其执行中的问题，包括组织的结构与气氛，职业性人际关系，个人在组织中所扮角色和责任，以及个人职位的升降等。

上述诸种因素同劳动者的个人因素相互作用，如果劳动者同其工作不能相互适应，便会引起工作应激。过强过久的工作应激不仅会降低工作效率，而且会损害健康，甚至造成伤亡事故。

(四) 环境应激源

一切应激源都是由于内、外环境的变化。这里所说的环境应激源是指人类生存的自然环境的突然变化(如地震、洪水、滑坡和风暴等)以及社会环境的突如其来的或持续的变动(如战争、社会动荡、重大政治经济变革、核事故、空气或水源人为污染等)。前一类可视为自然灾害，后一类则同人本身的行为密切相关，因此可以说是“人为的”。这两类环境应激源对于大多数人而言，大多是严重的、突发的、不可预言和不可控制的新异事件，因此具有强烈的致应激作用。它们的影响之大甚至可以掩盖个体差异的作用，以致经历它们的绝大多数人会产生恐慌，随后可能有相当多的人因强烈心理应激的影响而产生疾病症状。

第二节 应激源致应激作用的评估

不同的应激源可以在同一个人身上引发出不同强度的应激反应，这说明不同的应激源有不同的致应激作用。例如，临床观察发现，人生中发生的许多重大生活变故都可以引发强烈的应激反应；而日常琐事，虽然也可以使我们感到紧张、产生压力，但它们往往比较轻微。不仅如此，不同应激源的不同致应激作用还表现为不同的应激源可以在同一个人身上引发不同性质的应激反应。例如，结婚和离婚，得到提升和被罢免，都是充满紧张性的、要求当事人适应和应对的生活事件，都可以引起比较强烈的应激反应，但它们在性质上往往是不同的。前者（结婚和职位得到提升）引起的应激反应往往包含兴奋、快乐和希望等“积极”的成分，而后者（离婚、被罢免）引起的应激反应则可能包含悲哀、无助和失望等“消极”的成分。

评估或测量不同应激源的致应激作用，有重要的理论和实践意义。从理论上说，这项工作有助于将应激研究引向深入，从而阐明心理应激的实质和应激致病的一般规律。从实践上看，这项工作可以为我们应对外界环境的各种挑战与威胁、维护和增进健康，指明科学的原则和途径与方法。

应激源致应激作用的评估或测量不是一件容易做的事情。一个重要的原因是，应激和应激反应（包括其性质和强度）是外界刺激（应激源）同当事人个人的一些心身特点间交互作用的结果，而不仅仅取决于应激源本身的性质和特点。尤其是心理性、社会性和文化性应激源，它们的致心理应激作用通常会受到当事人对它们的认知评价、态度和应对能力等的显著影响，以致同一应激源可以在不同的人身上引发出性质截然不同、强度差别很大的应激反应。

科学进步离不开对有关研究对象的分门别类和数量化。尽管遭遇到许多困难，为了将应激研究引向深入，临床心理学家们经过多年探索和大量尝试，在评估应激源的致应激作用方面还是取得了一些成果。

下面我们着重介绍关于生活应激源的致应激作用的评估中取得的部分成果。

一、社会再适应评定量表

社会再适应评定量表（social readjustment rating scale, SRRS）是由美国华盛顿大学心身医学家 Holmes 和 Rahe 在上个世纪 60 年代共同编制的，一个用来评估生活应激源致应激作用的量表。该量表的成功编制将应激同疾病间的关系的研究引向量化的道路，在国际上引发出成千上万的研究，并成为后来许多同类量表纷纷仿效的样例^{[1][2]}。

基本理论假设：任何形式的生活变化都要求个体动员个人的应对资源去做新的适应，从而便会产生不同强度的应激。

编制过程：Holmes 和 Rahe 首先根据对 5000 多名美国成年人的病史分析和实验室实验所获得的资料，搜集到美国成年人生活中可能会遭遇到的一些生活事件。这些生活事件都有可能破坏人原有的心理和身体状态的平衡，要求人对其做出调节或适应，从而引发应激反应。然后，Holmes 和 Rahe 将所有这些生活事件的题单发给 394 名受试者，让他们独立地对这些事件的致应激作用进行数量化的估计。

为了使得这种估计能最终转化成—个量表，Holmes 和 Rahe 首先将应激源的致应激作用定义为“应激源所要求的再调节的数量”：即如果该生活事件发生了，一个人需要做出多大数量的调节方能恢复平静状态。在此基础上，他们又人为地将“结婚”这一生活事件所需要的调节量定为 500，将“配偶死亡”这一事件所需要的调节量定为 1000；要求受试者以此为参照，估计其他生活事件发生时所分别要求的调节数量。

待所有受试者完成对这些生活事件致应激作用大小的数量化估计后，研究者计算出全体受试者对每一生活事件估计的平均数，而后除以 10，便得出每个生活事件的致应激值。Holmes 和 Rahe 将生活事件的致应激值称作“生活变化单位”（life change units, LCU），并按其大小给这些生活事件排序，由此便形成了由 43 种常见而又重要的生活事件组成的正式的“社会再适应评定量表”（SRRS）（见表 2-1）。

^[1] Holmes, T.H., & Rahe, R.H. *The social readjustment rating scale*. *Psychosomatic Medicine*, 1967, 11, p213-218.

^[2] [美] Roger R. Hock 《改变心理学的 40 项研究》，白学军等译，轻工业出版社 2004 年版，第 236-248 页

表 2-1 社会再适应评定量表（SRRS）

等级	生活事件	LCU	等级	生活事件	LCU
1	配偶的死亡	100	23	儿女离家	29
2	离婚	73	24	姻亲纠纷	29
3	夫妻分居	65	25	杰出的个人成就	28
4	坐牢	63	26	妻子开始或停止工作	26
5	家庭成员死亡	63	27	上学或毕业	26
6	个人受伤或患病	53	28	生活条件的变化	25
7	结婚	50	29	个人习惯的改变	24
8	被解雇	47	30	与上司的矛盾	23
9	复婚	45	31	工作时数或条件变化	20
10	退休	45	32	搬迁	20
11	家庭成员健康变化	44	33	转学	20
12	妊娠	40	34	娱乐改变	19
13	性的困难	39	35	宗教活动变化	19
14	家庭增加新成员	39	36	社会活动变化	18
15	业务上的再调整	39	37	抵押或贷款少于万元	17
16	经济状况的变化	38	38	睡眠习惯上的变化	16
17	好友死亡	37	39	一起生活的家庭成员数目变化	15
18	工作性质变化	36	40	饮食习惯改变	15
19	夫妻不睦	35	41	休假	13
20	抵押超万元	31	42	圣诞节	12
21	抵押品赎回权被取消	30	43	轻微违法行为	11
22	工作职责上的变化	29			

（译自 *Journal of psychosomatic Research*, Volume 11, Holme,T.H., Rahe,R.H., p216,1967）

Holmes 和 Rahe 发现，不同年龄、性别、婚姻状况、种族、文化程度、社经地位和宗教信仰的人对各种生活事件的致应激作用大小的评估结果具有相当高的一致性。这说明，该量表具有较广泛的适用性。

利用 SRRS，我们便可以对一个人在一段时间内由所遭遇的各种生活事件所造成的总的应激强度（或俗称“精神压力”）做出数量化的估计。由于大量临床观察表明，许多心理障碍和心身疾病是以紧张性生活事件为先导的，因此我们便可以根据一个人在一般时间内累计的生活变化单位的大小来在一定程度上预言他不久将来的健康状况。这是该量表的一个独特的价值。该量表的测查结果可用来筛查出那些可能需要特别心理

帮助或指导的人，在专业人员的帮助下，使他们能够适当的控制生活压力，维护心身健康、防止与应激有关的疾病的发生。此外，该量表也可广泛用于关于生活压力同疾病间相关关系的临床心理学研究中。

社会再适应评定量表存在着一些缺陷，因此受到一些批评。首先，它没有考虑到在对生活事件的认知评价、主动调节和应对能力上存在的个体差异及其对生活事件致应激作用的重要影响。其次，SRRS 没有对生活事件的性质加以区别对待。在 SRRS 中，积极的和消极的、可控的和不可控的、可预见的和不可预见的生活事件混在一起计分。由于不同性质的生活事件可以引发不同类型的应激反应，因此将它们混在一起计算总分的做法不够合理。第三，SRRS 只关心生活变化的致应激作用的大小，完全忽略了由于生活缺少变化（孤独一人生活、单调乏味、没有寄托等）而产生的应激，也较少包括日常琐事的项目。

正是因为存在上述缺陷，所以利用受试者在 SRRS 的得分来预言他未来一个阶段的健康状况，其预测效度是较低的。利用 SRRS 所进行群体调查表明，尽管在一定时间内累计的生活变化单位同疾病量表得分成正相关，但相关程度（用相关系数 r 表示）也较低。

后来开发的许多同类型的量表大多注意消除了这些缺陷。尽管如此，SRRS 的开创性的价值仍应得到肯定。到了二十世纪 90 年代，人们对 SRRS 作了修订，在这次修订中 LCU 的评估值比 60 年代的原始值上升了 45%。也就是说，经历同样的生活事件，90 年代的人感受到的压力要比 60 年代的人高 45%^[1]。

二、中国学者开发的生活事件量表

上个世纪 80 年代，中国学者杨德森和张明圆等在 Holmes 和 Rahe 编制的 SRRS 基础上，根据中国的社会文化特点，分别编制了一个生活应激评定量表。下面简要介绍杨德森和张亚林编制的“生活事件量表”。

（一）编制此量表的理由

杨德森和张亚林认为，SRRS 及其类似的修订版比较适用于研究生活事件的客观属性和某一群体的价值取向。如果用于对个体精神刺激的评

^[1] Miller,M.A.,& Rahe,R.H. *Life Changes scaling for the 1990s. Journal of Psychosomatic Research*, 1997,43,p279-292

定或对生活事件致病作用的研究，尚有两个没有解决的问题。第一，同一生活事件在不同性别、年龄和文化背景的个体乃至同一个体的不同时期可能具有不同的意义。生活事件要成为精神压力尚必须经过个体的主观感受。精神刺激的强度一方面受到生活事件本身的性质、特点的影响，另一方面更受到一个人的年龄、需要、动机、性格、以往的生活经历、教育和文化背景等因素的制约。例如，对于有些人而言，离婚意味着婚姻失败和痛苦；而对于另一些人而言，离婚意味着解脱和轻松。两种情况下，应激反应的类型和强度显著不同。

第二，SRRS 假定生活事件不管属积极性质或消极性质，都会造成精神紧张。而人们发现，消极性质的生活事件与疾病最为相关，而中性或积极性质的生活事件的致病作用却并不明显。

基于上述两方面的原因，个体的精神刺激评定不宜使用常模的标准化计分，而应分层化或个体化，并应包括定性和定量评估，以分别观察正性(积极性质的)、负性(消极性质的)生活事件的影响。按照这种新的构想，在前人的工作的基础上他们编制了“生活事件量表”(Life Event Scale, 简称 LES)，经过五年的实践和研究于 1986 年定型（表 2-2）^[2]。

（二）LES 的结构与记分

LES 是自评量表，含有 48 项我国常见的生活事件。包括三个方面的问题：一是家庭生活方面(28 项)，二是工作学习方面(13 项)，三是社交及其它方面。另设有 2 项空白项目，供填写已经历而表中并未列出的某些事件。一过性的事件，如流产、失窃要记录发生次数；长期性事件，如住房拥挤、夫妻分居等不到半年记为 1 次，超过半年记为 2 次。影响程度分为 5 级，从无影响到影响极重分别记 0 至 4 分。影响持续时间为三月内、半年内、一年内、一年以上共 4 级、分别记 1、2、3、4 分。

生活事件刺激量的计算方法：

某事件刺激量 = 该事件影响程度分 × 该事件持续时间分 × 该事件发生次数

正性事件刺激量 = 全部好事刺激量之和

负性事件刺激量 = 全部坏事刺激量之和

生活事件总刺激量 = 正性事件刺激量 + 负性事件刺激量

^[2] 张亚林、杨德森《生活事件量表》，见汪向东主编《心理卫生评定量表手册》，中国心理卫生杂志增刊，1993 年，第 36-41 页

（三）LES 结果解释及应用价值

1、结果的解释

LES 总分越高反映个体承受的精神压力越大。一项研究表明，95% 的正常人一年内的 LES 总分不超过 20 分，99%的不超过 32 分。负性事件的分值越高对心身健康的影响越大；正性事件分值的意义尚待进一步的研究。

2、应用价值：

（1）用于神经症、心身疾病、各种躯体疾病及重性精神疾病的病因学研究，可确定心理因素在这些疾病发生、发展和转归中的作用份量。

（2）用于指导心理的治疗、危机干预，使心理治疗和医疗干预更具针对性。

（3）甄别高危人群、预防精神障碍和心身疾病，对 LES 分值较高者加强预防工作。

（4）指导正常人了解自己的精神负荷、维护心身健康，提高生活质量。

指导语：下面是每个人都有可能遇到的一些日常生活事件，究竟是好事还是坏事，可根据个人情况自行判断。这些事件可能对个人有精神上的影响（体验为紧张、压力、兴奋或苦恼等），影响的轻重程度是各不相同的。影响持续的时间也不一样。请您根据自己的情况，实事求是地回答下列问题，填表不记姓名，完全保密，请在最合适的答案上打勾。

表 2-2 生活事件量表（LES）

生活 事件 名称	事件发生时间				性质		精神影响程度				影响持续时间				备注
					好事	坏事	轻度	中度	重度	极重					
举例： 房屋 拆迁			√			√	√						√		

家庭有关的问题	
1、恋爱或订婚	26、家庭成员死亡
2、恋爱失败、破裂	27、本人重病或重伤
3、结婚	28、住房紧张
4、自己（爱人）怀孕	工作学习中的问题
5、自己（爱人）流产	29、待业、无业
6、家庭增添新成员	30、开始就业
7、与爱人父母不和	31、高考失败
8、夫妻感情不好	32、扣发奖金或罚款
9、夫妻分居（因不和）	33、突出的个人成就
10、夫妻两地分居（工作需要）	34、晋升、提级
11、性生活不满意或独身	35、对现职工作不满意
12、配偶一方有外遇	36、工作学习中压力大（如成绩不好）
13、夫妻重归于好	37、与上级关系紧张
14、超指标生育	38、与同事邻里不和
15、本人（爱人）作绝育手术	39、第一次远走他乡异国
16、配偶死亡	40、生活规律重大变动（饮食睡眠）
17、离婚	41、本人退休离休或未安排具体工作
18、子女升学（就业）	社交与其他问题
19、子女管教困难	42、好友重病或重伤
20、子女长期离家	43、好友死亡
21、父母不和	44、被人误会、错怪、诬告、议论
22、家庭经济困难	45、介入民事法律纠纷
23、欠债 500 元以上	46、被拘留、受审
24、经济情况显著改善	47、失窃、财产损失
25、家庭成员重病、重伤	48、意外惊吓、发生事故、自然灾害
如果您还经历过其他的生活事件，请依次填写	
49	
50	

正性事件值：	家庭有关问题：
负性事件值：	工作学习中的问题：
总值：	社交及其他问题：

三、中学生生活应激量表

自从 1967 年 Holmes 和 Rahe 编制了第一份社会再适应量表 (SRRS)，

开辟了生活应激量化研究的途径以来，国内外已开发出不少测量青少年生活应激的工具。如 R.Goddington 编制的生活事件记录表^[1]，香港的 Cecilia Cheng 编制的香港青少年生活事件量表(CALES, 1997)^[2]，刘贤臣、刘连启等编制的青少年生活事件量表^[3]，王宇中、冯丽云等(1999)编制的大中专学生生活事件量表^[4]，郑全全、陈树林(1999)编制中学生生活应激量表^[5]，以及江光荣、靳岳滨(2000)编制的中国青少年生活事件检查表^[6]。

目前国内已有的青少年生活应激量表各有优点，但有的量表条目过少，难以全面覆盖青少年常见的生活应激源；有的量表未区分事件的性质；此外，国内青少年生活应激量表所列项目大多以重大或急性生活事件为主，较少考虑青少年学生日常生活中遇到的一些琐事。国外一些研究表明，日常琐事的累积效应对人的心身健康造成的损害并不亚于重大生活事件。

考虑到上述情况，梁宝勇、黄盈和马丽莉等(2002)尝试重新编制一个适用于中学生的《中学生生活应激量表》(简称《生活应激量表》)，并发表了编制报告^[7]。

(一) 量表项目的来源、结构和记分

1、量表项目的来源与筛选

量表项目来源大致可分为以下几个部分：

(1) 国外同类量表中的有关条目：主要参考了 Marx 等

^[1] Goddington, R.D. *The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children- A study of a normal population. Journal of Psychosomatic Research*, 1972,16,p205~213

^[2] Cheng, Cecilia. *Assessment of major life events for Hong Kong adolescents: The Chinese Adolescent Life Event Scale. American Journal of Community Psychology*, 1997,1,p17~33

^[3] 刘贤臣、刘连启 《青少年生活事件量表的信、效度检验》，《中国临床心理学杂志》，1997年第1期，第34~36页

^[4] 王宇中、冯丽云 《大中专学生生活事件量表的初步编制》，《中国心理卫生杂志》，1999年第4期，第206~207页

^[5] 郑全全、陈树林 《中学生应激量表的初步编制》，《心理发展与教育》，1999年第4期，第45-49页

^[6] 江光荣、靳岳滨 《中国青少年生活事件检查表编制报告》，《中国临床心理学杂志》，2000年第1期，第10-14页

^[7] 梁宝勇、黄盈、马丽莉 《中学生生活应激评定量表的初步编制》，《中国心理卫生杂志》，2002年第5期，第313-316页

（1975）所编制的 SRRS 学生版本^[1]以及 Kanner(1981)等编制的琐事量表^[2]。来自 SRRS 学生版的题目如 “较大地改变饮食习惯”等；来自琐事量表的题目如：“想家、思念亲人”；“为体型变化或外貌操心”等。

（2）开放式问卷调查：选取初中和高中各一个班的学生，请他们写出最近半年来发生在他们生活中的几件烦恼的事与高兴的事。对这些事情进行归类整理，筛选出出现频率较高的事件，将其补充进去。这样的项目有：“没有知心朋友，孤独”；“外界压力过大”等 6 项。

（3）教师访谈和咨询案例分析：请 5 所中学的心理辅导教师座谈，并结合中学生心理咨询来访者心理问题原因的分析搜集量表的项目，得到 13 个新的项目。例如：“父和/或母下岗待业”等。

2、量表的结构

经过以上筛选，最后形成的量表共 57 个项目。将这些项目分成以下几个分量表：

- （1）学习分量表：包括第 1—3、 9、11、24—30 项；
- （2）生活与社交分量表：由第 4-8、10、12-23、31—39 项组成；
- （3）家庭分量表：由第 40-49 项组成；
- （4）发展分量表：由第 51- 55 项组成。

此外，还根据发生频度、持续性与重要性，分成生活事件与琐事两个分量表。将那些一次性的、较重大的事情归入生活事件中，而持续性的或频发的、不太重要的小事归入琐事中。

（5）生活事件分量表包括第 1、3-12、16、17、20-22、29、30、32、33、35、 36、38、39、42-46、48-53、56、57 项。

（6）琐事分量表包括第 2、14、15、18、19、23-27、28、31、34、37、40、41、47、54、55 项。

3、量表记分

这个量表记分方法参考了杨德森编制的生活事件量表的记分方法，

^[1] Marx, M.B., Garring, T.F.& Bowers, F.R. *The influence of recent life experience on the health of college freshmen. Journal of Psychosomatic Research*, 1975,19, p87~98

^[2] Kanner, A.D., Coyne J.C. Schaefer C., & Lazarus, R. *Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. Journal of Behavioral Medicine*,1981,4(1),p14

分为事情性质、心理影响程度、心理影响持续时间三个方面。

在性质一栏中，分为好事、坏事、中性事。心理影响程度分为无影响、轻度、中度、重度、极重 5 个等级，分别记 0、1、2、3、4 分；影响持续时间分为 3 个月内、半年内、一年内、一年以上 4 个等级，分别记 1、2、3、4 分。某事件刺激量=该事件影响程度分×该事件持续时间分。评分时除了生活应激总分外，还分别计出好事、坏事、中性事分量表分，学习、生活、家庭、发展及生活事件与琐事分量表分，以备不同研究之需。分量表分数=该量表项目分数之和/该量表项目数。

(二) 量表的信度和效度

1、信度检验

重测被试选择了初二、高二年级各一个班共 87 名学生，间隔两周重测。量表总分的重测信度为 0.90(P<0 .01)，各分量表的重测信度均较高 (见表 2-3)。量表的 Cronbach’ s α 系数为 0.86，说明量表具有较好的内部一致性。

表 2-3 中学生生活应激量表重测信度

生活应激量表	重测相关系数	生活应激量表	重测相关系数
生活应激总分	0.90	好事	0.77
学习	0.86	中性事	0.46
发展	0.85	坏事	0.94
生活与社交	0.85	生活事件	0.82
家庭	0.76	琐事	0.84

2、效度检验

(1) 同质效标效度

以江光荣编制的生活事件检查表为效标，两量表的生活总分求相关，相关值为 0.70(P<0.01, n=58)。证明两量表测量结果较一致。

(2) 与困扰症状量表的相关

该量表由 Delongis 等编制^[1]。这是与生活应激恰相对应的一个量表，包括了人在应激状态下出现的各种心身症状，既可以作为生活应激量表

^[1] Delongis, A.,Lcoyne, A.K., & Gakof, G.R. *Relationship of daily hassles, uplifts and major life events to health status. Health Psychology*, 1982,1,p119~132

的效标，二者又可以相互验证。国外研究表明该量表具有较高的信度与效度水平。由于此前国内尚未引进此量表，在此次研究中我们同时对它进行了标准化和心理测量学考察，包括翻译、信、效度检验。结果表明，该量表重测信度达到 0.88($P<0.01$)；Cronbach's α 系数为 0.94。以 SCL_90 为效标，该量表效度值达到 0.94($P<0.01$, $n=87$)。这说明该量表应用于中国学生仍有较好的信度和效度。

相关分析表明，生活应激量表总分与困扰症状量表总分有较高的相关 0.60($P<0.01$)。

(3) 与 SCL_90 的相关

生活应激总分与 SCL_90 总均分相关为 0.71($P<0.01$, $n=87$)。SCL-90 与好事、坏事、中性事的相关分别为 0.32, 0.72, 0.32(均 $P<0.01$)。

(4) 与 Spielberger “状态—特质焦虑调查表 (STAI)” 中的 “状态焦虑” 分量表相关

STAI 包括状态焦虑分量表和特质焦虑分量表，分别用来测量一个人的焦虑状态和焦虑特质。在本研究中，生活应激总分同状态分量表得分间的相关系数为 0.50 ($P<0.01$, $n=87$)

(三) 常模资料

本研究以常模人群的主观评分为依据，为量表的客观评分法制定了初、高中及不同性别的常模（见表 2-4）。

常模组由天津市内 4 个区（河西、河东、红桥、南开）6 所中学初一至高三 6 个年级的学生组成，其中市重点校 2 所，区重点 1 所，普通校 3 所。每所学校随机抽取几个班，每班整群取样。每个年级都包括市重点、区重点、普通校的学生。共调查了 948 名学生，统计中剔除无效问卷 38 份，问卷有效率达到 96%。其中男生占 48%，女生占 52%。平均年龄 15.07 ± 1.9 岁。本量表借用 Holmes 和 Rahe 的“生活变化单位”（LCU）来表示各生活事件和琐事的致应激作用的大小，计算方法是：用每一项全样本得分的平均数乘以 10 取整。表中最左边的一栏从 1-57 的数字表示各项目在原量表中的排列顺序；各栏在括号中的数字表示按照 LCU 的大小，从大到小排列的次序；其他栏均为各项目的 LCU 数目。

表 2-4 中学生生活应激量表各个项目的致应激作用

项 目	初中		高中		初中	高中	合计
	男	女	男	女	(等级)	(等级)	(等级)
1、升入上一级学校	25	25	28	23	25(27)	25(28)	25(49)
2、边上学边打工	20	20	34	17	20(30)	25(28)	24(50)
3、高考或中考失败	75	77	49	50	76(2)	49(9)	52(8)
4、较大地改变饮食习惯	36	19	38	25	28(24)	32(22)	29(39)
5、较大地改变睡眠习惯	32	33	31	25	33(20)	28(25)	31(35)
6、修正个人的其他习惯(如衣着、交往)	28	36	33	32	33(20)	32(22)	33(30)
7、个人居住或生活条件改变	28	29	33	27	28(24)	30(24)	29(39)
8、改选时落选	30	26	31	32	28(24)	31(23)	29(39)
9、学习时数或条件有较大改变	28	24	37	24	26(26)	30(24)	27(46)
10、消遣娱乐的类型或数量有较大的改变	34	26	31	24	26(26)	30(24)	27(46)
11、转学	35	25	47	28	31(22)	42(13)	35(28)
12、旅行或度假	17	26	24	22	22(29)	23(29)	23(51)
13、失窃	26	36	20	24	32(21)	22(30)	28(44)
14、自理生活困难	45	50	38	37	47(10)	38(17)	44(14)
15、操心日常生活学习的开支	39	40	35	30	40(14)	32(22)	36(26)
16、入党入团	25	28	33	26	27(25)	30(24)	29(39)
17、个人获得杰出成绩或获奖	30	24	33	25	27(25)	28(25)	27(46)
18、轻度违纪	26	24	19	17	25(27)	18(32)	23(51)
19、宿舍内有较大干扰	48	31	31	33	40(14)	32(22)	35(28)
20、工作责任有较大变化	28	29	23	31	29(23)	27(26)	28(44)
21、个人受较重外伤、惊吓或患病	38	29	41	25	34(19)	32(22)	33(30)
22、较严重地违反法纪受处分	37	-	28	20	37(16)	26(27)	33(30)
23、师生或同学关系紧张	42	42	43	36	42(13)	39(16)	41(18)
24、学习科目多、内容加深	31	35	46	36	33(20)	40(15)	37(25)
25、学习困难	46	50	50	50	49(9)	50(8)	49(11)
26、不满或不安心于所在学校或专业	44	44	56	53	44(11)	54(5)	50(9)
27、学习或工作负担过重	42	38	52	45	40(14)	48(10)	44(14)
28、学习内容或专业单调乏味	32	40	46	38	36(17)	42(13)	40(20)
29、平时的考试失败(如月考)	30	33	30	24	32(21)	27(26)	40(20)
30、期末考试失败	43	44	49	33	44(11)	36(19)	40(20)
31、没有知心朋友,孤独	77	66	52	57	71(3)	54(5)	63(3)
32、社交活动有较大变化	26	25	37	37	25(27)	37(18)	32(33)

33、班、系或校活动参与程度上有较大变化	30	27	31	36	28(24)	34(20)	31(35)
34、不得不参加高标准的聚会	31	35	21	28	33(20)	25(28)	29(39)
35、与好友决裂或分离	51	60	60	51	56(7)	55(4)	56(7)
36、被人误解或错怪	37	34	30	36	36(17)	33(21)	35(28)
37、外界的压力过大	45	53	49	52	49(9)	50(8)	50(9)
38、个人小量贷款	14	17	12	10	15(31)	11(33)	13(54)
39、个人中等借贷	20	33	13	55	26(26)	37(18)	31(35)
40、想家、思念亲人	40	36	38	30	38(15)	34(20)	36(26)
41、同父母、家人有代沟或冲突	40	44	36	40	42(13)	38(17)	40(20)
42、亲密的家庭成员死亡	76	77	85	78	76(2)	81(1)	78(2)
43、亲戚或好友死亡	70	56	52	56	63(5)	54(5)	59(9)
44、家庭成员健康情况或行为有较大变化	36	55	40	50	47(10)	45(11)	46(13)
45、家庭经济困难或遭灾	56	71	61	41	61(6)	50(8)	56(7)
46、父和/或母下岗待业	49	45	42	36	47(10)	39(16)	43(16)
47、家庭不和睦	67	63	43	62	64(4)	53(6)	59(5)
48、父母离婚	90	81	60	125	85(1)	80(2)	84(1)
49、家庭卷入法律纠纷或受伤害	36	22	50	30	29(23)	36(19)	32(33)
50、自我评价或自我意识有较大变化	36	30	45	43	32(21)	44(12)	38(24)
51、价值观发生较大冲突或转变	29	40	48	43	35(18)	45(11)	41(18)
52、开始恋爱或收到异性约会信	36	32	35	50	35(18)	41(14)	39(23)
53、月经初潮或首次遗精	28	22	21	19	24(28)	20(31)	22(52)
54、为体型变化或外貌操心	44	42	44	39	43(12)	41(14)	42(17)
55、性的困扰(频繁手淫或遗精)	36	80	52	-	40(14)	52(7)	48(12)
56、失恋	39	97	71	54	52(8)	67(3)	62(4)
57、与男(女)友发生争执	25	36	33	28	31(22)	31(23)	31(35)

由表 2-4 可见，最易造成中学生强烈心理应激的 10 个项目依次为：父母离婚，亲密的家庭成员死亡，没有知心朋友、孤独，失恋，亲戚或好友死亡，家庭不和睦，与好友决裂，家庭经济困难或遭灾，高考或中考失败，外界压力过大。居于后 10 位的应激源是个人小量借贷，性的困扰，轻度违纪，旅行或度假，边上学边打工，升入上一级学校，学习时数或条件有较大改变，失窃。这些结果较符合我国中学生的实际情况。其中居于前 10 位的应激源中，家庭和生活与社交方面的事较多：居于后 10 位的应激源中生活与社交、学习方面的事较多。

对比国内外同类量表，本量表有令人满意的信度和效标关联效度。在常模制定中，没有采用 Holmes 和 Rahe 的人为规定参照点的办法，而

以各生活应激项目的主观评定的平均分作为建立常模的基础。因此该量表为以后的使用者同时提供了主观和客观两种计记分方法，供选择使用。

四、中国大学生心理应激量表

为了给高等学校心理健康咨询工作者提供急需的大学生心理应激测量工具，进一步推动我国高校大学生心理健康教育工作的专业化和职业化，我们在所编制的中学生生活应激量表的基础上编制了这个能够适合我国大学生使用的应激量表——“中国大学生心理应激量表”（China College Student Psychological Stress Scale, CCS PSS）^[1]。

（一）量表编制过程

首先，通过开放式问卷调查、大学生心理咨询的案例分析、参考国外同类量表和对高校心理咨询教师和心理卫生专家的访谈，收集和编写了 280 个项目。之后，通过两次预测试对项目进行筛选和修改。最后形成由 85 个项目组成的大学生心理应激量表。

（二）量表的维度和记分

1、量表的维度

首先，依据应激源所涉及的活动领域，将全量表区分成以下 5 个主要的维度或分量表。

（1）学习分量表。该分量表由同学习密切有关的项目组成，共 18 个项目。例如“学习环境改变”，“考试失败”，“学习内容加深”等。

（2）生活分量表。该分量表由与大学生日常生活密切相关的项目组成，共有 18 项。例如“生活习惯改变”，“失窃”，“宿舍内有干扰”和“开始自理生活”等。

（3）社交分量表。该分量表主要包含一些同大学生社会交往和人际关系密切相关的项目，共有 10 项。例如“被迫参加高消费的聚会”，“没有知心的朋友”，“被人误解或错怪”等。

（4）发展分量表。该分量表共有 28 项，由两部分内容组成。一部分项目内容直接涉及大学生个人的发展，例如“参加党组织”、“个人就业困难”和“价值观发生冲突”等。另一部分项目涉及同性生理发育成熟有关的应激源，如“单相思”、“性的困扰”、“结婚”等。

^[1] 梁宝勇、郝志红《中国大学生心理应激量表》的编制，《心理与行为研究》，2005 年第 2 期，第 81-87 页

（5）家庭分量表。此分量表包含各种来自于大学生家庭的应激源，共有 11 项。例如“亲密的家庭成员死亡”，“父母下岗或失业”，“家庭不和睦”等。

其次，依据应激源的性质还可以区分出：

（6）生活事件分量表

生活事件，又称“生活变故”，指在大学生活中发生的、能够引起大学生较强烈心理（情绪）反应的生活变化，它们通常急性发生、短期结束。例如，“升入大学或开始读研”、“考试失败”、“转系”和“结婚”等。

生活事件分量表由 52 项组成。

（7）日常生活琐事分量表

日常琐事（daily hassles）指日常生活中几乎每天都可能发生的一些小事情，这些事情虽然小，但也可以造成当事人精神压力；由于它们在相当长的时期内持续存在于一个人的生活之中，其所造成的精神影响或压力日积月累，所以仍然有可能损害当事人的健康。例如，“家庭经济困难”、“操心日常开支”、“为体形或外貌操心”、“学习内容单调或陈旧”等，都可以归入日常琐事。日常琐事分量表由 32 项组成。

（8）正性事情分量表

（9）负性事情分量表

（10）中性事分量表

这是根据受测学生对于个人所经历的生活事件和日常琐事的性质的具体评价而做出的区分。正性事情分量表由所有被评价为“好事”的项目（应激源）组成，负性事情分量表由所有被评价为“坏事”的项目组成，而中性事分量表则由所有被评价为“中性事”的项目组成。例如，“获得奖励”、“参加党组织”通常被大学生们评价为“好事”，而“师生关系紧张”、“个人就业困难”通常被评价为“坏事”，“创业”、“学习科目多”则被一些同学看作“中性事”（既有好的一面，也有个人不欢迎的一面）。

将全量表区分为“正性事”、“负性事”和“中性事”三个分量表”，可以为进一步深入分析心理应激对个体心理健康的影响奠定必要的基础。需要特别指出的是，因为不同的人对于同一生活事件可以有完全不同性质的评价，因此不能由研究者事先来确定各种生活事件的性质，这里的区分是完全建立在每个受测者对于每个项目的具体评价的基础上。因此这三个量表的记分需要完全个体化地确定。

2、量表记分

要求受试者报告在一年内所经历的生活事件与日常琐事，并评定它们各自“性质”和“心理影响程度”。在性质一栏中，分为好事、坏事和中性事。要求受试者依据心理影响的强度和持续时间评定各事情的心理影响程度，分为极小、小、较小、中度、较大、大、极大 7 个等级，分别记 1、2、3、4、5、6、7 分。

需要格外提出的是，本测试仅仅要求受测者回答在规定的时间内个人所经历过的事情，没有经历的事情不回答。

除了记心理应激总分（又称“总量表分”，即各项得分之和）外，还要分别计算出好事、坏事、中性事分量表分，学习、生活、社交、家庭、发展分量表分，以及生活事件与琐事分量表分，以备不同研究之需。各分量表分等于组成该分量表的所有被评项目得分之和。

总量表分=生活事件分量表分 + 日常琐事分量表分=好事分量表分 + 坏事分量表分 + 中性事分量表分=学习分量表分 + 生活分量表分 + 社交分量表分 + 家庭分量表分 + 发展分量表分。

(三) 信度与效度

1、信度资料

表 2-5 是对北京和天津市 4 所大学 150 名大学生间隔两周施测本量表得分的重测信度。由表 2-5 可见，心理应激各分量表得分的重测信度介于 0.97~0.98 之间，而量表总分的重测信度达到 0.99。

表 2-5 中国大学生心理应激量表重测信度

学习	生活	发展	社交	家庭	生活事件	日常琐事	总分
0.97	0.97	0.97	0.98	0.99	0.98	0.98	0.99

表 2-6 是基于常模组的测试结果而计算出的 Cronbach’s α 系数，由于组成“正性”、“负性”和“中性”等三个分量表的项目对于不同的大学生是不同的，因此这里仅给出其他分量表的 Cronbach’s α 系数。由表 2-6 可见，心理应激总量表分和分量表分的 α 系数均在 0.80 以上，总量表则达到 0.96。这说明中国大学生心理应激量表具有高度的内部一致性。

表 2-6 中国大学生心理应激量表 Cronbach α 系数

学习	生活	发展	社交	家庭	事件	琐事	总分
0.84	0.86	0.87	0.81	0.83	0.94	0.90	0.96

2、效度资料

本量表依据心理应激理论和大学生心理健康教育工作的实际经验来选择和确定项目，编制过程中广泛地听取了各个方面的意见，从大学生到基层学生心理健康教育工作者、再到各级专业人士。本专业领域的专家认为，本量表已经包含了足够的项目，而且各个部分项目分配比例恰当。这说明，中国大学生心理应激量表具有相当高的内容效度。

表2-7是基于常模组测试结果对于中国大学生心理应激量表同中国大学生心理健康量表（此量表得分越高，困扰症状越严重）的相关分析，由表2-7可见，这两个量表所包含的所有分量表之间都存在非常显著的正相关。这意味着，心理压力越大，心理困扰症状越严重。依据心理应激理论，这些结果证明，中国大学生心理应激量表具有较理想的效标效度。

表2-7 心理应激量表同心理健康量表测量结果的相关分析

	躯体化	焦虑	抑郁	偏执	依赖	冲动	攻击	退缩	性心理	精神病	自我意识	强迫
学 习	0.215 **	0.240 **	0.225 **	0.231 **	0.219 **	0.189 **	0.232 **	0.198 **	0.172 **	0.230 **	0.249 **	0.278 **
生 活	0.248 **	0.260 **	0.230 **	0.253 **	0.212 **	0.227 **	0.254 **	0.184 **	0.173 **	0.249 **	0.244 **	0.285 **
发 展	0.209 **	0.227 **	0.195 **	0.236 **	0.173 **	0.220 **	0.244 **	0.140 **	0.161 **	0.225 **	0.207 **	0.262 **
社 交	0.244 **	0.279 **	0.246 **	0.300 **	0.241 **	0.240 **	0.274 **	0.227 **	0.193 **	0.293 **	0.291 **	0.302 **
家 庭	0.188 **	0.166 **	0.145 **	0.161 **	0.130 **	0.157 **	0.173 **	0.129 **	0.128 **	0.182 **	0.167 **	0.193 **
总 分	0.250 **	0.266 **	0.236 **	0.268 **	0.220 **	0.236 **	0.268 **	0.195 **	0.187 **	0.265 **	0.260 **	0.300 **

注：** $p < 0.01$

（四）常模资料

按照分层随机采样的原则，在全国除了台湾和港澳地区以外各省市

自治区的 182 所普通高等学校抽取了 54708 名大学本科生、研究生和少数大学专科学生组成常模组，于 2004 年 9~10 月进行测查，并在此基础上建立了中国大学生心理应激量表的全国常模。

这次测试共发放问卷 54708 份，回收全有效答卷 47108 份，全有效率为 86.11%。全有效样本中，男生占 49.3%，女生占 50.7%；理工科学生占 47.7%，文史类学生占 43.3%，文体艺术类学生占 9%；专科生占 1%，本科学生占 84%，研究生占 15%；来自于大城市的学生占 18.1%，来自于中小城市的学生占 26.4%，来自于小城镇的学生占 18.9%，来自于农村的学生占 36.6%。

对有效常模团体测量结果的描述统计表明，由大学生 5 个活动领域所形成的 5 个分量表中，以学习分量表得分最高，生活和发展分量表次之，以家庭分量表得分最低。在依据学生对应激源性质的评价而区分的三个分量表中，负性事分量表的得分显著高于正性事和中性事分量表的。这意味着，消极的生活事件和日常琐事是困扰大学生的主要应激源。生活事件和日常琐事相比较，前者所产生的总的心理影响显著大于后者，但后者的影响也是不能忽视的。

在计算出每个项目（应激源）的平均得分的基础上，换算出各个项目的心理影响指数(psychological influence index, PII)。心理影响指数所反映的是每个单一的应激源对人所造成的心理影响的大小，或者说反映了各个应激源的严重程度（致应激作用的大小）。PII 列于前 10 位的大多数是严重的生活事件，其中大多数属于家庭问题。而列于后 10 位的应激源大多数属于日常琐事，而且多同学习有关（见表 2-8）。

各个项目的回答人数所反映的是各个应激源的心理影响范围的大小。列于前 10 位的多为日常琐事，而列后 10 位的多为较严重的生活事件。

一个应激源（项目）的心理影响总量可以反映该应激源对于大学生整体的心理影响程度。一个应激源对于学生总体心理影响总量等于该项目心理影响的平均数乘以受此应激源影响的学生数。严重的生活事件或变故，尽管可以导致遭遇者产生强烈的心理应激反应，甚至造成心理障碍，但由于它们很少发生，因此对于学生整体来说并不是一个影响心理健康的主要因素。实际上，列于心理影响总量前 10 位的应激源（例如“升入大学或开始读研”、“自由支配时间增多”、“学习方式发生变化”、“操心日常开支”、“学习内容加深”）没有一个是位于心理影响指数前 10 位的生活事件。

表 2-8 CCSPSS 各项目心理影响指数及其排序

生活事件或事情	总体	男生	女生
1.亲密的家庭成员死亡	100	100	100
2.家庭成员患重病	99	99	97
3.个人意外怀孕	97		96
4.家庭暴力	95	93	99
5.父母离婚	93	95	90
6.家庭不和睦	92	92	92
7.个人就业困难	90	90	90
8.亲友死亡	87	87	86
9.与好友关系破裂	87	89	86
10.失恋	86	86	85
11.家庭遭遇自然灾害	85	84	86
12.创业	84	85	84
13.妻子或女友意外怀孕	84	85	
14.准备考研	84	84	84
15.家庭卷入法律纠纷	84	83	85
16.结婚	82	83	82
17.休学	82	81	84
18.父母下岗或失业	82	81	84
19.遭抢劫或劫持	82	83	81
20.考试作弊被发现	81	83	79
21.升入大学或开始读研	81	79	86
22.没有知心朋友	81	82	81
23.分居或离婚	81	79	85
24.家庭经济困难	80	81	78
25.开始谈恋爱	79	80	77
26.准备出国留学	79	77	80
27.同父母、家人发生冲突	78	77	78
28.受到处分或处罚	78	77	80
29.受骗	78	77	79
30.师生关系紧张	78	78	79
31.学习困难	78	77	78
32.重修或重考（课程）	77	76	79
33.同学关系紧张	77	76	78

34.性骚扰	76	72	78
35.考试失败	75	75	76
36.准备出国外语考试	75	73	77
37.与恋人发生争执	74	76	73
38.反复回想过去发生的不幸	74	74	74
39.形成不良习惯	74	74	75
40.自我评价发生较大变化	74	74	73
41.没考上理想的大学	73	71	75
42.被人误解或错怪	73	74	72
43.价值观发生冲突	72	72	71
44.贷款或借钱上学	72	74	71
45.其他婚外性关系	71	71	71
46.失窃	71	73	69
47.单相思	71	68	78
48.言语交流困难	70	70	70
49.同居	70	68	72
50.参加党组织	69	72	67
51.不喜欢所学专业	69	70	68
52.受到批评	69	67	71
53.获得奖励	68	69	67
54.遭遇突发性公共卫生事件	68	68	68
55.宿舍内有干扰	68	68	68
56.学习内容单调或陈旧	67	69	66
57.迷恋上网	66	66	67
58.同学发生意外事件	66	67	64
59.担任学生干部	66	70	61
60.转学	65	65	65
61.社会不良现象的困惑	65	66	63
62.被迫参加高消费的聚会	65	65	64
63.转系	64	63	65
64.个人患病或受外伤	64	62	65
65.准备期末考试	64	64	64
66.性的困扰	64	65	61
67.社交活动发生变化	63	63	63
68.为体形或外貌操心	62	60	64
69.外出旅行	62	62	62
70.网上恋爱	61	61	63

71.学习方式发生变化	61	62	60
72.想家、思念亲人	60	61	59
73.边学习边打工	60	60	61
74.自由支配时间增多	59	61	58
75.学校管理方面问题的困扰	59	59	59
76.生活环境发生变化	59	62	56
77.操心日常开支	58	59	56
78.学习内容加深	56	57	56
79.生活习惯改变	56	56	55
80.学习科目多	56	57	54
81.开始过集体生活	55	55	54
82.学习时间延长	54	56	52
83.学习环境改变	54	55	53
84.开始自理生活	54	56	53
85.每天须按时上课	39	42	36

目前国内外研究者已经利用各种应激量表做了大量的实证研究，积累了丰富的科学资料。关于生活应激同疾病症状间的相关关系的大量研究表明，两者之间存在正相关，但大多数研究所得到的相关系数并不高^[1]。其主要原因，是因为应激事件同疾病之间并不是直接联系着的，其间存在许多中介和调节因素。但也不可忽视应激量表本身的问题和缺陷：

首先，有的应激量表条目过少，难以较全面地覆盖常见的生活应激源，从而降低了其内容效度。第二，国内外研究者所开发的青少年生活应激量表所列项目绝大多数以重大或急性生活事件为主，较少考虑青少年学生日常生活、学习和人际交往中遇到的一些日常生活琐事(daily hassles)。国外一些研究表明，日常生活琐事虽然引起的应激反应强度不大，但由于它们持续存在，其所产生的累积效应对人的心身健康所造成的损害并不亚于重大生活事件。第三，有些量表所包含的一些项目实际上是个体的心理反应，而不是刺激(生活事件应当属于心理刺激)；一个编得好的应激量表，其项目应当由刺激组成，而不应当包含反应。第四点，大多数应激量表完全忽略了不同个体对生活事件认知评价上的差别，而认识评价是决定一个

^[1] 梁宝勇、王栋 主编《医学心理学》，吉林科学技术出版社，1998年第二版，第146-162页

人应激反应强度的至关重要的因素^[2]。在这里，认知评价包括对生活事件性质的评价（“积极的”、“消极的”或“中性的”），也包括对于特定生活事件所要求的心理调整的数量（例如“生活变化单位”，LCU）的评估。许多应激量表，例如 Holmes 和 Rahe 编制的“社会再适应评定量表”（SRRS），未区分事件的性质，积极事件和消极事件虽然都能引发应激反应，但他们所造成的心理影响在性质上是不同的。第五，以 SRRS 为代表的心理应激量表的编制者通常要求受试者既估计个人亲身经历过的生活事件又估计自己从来没有经历过生活事件的心理影响程度（称作“生活变化单位”，LCU；或称作“心理影响指数”，PII）。让受试者估计自己从来没有经历过的生活事件的心理影响，并依此来确定各个生活事件的心理影响程度，这种做法的有效性是值得怀疑的。第六，以往编制的应激量表只是将注意力放到生活变化和“遭遇××事件”上，而没有或较少关注缺少变化和“缺失”因素的致应激作用。

我们编制的中国大学生心理应激量表较充分地考虑到并较好地解决了这些困扰应激量表临床应用的问题。首先，我们的量表由 85 个项目组成，涵盖大学生生活各个方面的应激源。我们的量表包括生活事件和日常琐事组成，而且发现，同生活事件一样，日常琐事同心理症状间也有显著的正相关。量表的编制策略和“正性事”、“负性事”和“中性事”分量表的设置充分体现了对于认知评价因素的关注。在我们所编制的量表中也包括一定数量的缺少变化或“缺失”性质的应激源，例如“学习内容单调或陈旧”、“没有知心的朋友”等。最后，应当指出，我们的常模组的规模大，样本具有很高的代表性，而且我们的常模是基于亲身经历过相关事情或事件的学生的回答而制作的，其效度达到相当高的水平。因此，本量表可以被作为有效测评工具应用于我国大学生心理健康咨询实践和科学研究中：

（1）可用来筛选正承受较大精神压力、可能会发生心理健康问题的学生，以便给予特殊关照，帮助他们减轻压力，避免出现严重的心理问题。

（2）可用于发现造成学生精神压力的主要因素，以便更有针对性地

^[2] Lovallo, W.R. *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions*. Thousand Oaks: SAGE publications, 1997, p101-121

对大学生群体开展心理健康教育和采取其他有效措施。

（3）可用于科学研究，探讨心理应激因素在大学生心理健康和心理障碍中的作用。

在应用时，可以采用主观和客观两种评分方式。所谓主观评分是指根据每位受试者对所经历的事情的主观评分来个体化地直接为每一个受试者记分，而后参照常模资料（参见《中国大学生心理应激量表手册》）来解释其分数的含义；所谓客观评分是指利用我们给出的各个项目的心理影响指数（PII）来记分，测试时只要求受测者在量表题单上勾出一年内个人所经历过的事情，而不必再对这些事情的性质做出评价和对心理影响的程度做出评估；研究者只要将受测者所勾出的项目的 PII 分数累加在一起，便可以用来代表受测者一年来所承受的总压力。主观评分主要用于个别心理咨询中，并且可以同客观记分（常模）相比较；客观评分主要用于简便的集体测查和科学研究目的。

第三章 应激的心理反应及其调节和中介机制

内容提要

应激一旦发生，无论它是由何类应激源引起的，原则上都会既引起心理反应，又导致生理反应。在多数情况下，心理反应和生理反应是作为一个整体而出现的。本章首先较详细地介绍了应激条件下的心理反应，包括情绪反应、认知反应和行为反应。随后，讨论了心理应激反应的调节和中介机制，包括对应激源的知觉的中介作用和认知评价的调节作用。最后，探讨了影响个体对事物的认知评价的心理社会因素。

第一节 应激的心理反应

人在应激条件下的心理反应从性质上可以分成情绪反应、认知反应和行为反应。这些心理反应从功效上来说，可以分成积极的和消极的两种类型。前者如适度的情绪唤起，动机的调整，注意力的集中和思维的活化等；后者如过度焦虑、紧张，情绪过分波动，认知功能紊乱和不适当的自我评价等^{[1][2]}。

^[1] 梁宝勇 《对应激的心理反应》，《医学与哲学》，1986年第9期，第54~56页

^[2] 梁宝勇 《“非典”流行期民众常见的心理应激反应与心理干预》，《心理与行为研究》，2003年第3期，第223~230页

一、情绪反应

应激下的主要情绪反应有焦虑、愤怒、恐惧和抑郁，这些情绪又称为“情绪应激”（emotional stress）。

（一）焦虑与恐惧

焦虑是一种以紧张不安、担忧和害怕为主要特征的复杂情绪。它有两个特点，一是当事人往往说不清楚自己怕什么，因此焦虑常常又被说成是一种莫名的害怕，第二个特点是焦虑往往是指向未来的，当事人对未来的事物担忧，有大祸临头、危险迫在眉睫之感。

除了主观体验外，焦虑还有其客观表现。焦虑的客观表现包括运动性不安和植物神经系统功能紊乱，前者如坐立不安、搔首搓手、来回走动和双手轻度震颤、头颈部僵硬发紧等；后者表现为交感神经亢进的症状，如口干，面部一阵阵发红发白，出汗，呼吸气促，腹泻或便秘、尿急尿频等。

焦虑是心理应激条件下最常见的情绪反应。适度的焦虑可以提高人的警觉水平，促使人投入行动，以适当的方法应对应激源，从而对人适应环境是有益的。过度的焦虑则是有害的，因为它妨碍人准确地认识、分析和考察自己所面临的挑战与环境条件，从而就难以做出符合实际情况的判断和理性的决定。

应激本身被视作一种身心紧张状态，因此应激条件下一个人产生适当强度的焦虑反应应该视作正常反应。然而如果焦虑反应超出正常范围，特别是当它产生于大多数人都能毫无困难地应付的情境之中时，便属于焦虑障碍了。

恐惧属于人与其他动物共有的原始情绪，常具有较高的紧张性。如果把焦虑看作是尚未接触应激源、危险或威胁尚较模糊时产生的情绪反应，那么恐惧便是一种企图摆脱已经明确的特定危险的逃避情绪（虽然两者难以截然区分）。恐惧多发生于身体安全和个人价值与信念受到威胁的情况下。对身体安全的威胁，多来自于躯体性刺激物，如躯体性疾病、大型动物和理化刺激物。对个人价值和信念的威胁多来自于社会性刺激物，如人际关系紧张、考试失败和不能晋升等。在这些情况下，一个人也可产生厌恶的情绪体验，伴随着回避或逃避行为和恶心呕吐等生理反应。

例如，严重的急性呼吸综合征（the severe acute respiratory syndrome，

SARS; 又称“传染性非典型性肺炎”, 简称“非典”) 是一种较严重威胁人类健康和生命安全的传染病。在 SARS 在我国部分地区流行期间, 人们对它的了解很有限, 开始阶段甚至连许多医护人员也受到感染。面对 SARS 流行这个突发性公共卫生应激事件, 人们的安全需要受到严重威胁, 自然会感到恐惧或产生焦虑反应。据较早发生 SARS 的我国香港地区调查, 70%左右的民众有焦虑和恐惧情绪反应。内地的情况也差不多, 在寻求心理咨询帮助的民众中, 大多数人报告对于 SARS 感到焦虑或恐惧。恐惧和焦虑情绪反应在 SARS 病人和疑似病人中是相当普遍的, 在奋战于抗击 SARS 第一线的医务人员中也时有发生。例如, 据报道, 由于缺少适当的精神准备, 一位在抗击 SARS 第一线的医护人员回到驻地后一天要测量几十次体温; 另一位医护人员“见到病人死亡时吓坏了, 嘴里反复念叨: ‘坏了, 我得非典了, 我得非典了’”^[1]。这些都是焦虑和恐惧的表现。此外某些强迫观念和强迫行为(例如, 每天洗手上百次, 仍然担心自己手上有 SARS 病毒)也同焦虑和恐惧有关。

(二) 愤怒和怨恨

情绪心理学研究表明, 人和其他动物的愤怒反应多见于面对挑战和威胁的情况。但对于现代人而言, 愤怒多出现于一个人在追求某一目标的道路上遇到障碍、受到挫折的情境。如果一个人认为目标是值得追求的, 而障碍是不合理的、恶意的或有人故意设置的, 便不仅会产生愤怒, 而且会产生怨恨和敌意。这种情况在被染上 SARS 的病人和治疗受挫的病人中常常可以见到, 在被隔离观察的人员中也可以见到。例如, 一个 SARS 病人认为老天不公, 为什么让自己染上 SARS? 在治疗期间经常对医护人员发脾气。一个被隔离在医学观察所的疑似病人变得冲动、易激惹, 不服从管理, 甚至逃离。愤怒和怨恨条件下, 有时还会导致报复和攻击行为。

(三) 抑郁

抑郁是一组以情绪低落为主要特点的复杂情绪, 其强度可以从轻微的失落感到极度的悲哀和绝望。抑郁反应主要有 4 组特征:

悲观、悲哀、失望、无助乃至冷漠或绝望的心境;

消极的自我概念, 自我评价、自信心下降, 有无价值、无用和自卑感, 严重者自罪甚至自杀;

^[1] 赵宝起 《战斗日记》,《惊心动魄》,《今晚报》,2003 年 5 月 23 日

睡眠多有障碍，食欲、性欲减退，兴趣索然；

活动水平多下降，当事人从社交、工作和家务中退缩出去，回避他人。

悲观、悲哀常常是与“丧失”(loss)有关的情绪反应，所失去的是当事人所重视或追求的东西。例如患病(失去健康)、衰老、丧亲、失业、不被重用、高考落榜和子女离家等。这类情绪反应的强度取决于当事人赋予所失去的事物的主观价值，而不是它们的客观价值。失望意味着失去希望或所向往的奖励，故也同丧失有关；绝望则是失望的进一步发展。

无助(helplessness)表现为消极被动、软弱、无所适从和无能为力。它发生于一个人经重复应对仍不能摆脱应激源影响的情况下。虽然后来情况已经改变，但他仍固守无效的应对方法而不做新的尝试。从学习理论的角度看，这种情绪、态度和行为是“经由练习条件”而获得的，故称为“习得性无助”(learned helplessness)。目前已有许多心理实验证实了无助的习得过程。Seligman 认为，当一个人认为自己对所面临应激源失去控制并因此无力改变它时，就会产生无助。无助的实验研究说明，为什么人们对应激源的“可控性”的认识会调节它对人的影响。

患上 SARS 意味着一个人失去健康和病人所希望得到的许多东西；因 SARS 流行而被隔离，意味着将失去行动的自由，不能同家人团聚和正常地工作和学习。因此，在 SARS 流行期间，抑郁反应不仅见于 SARS 病人，也可见于普通群众。在 SARS 病人中，抑郁是除了焦虑和恐惧外最常见的情绪反应。目睹 SARS 病人的痛苦和死亡，不少医护人员因觉得自己束手无策而深感内疚、无助和悲哀。这说明，工作于抗击 SARS 一线的医护人员也可以产生抑郁反应。

患上 SARS 意味着一个人失去健康和病人所希望得到的许多东西；因 SARS 流行而被隔离，意味着将失去行动的自由，不能同家人团聚和正常地工作和学习。因此，在 SARS 流行期间，抑郁反应不仅见于 SARS 病人，也可见于普通群众。在 SARS 病人中，抑郁是除了焦虑和恐惧外最常见的情绪反应。目睹 SARS 病人的痛苦和死亡，不少医护人员因觉得自己束手无策而深感内疚、无助和悲哀。这说明，工作于抗击 SARS 一线的医护人员也可以产生抑郁反应。

二、认知反应

当一个人面对紧张性环境要求时，他的警觉性会提高，感知功能活动加强，视、听觉敏锐，注意力集中，记忆力增强，思维变得活跃。这些积极的变化均有利于个体应对外界的挑战和威胁。然而，如果应激反应过于强烈，特别是在强烈的情绪状态下，一个人的认知反应便可发生

不利的变化^[1]。应激条件下最常见的消极认知反应是“灾难化”(catastrophizing),即对消极事件的潜在后果详加描述和过分强调。灾难化不仅会直接干扰认知活动,而且会由于所引发的强烈负性情绪和生理唤醒而增强总的应激反应。处于较强应激中的人常常不同程度的存在着认知功能的障碍。这种障碍主要来自于两个方面,一个方面是应激源所造成的心理失衡和不良情绪反应,另一个方面是应激源对认识活动的直接影响。例如,疾病作为一种应激源,可以直接损害人的智能,这是许多病人于病中难以做出正确判断与决定的一个原因,智能受损与情绪不良又会干扰逻辑思维,因此应激下的人往往会做出一些冲动的反应。

有时候,在不良情绪与认识功能障碍间会形成恶性循环:不良情绪→认识功能障碍→失败与挫折增多→不良情绪反应增强→认识功能进一步下降→……。自我心理调整、自我防御机制和社会支持,可以帮助人们摆脱这种心理困境。

应激也可导致自我评价下降。一个人自己对自己的评价如何,会直接影响他的动机与行为。研究表明,在应激情况下,自我评价越低的人焦虑水平越高。自我评价受到威胁的人工作成绩普遍下降,特别是那些其自我评价本来就低的人更为显著。在应激条件下,自我评价的丧失会直接影响人处理应激源的动机,使人丧失进取的信心和勇气。心理应激条件下造成一个人自我评价下降的原因有:

首先,应激源所引起的心理失衡会损害人的自主感和自负感。例如:当一个人生病时,常常对自己控制生活事件的能力不像过去那样有信心,从而往往易于产生无助和依赖感。

其次,应激常常是同对人生有重要意义的事件(如健康、友谊、亲人)的威胁或实际的丧失有联系的,这会使人感到悲伤、忧郁,从而降低了自我价值感。

再次,应激下的人往往担心自己不能成功地应付应激源的挑战,从而使自信力下降。

除了上述的心理反应外,应激条件下的人有时会无意识地采用一种自欺的或歪曲现实的方式来看待应激源和自己的处境,借以减少紧张与不安。这种心理反应被称为“自我防御反应”,我们将在第五章中较详细地讨论。

^[1] 梁宝勇主编 《医学心理学》,吉林科学技术出版社 1996 年版,第 149~152 页

三、行为反应

由各种应激源所造成的紧张和压力都可进一步引起当事人外显行为上的变化。这些外显行为上的变化，便是行为反应。应激条件下的行为反应同情绪反应和生理反应密切相关，行为反应可以看作是情绪和生理反应的外在表现。

行为反应主要涉及面部表情、手势、目光、身体姿态和动作等，也涉及说话的声调、节奏、语速和重音等所谓“副言语”方面的变化。

在应激所造成的心理和生理唤醒水平适度的时候，我们可以在应激条件下的人身上观察到镇定自若和专注于问题的神情，当事人对无关刺激似乎“视而不见，听而不闻”。他可能尝试动手解决自己所面临的问题。

在应激所造成的唤醒超过最适水平的时候，应激状态下的人可能显得惊慌失措，以致身体协调性和灵活性下降，肌肉僵硬、颤抖，或痉挛、动作刻板，或搓手顿足、运动性不安，或活动减少甚至呈木僵状态。当事人面部显露苦恼、焦虑、愤怒或抑郁表情；说话时声调随情绪状态而有较大变化，或激越、颤动，或平淡、低沉。

由于应激会引起许多令人痛苦的身体和心理症状，一个健全的人不可能长期和被动地忍受这种很不舒适的状态，所以人们总是会采取一些措施和行动来减轻或消除应激的消极影响。应激条件下，一个人可能变得萎缩不前，回避社会交往，也可以表现得过于激动，同人争吵甚至采取攻击行为；有的人可能吸烟、饮酒或服用某些药物。

在应激条件下，人们倾向于求助于过去有效的行为方式。谨慎的人可能会更加谨小慎微和退缩不前，而有进取倾向的人则可能会失去对个人行动的控制力，从而毫无必要地四面出击。如果最初的应对努力无效，那么当事人的焦虑便会增加，这又会使他的应对方式变得刻板，找不到其他解决问题的办法。例如，面对剧场大火，许多人顽固地坚持向外推门逃生；惊恐之中，他们根本想不到应当拉开向内开启的出口大门。

关于应激条件下的应对行为，我们将在第五章里详细讨论。

第二节 心理反应的中介和调节机制

应激的心理反应的类型与强度，取决于三类因素。一类为刺激物的性质与特点，另一类为当事人本身的心身特点，第三类是环境因素。因此，不同的人面对同一刺激物、同一个人面对不同的刺激物，或同一个人不同的时期面对同一刺激物，均可以有不同的心理反应。

这说明，充满紧张性的、必须妥善应对的环境要求（应激源）同应激的心理反应之间不是一一对应地联系着，刺激物本身的性质与特点、当事人本人的心身特点和环境因素（包括自然和社会环境）是决定心理应激反应的三大因素。介于刺激和反应之间起中介和调节作用的因素，通常被分别称作中介因素（mediator）和调节因素(moderator)。下面我们将集中讨论这些因素及其所起的作用。

一、躯体性应激源如何造成应激的心理反应

在第二章里我们曾经将应激源分成 4 大类：躯体性（或生物学的）应激源、心理性应激源、社会性应激源和文化性应激源。4 类应激源中，心理的、社会的和文化性应激源引起心理应激和应激性的心理反应，这是易于理解的，因为它们经人的认知评价，往往被看作是充满紧张性的、具有某种威胁性的事物；它们向人所提出的适应和应对的要求经过人大脑的分析与判断，转化为人自身的调整需要。人们认识到，满足这种需要对自己十分重要，可是自身的应对能力与这种需要不相匹配。此时自然就会造成心身紧张，产生各种各样的心理反应了。然而躯体性应激源，例如微生物，往往是在人们无所觉知的情况下侵袭人体的。它们是如何引起心理应激和心理反应？

我们认为，象微生物这样的应激源一般首先引起生理的应激反应，之后随着人们对生理反应的认知评价和归因过程，导致心理应激和心理反应。例如，微生物感染可以引起人产生发热、虚弱和疼痛等症状，这些症状是易于被人感知到的。一个人可能将这些症状看作是重病的征兆，或者把它们归因于细菌的侵袭或其它致病因素。在这种情况下他自然会感到精神紧张；随着病情的发展，各种心理反应也就相应出现。其它类型的躯体性应激源往往是在影响人的肉体的同时为人所认识，故可同时

引起心身两个方面的应激反应。在此过程中，各种环境因素以及当事人的个性因素都起着重要的调节作用。以致在心理紧张和心理反应的强度和性质上，不同人之间可以存在巨大差别。

二、知觉在心理应激中的中介作用

在第一章里，我们已经将心理应激看作是一个人在觉察或认识到自己正面对着至关重要而又难以应对的环境要求时，产生的一种心身紧张状态。按照这个定义，心理应激不是环境要求（各种刺激物）的直接结果，环境要求只有在被人觉察或认识到的时候，才有可能发生心理应激。

这意味着，一个人对于环境刺激的认知活动在心理应激的发生过程中起着重要作用。认知过程包括感知觉、记忆、思维和想象等信息搜集、储存、提取和加工活动。我们先来讨论知觉的中介作用，而后再探讨评价过程的调节作用。

知觉是对直接作用于我们感觉器官的客观事物的整体反映。知觉是在感觉的基础上产生的。知觉经验是一个混合物，部分来自于当前的感觉，部分是从大脑存储的信息中提取出来的。瞬间输入的感觉信息往往是不完整的，不足以确定外界刺激是什么，还需要根据个人的经验才能做出关于刺激物是什么的判断。

心理应激产生于对刺激物或环境要求的知觉觉察和识别，没有知觉觉察和识别，哪怕环境中存在着事关当事人生死存亡的严重威胁或危险，他也不会产生心理应激。在第一章我们曾经举过一个例子，这里再举个简单的例子。一个人正在埋头走路，他一边走一边思考着一个让他百思不得其解的问题。这个问题如此深入地吸引着他，以致他的整个心身完全投入其中。此刻一辆汽车疾速向他冲来，他全然没有觉察。可以推测，尽管他的生命受到严重威胁，但他既不会感到紧张不安，也不会产生精神压力。所谓“无（不）知者无畏”，便包涵这个意思。

知觉的中介作用还表现为，一个人可以在环境中不存在对他产生至关重要的环境要求时，凭空想象出这种要求，从而产生心理应激反应。例如，一位精神病人一周以来一直躲在家里，他惊恐不安，经常用双手用力捂着双耳，浑身发抖；有时候显得易激惹，敌对和愤怒。熟悉应激的心理反应的人在读过这段描述后，马上会联想到心理应激。这位病人正处于心理应激状态，这种心理应激源于病人对现实的一种虚幻的知觉（幻

觉)和歪曲的信念(妄想)。具体地说,病人因受疾病的影响坚信有人要加害自己(迫害妄想),因此他经常能听到身处同一环境的其他人听不到的警车警笛的声响(幻听)。对于他来说,惊恐不安、愤怒和敌对等心理应激反应是“合理的”、“可以理解的”。值得指出的是,在某些情况下,正常人也可以产生幻觉,并因此而发生心理应激。

除了幻觉外,错误的知觉(错觉)也可以造成心理应激。错觉与幻觉不同,幻觉是在没有客观事物直接作用于我们的感觉器官时产生的虚幻的知觉,而错觉是在客观事物直接作用于我们的感觉器官时产生的错误的感觉。没有声音时,一个人却说听到声音,这是幻觉;本来传来的是风声,一个人却说听到有人在说话,这是错觉。仅仅因为错觉而使一个人陷入心理应激中的实例,在心理咨询中是可以经常见到的。对于这样的来访者,咨询师经常采用的一个策略是设法消除其错觉和在错觉基础上产生的歪曲的信念;只要做到这一点,来访者便可以很快摆脱心理应激状态,情绪困扰便可迎刃而解。这一点也从另一个角度说明知觉在心理应激反应中的中介作用。

知觉到的信息的数量也同心理应激有关系。我们生活在一个充满各种各样信息的时代,我们每个人都有自己偏爱的信息量或刺激水平。过多的刺激直接作用于我们的感官,会增加知觉的负担,造成心理超负荷状态,并引起心理应激。另一个极端,如果一个人被剥夺了感官刺激,信息输入被大部分阻断,这种超低的知觉负荷也可以导致应激状态和许多类似心理应激的反应,例如焦虑不安和认知紊乱(错觉和幻觉、判断力下降)等。这已被关于感觉剥夺的实验研究所证实。

另一方面,知觉也有抵御心理应激的功用。当由于生活单调而感到厌烦、焦躁时,我们会主动地寻求变化和刺激,增加知觉输入的信息量,从而便可帮助我们摆脱应激。当我们由于过多的刺激所造成的心理超载而变得疲惫和忧郁时,我们可能选择退避或休整的策略以减少知觉输入,并摆脱应激所造成的影响。

知觉的抵御心理应激的功用还表现在选择性地注意和知觉某些类型的刺激,避免某些类型的刺激信息进入知觉系统。被避免的信息,大多是当事人所不希望接收的,带有一定威胁意味的刺激信息。这种对心理应激的知觉防御在临床上也是不少见的。例如,一位遭受歹徒强暴的妇女在警察调查过程中不能完整地回忆起自己受害的经过,心理分析学派将这种记忆上的空白说成是一种防御机制(潜抑机制),自然,我们也可

以将这种的记忆缺失视作一种知觉防御。

三、评价过程在心理应激发生过程中的调节作用

评价是一个按照一定标准为某一具体事物确定价值或判断其性质的复杂的认知过程。评价意味着价值或意义的判断，它需要感知、记忆和思维等认识活动的广泛参与，所以又称为认知评价。

（一）评价影响甚至决定应激反应

在我们每个人的人生中都会遭遇到无数的心理社会性刺激物，不是所有的刺激物都能够引起应激反应的。经验告诉我们，只有那些对人有意义的刺激物才能引起心理应激反应。某种事物对一个人的意义，在很大程度上取决于他的认识评价。正如著名哲学家 Epictetus 所说：“扰乱人精神的，与其说是事件，不如说是人对事件的判断。”著名的应激研究专家塞里曾对经常处于工作应激困扰中的经理们说过：“问题不在于发生了什么，而在于你如何对待它。”人生中所遭遇到的许多事物本身是中性的，无关紧要的；它们之所以引起一些人产生心理应激，仅仅是由于这些人做出不利的估计和判断。从另一个角度看，一个本来属于消极性质的事件，却可由于一个人对它做出中性的评价而不引起心理应激^[1]。

研究表明，不可控制或不可预见的应激事件对人健康威胁更大，这是由于这样的应激事件易于引起强烈的应激反应。但进一步研究发现，实际上，真正威胁健康的主要不是“生活事件事实上不可控和不可预见”，而是人们认为它们“不可控”和“不可预见”。

采用“轭合控制”的实验说明，如果一个人相信应激源是可控的，即使他没有实施这种控制或者这种“控制”信念是错误的，也同样可减轻心理应激。另有研究发现，那些可控制性难以确知的消极事件，比已知不可控制的消极事件更富有紧张性，从而引起更为严重的心理应激反应。这是因为人们不知道这类事件所引起的不适将会变得多么严重、持续多久，也不知道自己将为此付出何种代价。

在 SARS 流行期间，一些人产生恐慌、惊恐和无望乃至绝望等严重的心理反应，显然同他们将 SARS 视作不可控制的、无药可医的或不可治愈

^[1] 梁宝勇 《“非典”流行期民众常见的心理应激反应与心理干预》，《心理与行为研究》，2003 年第 3 期，第 223~230 页

的和不可预测的严重传染病密切相关。另一个极端，在 SARS 疫区完全不采取预防措施，则可能同未认识到 SARS 的严重威胁、危害和“听天由命”的观念有关。

（二）拉扎勒斯关于评价过程的观点

拉扎勒斯（Lazarus,R.S）区分出两种主要的评价过程：初级评价和次级评价过程^[2]。

1、初级评价

初级评价（primary appraisal）涉及所遭遇到的问题或情境对个人的意义的判断。初级评价所要回答的问题是：“这件事情或问题情境对我意味着什么”。初级评价可有三种不同的结论：第一种是“无关”的评价：“此事或此情境对我无意义，与我无关”；第二种是“好事”的评价：“此事或此情境对我有积极意义，是好事”；第三种是“应激性”评价：“此事或此情境对我充满压力意味（stressful）”。

三种不同的评价结果会在当事人身上产生三种不同的结果。第一种评价结论不会引起应激反应；第二种评价结论在多数情况下也不会引起应激反应，即使引起应激反应，在性质上也多伴有良性的情绪成分；第三种评价结论在大多数情况下会导致应激反应。

拉扎勒斯又进一步将第三种评价结论分成三类。第一类为“丧失—伤害（lose-harm）”的评价。例如，失业、亲人死亡、与好友分离等生活事件通常容易被人们评价为“丧失”，而他人对自己的人身攻击或诽谤、身患疾病等容易被人评价为“伤害”。第二类应激性评价为“威胁（threaten）”。例如，SARS 流行、被发现患有癌症，都有可能被人视作对身体和生命安全的威胁。第三类应激性评价是“挑战（challenge）”。那些符合个人需要同时又包含着某种风险的事物，容易被人评价为“挑战”。

尽管这三类应激性评价都可以引发心理应激，但应激反应（包括心理反应和生理反应）的性质和强度是有差别的。一般而言，挑战的评价所引发的应激反应通常包含兴奋、期待和努力应对的成分，其对健康的消极影响较少，而威胁和丧失、伤害的评价则易引发消极的情绪反应，例如抑郁、愤怒、焦虑、敌对、怨恨和恐惧等等。从应激的生理反应上看，

^[2] Lazarus, R.S. *From psychological stress to emotion : A history of changing outlooks. Annual Review of Psychology*,1993,44,p1-21

挑战的评价往往间接引发交感神经兴奋性增强，引起血中肾上腺素和去甲肾上腺素水平的升高，以及相应的心血管系统活动增强等变化；而丧失的评价所引发的抑郁和无助情绪，则往往伴随着出现肾上腺皮质系统活动增强等变化。值得指出的是，同一事件可以引起不同的人有不同的评价。例如职务得到提升，既可被一些人视作一种挑战，又可被一些人看成一种威胁。

不同种、不同类的评价可引发不同的心理和生理反应，这些心理和生理反应如果过于强烈和持久，便会损坏当事人的心身健康，甚至造成对许多疾病的易感状态。依此我们似乎可以推测，一个人对事物的态度和认识评价可能同他易患疾病的类型有某种联系。

2、次级评价

次级评价（secondary appraisal）的任务是对个人的应对资源（能力、经验和技巧）与应激情境的要求间的匹配程度做出判断。次级评价所要回答问题包括：“面临此情境我应该做什么？”“我能够做什么？”这样的问题。次级评价所关注的是当事人自己是否已经具备了应对应激事件或情境所需要的技能和环境资源。因此，次级评价会影响甚至决定一个人在应激情境下的应对方式。

如果一个事件经初级评价被看作是对个人至关重要的而且是充满紧张性的(stressful),再经过次级评价，当事人断定自己无法有效地应对它，那么通常便不会产生“注重于问题”的应对行为，但会引发心理应激反应。如果一个事件虽经初级评价被视作是压力事件，但次级评价断定它是可以有效应对的，那么按照拉扎勒斯的观点，当事人通常便会做出“注重于问题”的应对反应，在这种情况下，紧张性事件就不会引起心理应激或者说至少不会引起强烈的心理应激反应。

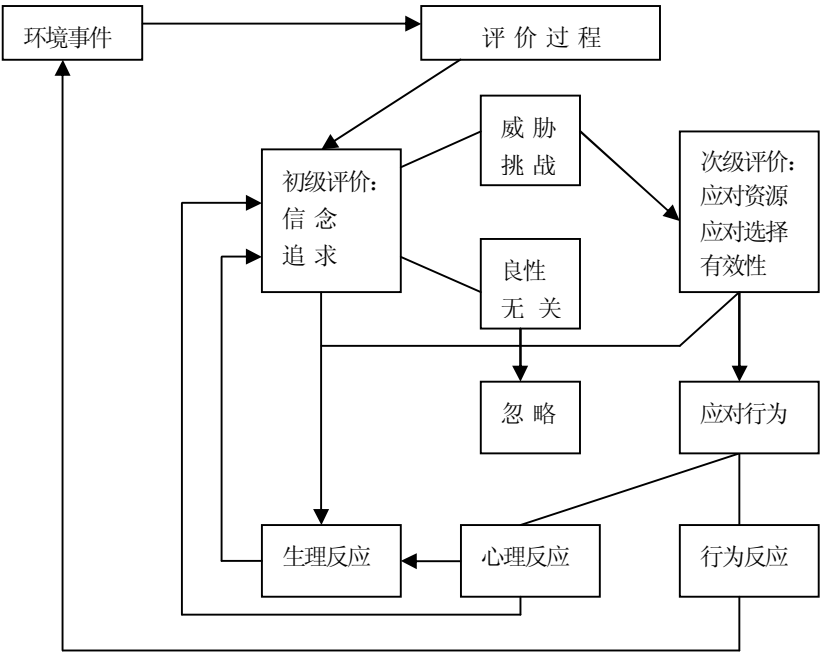
（三）Mechanic 等人的观点

Lazarus 认为，这两级评价过程不仅决定了我们对外界刺激的认知，情绪和行为反应，而且决定了我们的神经生理、自主神经系统和内分泌反应。简言之，我们的评价决定了我们心理应激反应的性质和强度，也决定了所伴随的生理反应。

图 3—1 概括了 Lazarus 和 Folkman 的心理应激评价模式^[1]。在本书

(1)Lazarus,RS & Folkman,S.(1984).Stress,appraisal,and coping,New Yock:Springer

的有关部分，我们只是部分地采纳了他们的观点。我们主张对图 3—1 做两处修改：第一，在环境事件和评价过程之间应加上一个“知觉过程”。第二，将“应对行为”移到应激反应（生理反应、心理反应和行为反应）之后，即初级评价和次级评价先引发应激反应，而后由应激反应引起应对行为。如果应激事件持续存在，应对行为便同应激反应同时存在，相互呼应和影响。



心理应激的过程包括初级评价（估计事件的威胁价值）和次级评价（判断各种可资利用的应对手段的有效性）。这两个过程影响一个人对应激情境的心理、生理和行为反应。

图 3—1 心理应激的评价（相互作用）模式

Mechanic 等认为，心理应激的产生有三个因素：首先是当事人对环境要求大小的判断（记做 D）；其次是当事人对满足或不满足这种要求将会给自己造成的后果的严重性的评估（记做 C）；最后是当事人对自己满足这种要求的能力的估计（记做 A）^[1]。

^[1] 梁宝勇、王栋主编 《医学心理学（第 3 版）》，吉林科学技术出版社 1998 年版，第 149 页

Mechanic 认为,只要 $C \neq 0$,即只要当事人认为应对后果对自己不是无关紧要的,那么不管是 $D > A$ (超负荷)、 $D < A$ (低负荷)或 $D = A$,都或多或少地会产生应激体验。他提出下面两个不同的公式来计算一个人所感受到的应激的强度 (记做 ES):

$$ES = C |D - A| \cdots \cdots (1)$$

$$ES = C [K - (|D - A|)] \cdots \cdots (2)$$

由式 (1) 来看, D 与 A 之间的差越大, ES 就越大。由式 (2) 来判断, D 与 A 越接近, ES 越大。虽然日常生活中适合于式 (1) 和式 (2) 的情况都可发现,但我们认为, D 、 C 、 A 同 ES 间的关系是十分复杂的,不同个体不同情境间存在着巨大的差别。因此,似不宜采用一两个数学公式来模拟它们之间的复杂关系,并概化到所有的人或者所有的情境。

此外,上述两个式子中都采用了 $|D - A|$ 的情况,即 D 减 A 的差的绝对值,这就将超负荷和低负荷的影响等同起来,可是,人们大都有这样的经验:当认为自己的能力远远地超过环境的挑战时 (即低负荷时),一般不会感到紧张。可是,当一个人认为自己的能力不足以应对环境要求时,就会感到压力或紧张。依次推断,似乎应当把心理应激看成是出现于 $D > A$ 时的一种状态,而不应当包括 $D \leq A$ 。关于这一点,需要加以讨论。

首先分析一下 $D = A$ 的情况,即当一个人认为自己的应对能力刚好可以满足环境的要求时,他的心理体验。按式 (1) 推测, $ES = 0$; 按式 (2) 计算, ES 达到最大值。但事实上,在日常生活中一个人极难做出 $D = A$ 的准确判断;当 D 与 A 接近时,大多数人难以确定两者孰大孰小,此时常会产生比较强烈的紧张体验。

再来看一下 $D < A$ 的情况。 $D < A$ 时也会导致心理应激的设想,主要是基于关于感觉剥夺和单调状态下的人的心理活动特点的实验研究。人们发现,处于这些状态下的人会出现类似于心理应激的心身反应。在日常生活中也有一些异常单调的工作环境。如从事监视或监听的雷达操作员和无线电监听人,一些现代化工厂的中心控制室的工作人员,他们必须集中注意力以便及时发现极少出现但关系重大的信号。这类工作似乎是很轻闲的、不需花费多少体力的,因此是低负荷的。许多研究表明,这些工作人员也会出现某些类似于应激的反应。然而必须看到,这类工作责任重大 (C 值最大),

心理负荷也大，因此不能简单地归入低负荷的情况^[1]。

第三节 影响认知评价的心理社会因素

有一些重要的心理社会因素会影响我们对各种刺激物的认知评价，并进而影响应激的心理反应、行为反应和生理反应。我们将这些心理社会因素大体上分成三大类：

一、应激源本身的性质和特点

生活事件是日常生活中引发人们心理应激反应的最为常见的应激源。

生活事件有积极和消极之分，Holmes 和 Rahe 曾表明，生活事件所要求的重新调整的程度是个关键部分，不管它本身是积极的还是消极的，都会造成心理和生理应激并进而导致疾病。可是，一些研究表明，消极的生活事件是最可能会造成心理应激并由此发展成为疾病的。这是由于人们多把消极的、不合意的事件判断为“具有威胁性的”或“丧失”，从而引起焦虑和抑郁，久而久之就可能会造成精神的或躯体的疾病。

生活紧张性刺激本身的可控性和可预料性，是影响人们的主观认识、判断与评价的另一个因素^[1]。

一般而言，愈是新异的、不可控制的或是不可预测的生活事件，愈易被人们评价为“应激性的”。那些极为严重的、突发性的、不可预测和不可控制的事件（如地震、滑坡、洪水、火灾等自然灾害和交通事故等），甚至可以掩盖个性差异的作用，以至经历它们的绝大多数人都会将它们视为对个人生命安全的严重威胁，从而产生极大的恐慌或惊恐、焦虑等心理应激反应。不仅那些突然发生的、不能预料到的令人厌恶的事件易于引起人们的负性的评价和消极的心理反应，而且那些可预料的、不能控制的事件也易于影响人们，产生无能为力的判断和被动的反应。一些

^[1] 梁宝勇《认知中介因素在生活事件与疾病联系过程中的作用》，《医学与哲学》，1983年第9期，第5~8页

研究证明，当事件本身是消极的，但可以通过一定的反应而加以控制时，就较少被看成是紧张性的；当消极事件不可能通过个人的行动而加以控制时，人们就可能坠入被动、顺从或“习得性无助”状态(learned helplessness), 一种心理应激状态。这种失去控制的知觉又可以造成活动性的丧失，在某些个案甚至可以造成疾病。有趣的是，Gatchel(1976)和 Sulis(1981)等分别证实，那些个人不能肯定能否加以控制的消极事件(例如，事件本身的特点使受试者不可知晓是否存在一种控制反应，或不知道控制反应是什么)比那些显而易见属于不可控制的消极事件，可引起更大的生理和心理反应^[2]。

Sulis 等通过对 119 名大学生的实际调查发现，那些既是消极的又是不可控的生活事件同疾病间的相关为 0.23，而既是消极的又不能肯定其可否加以控制的生活事件同疾病间的相关达到 0.47。前一相关的意义性水平为 0.05，后一相关为 0.01（见表 3-1）^[3]。虽然这里所引证的调查结果包含了事件本身特点以外的因素，但仍可说明可控性不肯定的消极事件会对人的健康造成更大的危害。那么，为什么可控性模棱两可的消极事件具有更大的危害呢?分析认为，很可能是由于这类事件易于被评价为最富有紧张性的，因为人们不知道这个事件所引起的不适将持续多久，不了解这种不适将会变得多么严重，也不知道自己是否会由于这个事件的发生而受到责备或承担什么后果。这样，就将一个极沉重的担子加到人的适应应变能力和抵抗系统上。长此下去，生活事件所引发的消极心理和生理应激反应就会致病。

表 3-1 不同类型的生活事件同疾病的相关

称心性 可控性	称心的	中性的	不称心的
可控的	-0.02	0.01	0.14
不能确定的	-0.05	-0.05	0.47**
不可控的	0.05	0.01	0.23*

*p<0.05 ， **p<0.01

^[2] Gatchel,R.J.,&Proctor, J.D. *Physiological correlates of learned helplessness. Journal of Abnormal Psychology*, 1976,vol.85
^[3] Sulis,J& Mullen, B. *Life events, perceived control and illness. Journal of Human Stress*,1981,7(2)

拉扎勒斯认为，不肯定性或不确定性是一种对刺激物意义的混淆，人们没有恰好合适的认知图式来解释它们。这便使得这些刺激物（例如生活事件）变成似乎是无法预测的，人们也就不知道什么行为才是合适的（即不知道如何应对）。其结果，一个人便会变得无所适从、无能为力或惶惶然，一种强烈的无助感和脆弱感便会将他淹没，心理应激反应由此而变得更加强烈。不仅如此，不肯定或不确定性也会在一个人身长上造成长时间的生理唤醒和心理戒备，从而消耗人的身体能量和精力，使人身心疲惫产生疲劳感，由此也可削弱人对应激的耐受力。

二、心理社会环境因素

我们生活、学习和工作于其中的环境，同我们的身心康宁（well-being）息息相关。引发我们应激性评价、进而引起心理应激反应的绝大多数刺激物，直接来自于外界环境。另一方面，外界环境又可以为我们避免、减轻或摆脱心理应激提供社会支持。所谓社会支持，主要是来自于家庭、亲友和社会各方面（同事、组织、团体和社区等）的情绪上和物质上的帮助和援助。当遭遇到外界的各种精神刺激（如生活事件）时，如果我们置身于一个支持性的人际环境中，我们就可能不将自己遇到的问题看得那么严重，从而也就不会感到那么紧张不安和有压力，甚至不产生心理应激反应。

关于社会群体应激的研究表明，与他人一起分担应激情境（如共度灾难）时，应激情境的“威胁”意味和消极影响便会大大减弱^[1]。例如当人们为了一个共同的目标，对抗敌人入侵时，个人的焦虑和痛苦常常被忘掉。第二次世界大战期间，交战国内因情绪问题而寻求帮助的人数同战争应激不成比例，便是明证。只是在战争结束以后，战争应激对人健康的不良影响才较明显的显现出来。

从另一个方面来看，如果在遭遇到生活事件时我们置身于一个完全缺乏支持性的人际环境（比如说人与人之间不仅缺少关心和爱，反而充满敌意、冷漠无情）之中，我们必须独自一人来对应激的情境，那么我们就可能会将问题看得格外严重。例如，将一个本来带有挑战意味的

^[1] Nilson, D.C., Nilson, L.B., & Olson, R.S. *The Planning Environment Report for the Southern California Earthquake Safety Advisory Board*. Redlands, CA: Social Research Advisory & Policy Research Center. 1981

生活变化（例如职位提拔）视作一种威胁。在这种人际环境下，同一事件或精神刺激便会引发出与支持环境下截然不同性质的心理应激反应。在支持性环境下，我们怀着紧张的心情期盼着这一生活变化，并有信心应对这个生活变化（这种心理应激反应是积极的，有益于健康和提高工效的）；而在敌对的人际环境中，由于我们将这同一生活变化视作威胁，便会产生恐惧、焦虑、甚至敌意和愤怒等消极情绪反应和攻击或退缩行为。

心理社会环境除了通过社会支持影响我们对各种刺激物的认知评价、从而间接影响心理应激反应外，还可以相对直接地帮助我们摆脱心理应激的影响。当一个人由于心理应激而陷入困境时，社会支持能帮助他稳定情绪，重新面对现实，找出解决问题的出路，从而打破消极情绪认同认识功能障碍（或自我评价降低）间的恶性循环。

Mechanic(1962)的研究发现，家属和朋友的情绪支持有时反而会增强心理应激反应。例如，支持的提供者把问题（应激源）的严重性估计得太低，培植被支持者盲目乐观和自信的心理；这种做法常常反不如完全不提供支持好。这说明，社会支持同应激源的影响之间的关系是复杂的。首先，正如社会支持的性质会影响人的应对应激的能力一样，反过来也一样：人们的应对能力决定了他们将会得到的社会支持的质量。例如，面对应激情境，那些不停地抱怨而从不尝试做些什么的人，可能会让周围的人感到提供社会支持无益，从而不提供社会支持；而那些对未来持乐观态度的、行动取向的人则易于得到可靠的社会支持^[2]。此外，社会支持不仅涉及一个人同他人的关系，而且涉及一个人对于周围环境中所存在的帮助的认识，那些在外人看起来像是很亲密的社会联系，在当事人看来可能是不可依靠的，这样的支持有时候会造成人际冲突，从而会对当事人的健康产生负面影响^[3]。

这些研究的结果提示，提供社会支持要讲究方法，也要因人而异。

为此，一些研究者正在试图进一步确定，对于特定类型的人、特定

^[2] Leavy, R.L. *Social support and psychological disorder: A review. Journal of community Psychology*, 1983,11,p3-21

^[3] Malarkey,W.B., Kiecolt-Glaser, J.K., Pearl, D., & Glaser, R. *Hostile behavior during marital conflict alters pituitary and adrenal hormones. Psychosomatic Medicine*,1994,56,p41~51.

的应激事件，哪些类型的社会支持和支持方法能够最有效地减轻心理应激^[1]。例如，Taylor 和 Dakor 探讨了不同类型的社会支持对于癌症患者减轻应激的作用。他们发现，亲人（而不是医护人员）在病人身边对病人来说最为重要；此外，从其他癌症患者和医生处（而不是家人处）得到有关信息也具有较大的支持作用。无论医生、家属还是朋友，强作镇定和减少疾病影响的种种做法，都是没有帮助的^[2]。尽管情感上的支持对于癌症患者比其他疾病患者更为重要^[3]。

三、当事人本人的心身特点

在同一心理社会环境下，不同的人对同一事物可以有很不同的认知评价和情绪反应。这说明，影响对外界刺激物认知评价的，除了刺激物本身的性质、特点和环境条件外，还有当事人个人的因素，特别是他的一些心身特点。

影响一个人对事物认知评价的当事人的个人心身特点包涵十分广泛，大体可以分为三大类：一类是人口统计学特征，第二类是身体或生物学因素，第三类是心理特点。三类影响因素中，关于第三类因素的影响目前有较多研究资料。因此我们在这里先简要讨论前两类因素对认知评价的影响，而后集中探讨一个人的心理特点，特别是人格特质对认知评价过程的影响。

有一些人口统计学变量会决定或影响一个人对待许多事物的态度和认知评价，这些人口统计学变量主要有年龄、性别、受教育程度、经济状况、婚姻状况、家庭结构和职业等。例如，面对同一个测验，人们就可以产生许多不同的态度和看法，少年同老年人，受过较多有关训练的人和从未受过有关训练的人，男人和女人，教师和农民工，都可表现出显著的组间差别。也许在一组人看来，这一测验是一种挑战，在另一组

^[1] Kuijer, R.G., Ybema, J.E. & Buunk, B.P. et al. *Active engagement, protective buffering and overprotection: Three ways of giving support by intimate partners of patients with cancer. Journal of social and Clinical Psychology*, 2000,19,p256-275

^[2] Dakof, G.A. & Taylor, S.E. *Victim's perceptions of social support: What is helpful from whom? Journal of Personality and Social Psychology*, 1990,58,p80-89

^[3] Martin, R.A. & Dacis, G.M. & Suls, J. et al. *Specificity in social support: Perception of helpful and unhelpful provider behaviors among irritable bowel syndrome, headache, and cancer patients. Health Psychology*, 1994,13,p432-439

人看来这是一种威胁。不同的态度和认知评价自然会引发不同的心理应激反应。

在某些情况下，身体或生物学因素也会制约我们对一些事物的认知评价。例如。面对同一至关重要的工作任务，身体强壮和身体虚弱的人便可能有不同的态度和评价。

下面我们来探讨一个人的心理特点对认知评价的影响。

影响个体对刺激物的态度和认知评价的个人心理特点，主要有需要、动机、兴趣、信念、价值观和世界观等个性倾向，性格、气质、和能力等个性心理特征以及自我概念等，这些心理特点合称个性或人格。此外，还有情绪状态和经验等。下面我们着重介绍目前已有较多研究资料的心理特点，特别是人格因素及其作用。

（一）认知和归因风格

认知风格是一个人在对外界事物进行感知、记忆和思维活动时所经常表现出来的、受到偏爱的和习惯化了的认知方式。

一个人对于外界事物的知觉方式会影响他得到的结论或对知觉到的事物作出判断的方式^[4]。按照瑞士精神病学家荣格(C. G. Jung)的人格理论，人们接受事物的方式可分为思维型、情感型、感觉型和直觉型四种机能类型。思维型的人服从于逻辑与理智，以客观资料为依据分析判断，使用逻辑和推理得出不受个人情感影响的结论；而情感型者常常感情用事，可塑性强，遇事遵循着情感的指导，以事件在主观上是否令人愉快、合意为基础得出结论；感觉型的人倾向于使用五官接受事物，他们重实际；而直觉型者往往富有想象力和创造性，重理论，好幻想，倾向于依赖间接的、不自觉的方式改变对事物的认知^[1]。一个研究表明，思维型比情感型，感觉型比直觉型更易于在生活事件的冲击下产生心理应激；说明对于同样的生活事件，思维型、感觉型的人比情感型、直觉型者可能更易于产生应激性评价，从而更难适应^[2]。除了知觉方式外，一个人的思维方式也会影响他对外界事物的判断和评价。著名的认知治疗家贝

^[4]梁宝勇《认知中介因素在生活事件与疾病联系过程中的作用》，《医学与哲学》，1983年第9期，第5~8页

^[1] 杜·舒尔茨（杨立能等译）《现代心理学史》，人民教育出版社1981年版，第356~363页

^[2] Coopley, E. J., & Keesey, J. C. *Moderator variables in life stress and illness relationship*. *Journal of Human Stress*, 1981, 7(3)

克（Beck, A.T.）在对抑郁症病人的研究中发现，多数病人存在认知歪曲或错误；正是这些歪曲的思维方式，造成他们对人、对己、对世界和未来的悲观主义看法和精神痛苦（心理应激）。贝克将常见于抑郁症病人的歪曲的思维方式分成下述 6 大类：

武断推论：即没有适当的证据便做出结论或判断。

选择性概括：从一个孤立的细节出发对整个事件做出评价，忽略明显的矛盾证据

过度普遍化：将从某一事物中获得的信条不恰当地用于其它不同的情况。例如一件事做错了，一个人便认为自己什么事情都做不好。

夸大或缩小：对事件的意义作出歪曲的评价，例如夸大微不足道的失误，或缩小已经取得的成绩。

全或无式的思考：又称“不是.... 就是....”式思维方式或黑白式的思维。这是一种绝对化的思维方式，往往使人只看到事物的消极的一面，对事物做出极端的消极的评价。

自我中心思考：又称自我牵连思考，即将本来与己无关的、不好的事物生硬地同自己牵扯到一起。例如毫无根据地认为别人同自己一样对自己有消极的看法，或坚持认为别人应当遵守同自己相同的生活准则和价值标准。

归因指为我们身边发生的事件寻找原因的过程。归因风格指一个人经常采用的、偏爱和习惯了的归因方式，这些归因方式体现了他的人格特质。换一种说法，归因风格是一个人的的人格特质在归因过程中的体现。

有三个归因维度受到研究者的广泛关注：总括的 / 具体的，内部的 / 外部的，稳定的 / 不稳定的。关于抑郁的归因理论认为，一个人对失败的解释方式决定了失败的影响。“总括”的归因会扩大失败影响的范围，“稳定”的归因会延长失败影响的时间，而“内部”的归因会损害一个人的自我评价或自尊。当把消极的生活事件归因于内在的、稳定的和总括的原因时，一个人便会变得抑郁。至于自我评价是否下降，这也取决于一个人是否将事件归因于个人能力的缺欠^[3]。

^[3] Davison, G.C. & Neale, J.M. eds. *Abnormal Psychology (6-th Edition)*, New York: John Wiley & sons, Inc. 1996, p230-238

（二）性格倾向

一个人的性格倾向可以影响他对心理社会性刺激物的认知评价。前面我们曾经提到社会支持对心理应激的缓冲作用。当一个人处于困境时，能否及时地得到高质量的社会支持，主要取决于两个方面的因素。一方面是社会风尚、文化传统和是否存在社会支持网络，另一方面是当事人个人的特点，如性格。Coopley 和 Keesey(1981)的调查表明，生活事件同疾病间的相关系数，外向性格者为 0.33，内向性格者 0.64；内向与外向者相关系数间的差异极为显著($P<0.01$)。这说明在类似生活事件的侵袭下，性格内向的人比性格外向的人更易患病或产生病感。造成这种差别的原因可能有两个，其一是内向性格者不容易及时地得到和利用社会支持。其二是内向性格的人往往把自己的注意力指向于自身，特别是自己所作出的无效应对反应上。这会加剧消极的情绪体验，从而使应对行为更加无效，增加生活事件的消极影响。第三个可能的原因是内向性格的人比外向性格的人更易于将生活事件评价为“应激性的”，特别是评价为“丧失”、“伤害”、“带有威胁性质的”。因此在遭遇到相同的生活变故时，内向性格的人比外向性格的人更易产生持续性的和消极的心理应激反应^[1]

Spielberger 等(1970)将焦虑区分为“状态性焦虑”和“特质性焦虑”。前者指焦虑状态，是应激条件下的一种最常见的情绪反应；后者代表一种人格特质——焦虑特质，一种惯于担忧、害怕和紧张不安的性格倾向。前者是随着一个人生活境遇而易发生变化的，后者是较稳定的和不易改变的^[2]。具有焦虑特质的人（又称“特质性焦虑者”）杯弓蛇影，惶惶然不可终日。他们容易将本来没有危害的人或事物视作是对自己的威胁，从而便易于产生以焦虑、恐惧和紧张担忧为主要表现形式的心理应激。相反，一个相反性格倾向的人，一个一向乐观、大胆、性格豪爽的人，即使遭遇比较严重的生活事件，也不会把问题看得过于严重。

有一种类型的人被称作应激阻抗者（stress-resistant individuals），他

^[1] Coopley, E. J., & Keesey, J. C. *Moderator variables in life stress and illness relationship. Journal of Human Stress*, 1981, 7(3)

^[2] Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, N. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1970

们是一些特别能对抗或耐受紧张性刺激的人。不同的人对应激的耐受力有很大的差别。同一紧张性事件,被某些人看作是一种威胁,从而产生较强烈的应激;在另一些人(应激阻抗者)眼里,这只是一种挑战,从而应付自如,丝毫没有应激迹象。应激阻抗者所具有的人格特征又被称作“坚韧人格”(hardiness personality)^[3]。一些调查发现,应激阻抗者的人格特点可以用三个词来概括:投入(commitment)、控制(control)和挑战(challenge)。投入意味着高度的参与生活和工作,包括与同事建立密切的人际关系。“控制”指认为自己有能力控制生活变故和紧张的局面,并采取行动解决问题。“挑战”意味着不满足于现状,把生活变化看作是向自己的挑战,即使失去工作,也不认为是一种严重的事态,而看作是寻找新职业的机会。

人格的坚韧性可以通过下面的4种方式来影响个体的心理应激反应^[4]:

首先,坚韧性能够促进个体采用积极主动的方式来应对环境所提出的要求。

其次,坚韧性可以影响一个人对应激性事件的认识评价,包括初级评价和次级评价。同一个生活事件,在具有坚韧性人格特征的人看来较少具有应激性,即使被视作“应激性的”,也多被视作“挑战”而不是“威胁”或“丧失”。

再次,坚韧性可以通过社会支持间接影响个体的应付,从而影响应激反应。

最后,坚韧性可以引发有利于健康的习惯改变,从而减少心理应激的负面影响

(三) 情绪状态

情绪和认知之间的关系是心理学家长期争论的问题之一。一种观点主张认知是基本的,先有认知,后有情绪,认知引起情绪。另一种观点认为情绪才是基本的,它影响着认知的形式和对象。Lazarus 提倡相互作用说,认为认知和情绪是相互依存和相互影响的。这里我们关心的是

^[3] Kobasa,S.C., Maddi,S.R.,& Puccette,M.C. *Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. Journal of Behavior Medicine*, 1982,5,p394-404

^[4] Michelle R.W. *Skills training in the long-term management of stress and occupational burnout. Current Psychology*, 2000,19(3),p215-228

情绪对认知评价的影响。

一个人在遭遇环境刺激时的情绪状态，会影响他对该刺激的认知评价。例如，强烈的情绪反应状态可能使一个人将注意力完全集中于某一有关的事物。在这种情况下，他可以完全觉察不到一个危险正在向他逼近。在本章的第一节，谈到应激的认知反应时，我们曾经提到了强烈的情绪应激可以损害人的认知功能，甚至造成认知功能障碍。此时，一个人便不再能够像从前那些对所面临的问题（新的应激源）做出理性的认知评价和有效的应对。

心境，是微弱，持久且具渲染性的情绪状态。一个人的主导心境会影响他对周围事物的认知评价。心境使一个人戴着有色眼镜看待自己、别人、世界和未来。例如，愉快的心境可以使人倾向于更多地看到事物的积极方面，就好像戴着粉色眼镜看世界一样；而忧郁心境则好像给人戴上灰黑色眼镜，使人看什么事物都不顺眼，事物的消极方面被强调或扩大。

（四）应对能力和应对风格

按照 Lazarus 的说法，次级评价过程涉及应对资源和应对策略、应对方法的选择。尽管实际的应对行为发生于次级评价之后，但一个人的应对资源是否丰富肯定会影响次级评价过程。如果一个人知觉到自己拥有丰富的应对资源，那么他便有更多的选择，便可以有把握地做出“自己能够有效应对”的判断；相反，如果一个人缺乏或自认为缺乏应对资源，那么他便倾向于做出“不能有效应对”的判断，从而便会产生较强烈的心理应激反应。

应对资源包括个人的应对能力、经验和应对技巧、方法的多样性与灵活性，也包括社会支持的可用性和质量。俗话说“艺高人胆大”，用到此处，意味着拥有较高的应对能力和多种技巧，一个人就不会将问题看得太严重。应对风格（coping style）是一个人的人格特征在应对方式上的体现，刻板的应对风格会让一个人产生不能有效应对的认知评价，从而可能对个体适应环境有负面影响（参阅第五章）。

（五）感觉寻求

有些人具有寻求环境刺激的性格倾向，他们对新异刺激感兴趣，甚至喜欢参与危险活动。他们不能耐受单调、缺少变化的生活；当同一个刺激重复出现的时候，他们很快便习惯化、甚至不再产生反应。这些人被称为“感觉寻求者”，是必须接受高水平的环境刺激才能维持其大脑正

常的功能活动的人。

Coopley 和 Keesey (1981) 在一个研究中考察了感觉寻求在生活应激性事件和身心症状间所引起的调节作用。他们发现, 在“感觉寻求量表”上得高分的人(“感觉寻求者”)比得低分的人(“非感觉寻求者”)生活应激较少会造成痛苦的身心症状。这意味着, 感觉寻求的性格倾向可以缓冲应激性生活事件的影响^[1]。之所以如此, 一个原因是感觉寻求者倾向于降低生活事件的应激含义, 将大量生活变故评价为“良性的”或“无关乎个人康宁的”; 那些被说成是“应激性的”生活事件, 多数被进一步评价为“挑战”, 而不是“威胁”。因此面对着同样的应激源, 感觉寻求者比非感觉寻求者倾向于产生较小的心理应激反应。另一个可能的原因是, 感觉寻求者最佳刺激水平高, 因此能在比较强烈的刺激和应激状态下维持适宜的机能水平, 从而便可较少受到应激性生活事件的消极影响。

(六) 人格的动力方面的特征

一个人的需要、动机、兴趣、价值观和理想等, 会影响甚至决定他对事物的态度和认知评价。例如, 对于一个有强烈的成就动机和权利欲望的人, 职位得到提升通常被视为“好事”或“挑战”; 而对于一个有“恐惧成就”动机的人来说, 职业提升可能被评价为一种威胁。再比如, 一个对学习知识有浓厚兴趣的人视读书为乐事, 而一个缺乏这种兴趣的人则会将读书视作苦差事。

信念是人格动力结构中的比较高级的成分。信念来自于对客观事物的认知评价过程, 一种信念一旦形成, 反过来又会影响和制约认知评价。信念不仅是人所理解和相信的东西, 而且也是人深刻体验到并力求实现的东西。信念是人的行为的重要动力来源, 同人的理想紧密相联系。

按其内容来分, 信念可分为政治信念(信仰)、道德信念、科学信念和生活信念等。生活信念来自于日常生活经验的积累和环境的影响。著名的理性-情绪治疗方法的创立者 Ellis 根据对心理障碍患者的研究归纳出 10 种常见的不合理生活信念。他认为, 尽管在抑郁情绪(C)发生之前, 通常会在一个人生活中发生某种生活变故(激发事件, A), 但生活

^[1] Coopley, EJ & Keesey JC. *Moderator variables in life stress and illness relationship. Human Stress.* 1981, 7(3)

变故不是情绪痛苦的直接原因，一个人对该生活变故的信念和认识评价才是情绪痛苦更为直接的起因。常见于心理困扰者中的 10 种不合理信念有三个显著特征，这就是：绝对化的要求（demandingness），过分普遍化（overgeneralization）和糟糕至极（awflizing）。这些不合理的信念使人对身边发生的事情、个人的处境和自我做出歪曲的认知评价，夸大自己的问题，贬低自己的应对能力，从而使人容易产生强烈的心理应激反应。

生活信念也涉及人们对健康问题的看法。一个人关于他的身体健康与疾病的信念，可以影响他对生活事件的判断，从而影响生活事件同疾病间的关系^[1]。按照对于控制健康的所在问题的信念，可以把人们分成内在论者和外在论者。内在论者认为外界的紧张因素是处于人们自己的控制下的，而外在论者认为那是由运气、机会、命运或其他强有力的因素控制的。前者倾向于把生活事件看作是可控的，而后者则倾向于把同一事件认作不可控的。其影响，在前面我们谈到事件本身的特点对人的判断与评价的影响中已经谈到。Kilman 等报告，外在论者比内在论者更难于适应生活的变动，消极的生活事件对于外在论者更易引起抑郁和焦虑^[2]。应当指出的是，前面我们所谈的是事件本身的特点对人的判断评价的影响，而这里所谈的是人对疾病的观念的影响。生活事件的特点本身并不足以致病，只有当它被看作既是消极的，又是不可控的或可控性不能肯定时才会致病。

价值观涉及一个人对生活方式和生活目标的价值判断，是一个人世界观的重要组成部分。一个人的价值体系为他对外界事物的认识评价提供了内在参照，决定了他的态度和行为。不同的价值观和价值体系可以使人们对同一事物产生不同的认识评价，从而导致不同性质的心理应激反应。

世界观是人格倾向的最高级形式和人格动力结构的最高层次。一个人的世界观一旦形成，便成为他的需要、动机、兴趣、理想和信念的最高调节者，对人的整个精神面貌和一切心理活动（自然包括认知评价）

^[1]梁宝勇《认知中介因素在生活事件与疾病联系过程中的作用》，《医学与哲学》，1983 年第 9 期，第 5~8 页

^[2] Kilman, P.R. *Locus of control and perceived adjustment to life events. Journal of Clinical Psychology*, 1978, 34, p512~513

产生极其重要的影响。

（七）自我概念

自我概念（self-concept）指一个人对他自己的看法，即关于自己是一个什么样的人的观念。从个体心理发展角度看，自我概念的形成大致须经历三个阶段，即确定自己是谁的自我认定阶段，同个人对自己的价值判断有关的自我评价，以及自我概念发展的最高阶段——自我理想。一个人的自我概念一旦形成，便会保持相对稳定，成为他一生的重要参照点，影响或决定着他对人、对己、对事物的态度、信念和认识评价，也会影响他的抱负水平和行为方式等。

自我评价涉及一个人对自己的价值判断，恰当的自我评价对个人的精神生活和行为乃至协调社会生活中的人际关系均有重要的作用。自我评价过高和过低均不利于客观的评估个人同环境间的关系，在应激的情境中不是低估便是高估环境要求（应激源）的严重程度，或者为自己确定不恰当的目标。

自尊（self-esteem）是在自我评价基础上产生和形成的一种自重、自爱并要求得到他人尊重的复杂心理现象。研究表明，自我认同、社会能力、学识（学术能力）、身体条件（生理因素）和相貌是自尊的重要决定因素^[1]。一个人的自尊会影响他对应激事件的认识评价，包括初级评价和次级评价，特别是次级评价。低自尊的人往往看不到自己处理类似问题已有的知识与经验，他们倾向于对环境刺激或生活事件做出“应激性”评价（初级评价），并在此基础上又进一步做出“丧失—伤害”和“威胁”性的评价（次级评价）。Rosen 等（1982）的研究发现，低自尊的人当置身于危险的情境中时，他们会表现出较差的应变能力，难以应对环境的要求。Rosen 等认为，这种应对的困难源于两种消极的自我认识。一个是，同高自尊的人相比，低自尊者更倾向于将自己视作易受外界伤害的，从而缺乏安全感；易于将环境事件视作具有威胁性的，从而产生恐惧反应，而恐惧反应又会妨碍他们冷静地考察和分析自己所面对的问题并做出符合实际的决断。另一个是，低自尊的人总是认为自己没有足够的能力来应付环境的要求，因此不愿意采取预防措施。他们认为自己做任何

^[1] Fleming, J.S., & Courtney B.E. *The dimensionality of self-esteem: II Hierarchical facet model for revised measurement scales*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984, 46, p404-421

事情都无济于事，坏事是不可避免的、不可控的。他们更会相信命运、机遇因素和超自然力量的作用，易于对事件做出“外控”（而不是内控）性评价而不是“内控”性评价^[2]。

一个同自尊有联系但不同的概念是自我效能感（self-efficacy）。自我效能感是关于个人有能力控制环境事件的影响或应对环境要求的信念，它在控制和调整人的行为中起重要的作用。自我效能感是影响应激条件下一个人的次级评价的重要因素。缺乏自我效能感的人看不到或低估自己的应对资源，包括个人的应对能力、经验和技巧，从而易于做出“无法应对”的判断和强烈的心理应激反应，包括强烈的精神压力感、情绪应激以及植物神经和内分泌的变化等^[3]。

第四节 症状引发心理应激的过程和影响因素

在这一节，我们以受症状困扰的人为例，来进一步概括应激的心理反应过程和影响因素（见图 3—2）。

一、症状及其引起心理应激的过程

症状是一种异常的感受状态，是一种主观的经验和一个人向他人诉述的东西；症状总是与不适或疼痛、躯体或心理机能障碍或身体外观上的改变有关的。症状是疾病引起人心理应激反应的一个重要的中间环节。前临床期的疾病由于没有症状，通常不会被人知觉到，因此不会引起心理应激。

症状可以来自于疾病，但也可以由其他因素引起。在人的一生中，总是要体验到这种或那种症状；然而多数症状是短暂的、十分轻微的，以致没有重要意义（即不是由疾病引起的）。只有被认作有意义的症状才有可能导致人们产生心理应激反应。

如果症状被当事人看作是疾病的表现（即“有意义”），就会引起情

^[2] Rosen, T.J., Terry, N.S., & Leventhal, H. *The role of esteem and coping in response to a threat communication. Journal of Research in personality*, 1982, 16, p90-107

^[3] Bandura, A., Rease, L., & Adams, N.E. *Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. Journal of personality and Social Psychology*, 1982, 43, p5-12

绪应激反应。为了减轻这些反应的不适感，一个人可能采用两类心理调适手段：一类是无意的（自我防御反应），另一类是自觉的（“外行咨询”和实际应对行动）。例如，在症状体验期，一个左侧胸部有压榨感并时有疼痛发作的心脏病人，可能会不自觉地将这些症状看作是“胃病”或消化不良所致（合理化机制）。一个胃病病人可能完全忽略症状，就好像它们根本不存在一样（否认机制）；更有甚者，他们不仅忽略症状，而且还偏要吃难以消化的食物，以便向自己、向别人表明其消化系统“正常”，借此减少自己对消化系统症状的忧虑和恐惧（反向形成）。这些防御机制转过来又会影响人对症状的认识评价，从而减轻应激反应。

情绪应激所伴有的不适感可以引发的另一种心理调适活动是应对行为。在焦虑和忧虑情绪状态下，一个人可能会请教亲友和身边的其他人，以获得对个人痛苦症状的进一步解释和摆脱症状的行动建议，这个过程称为“外行咨询”。自然，当事人也可能自己查询有关的医学书籍。经外行咨询或查询有关资料后，当事人便可能采取进一步的应对行动，例如自己找一点儿药物服用一下看看有无效果（自我治疗），或者找民间医生诊治一下，或者寻求正规的医疗帮助。

关于心理应激条件下的这些心理调适活动，我们将在第五章详细讨论。

二、影响人对自身症状认识与评价的因素

症状对一个人的意义，取决于他对它的认识与评价，而认识与评价又与症状方面的一些特点和他本人的心理社会特征有关（见图 3-2）

（一）症状方面的特点

这些特点包括：

1、症状的强度与持久性

症状越强烈、越持久，越容易引起当事人的重视，从而造成心理应激反应。

2、症状对人身心功能的干扰程度与方面

一般而言，干扰程度越大，越容易被当事人视做重病的表现，从而产生剧烈的心理应激反应；如果症状不仅干扰学习工作，而且妨碍日常的、基本的功能活动（例如呼吸和睡眠），那么当事人便很可能会由于严重的情绪应激反应（如焦虑、恐惧和担忧等）而立即寻求医疗。

3、症状发生的部位

研究表明，相比较而言，发生在四肢的症状不如发生于胸、腹部的症状易于引起人们的重视，而发生于头部的症状最容易引起心理应激反应。

4、症状对人正常社会活动的影响

如果症状严重地妨碍人正常地交往、工作或学习，那么不仅会引起当事人本人的紧张不安和忧虑，而且会引起周围的人的关注，从而有可能会加剧症状的致应激作用。

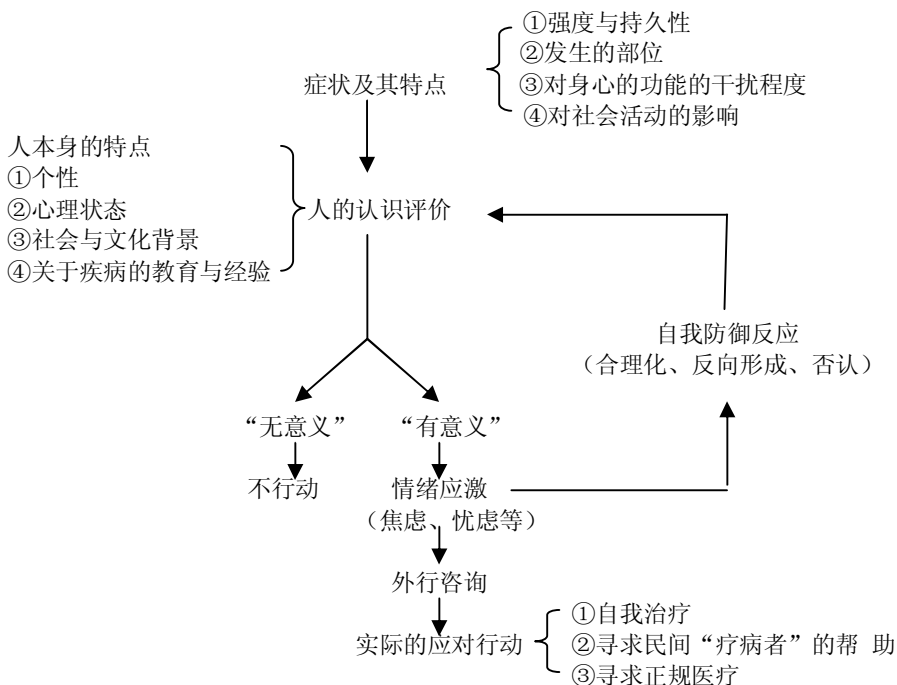


图 3-2 症状引起心理应激反应的过程及应对

（二）人本身的心理社会特征

1、个性

内向的人多关注个人身体方面的变化，癔症性格的人敏感多疑，他们都易于对症状作出严重估价，而 A 型性格者易于忽视症状。

2、心理状态

处于激情状态中的人易忽视症状，而焦虑状态则会使人变得多疑。

3、社会文化背景

文化人类学研究发现，有些症状（如腹泻和幻觉）在有些文化（民族）条件下不被视作异常，从而便不会引起心理应激反应。

4、关于疾病的教育与经验

缺乏某些医学知识的人可以忽视有明显预警意义的症状。例如，有些中老年人只是由于缺乏医学知识，将心绞痛症状当作“胃病”。另一方面，缺乏生理学知识也可能使人将正常的生理现象视为重病的象征（重病的症状），从而产生焦虑甚至恐慌等心理应激反应。

第四章 应激的生理反应 及其调节和整合机制

内容提要

按照我们提出的应激的定义，生理反应和心理反应是应激的表现形式。应激条件下的心理反应和生理反应是作为一个相互作用的整体而出现的。本章着重讨论了应激反应的另一个方面——生理反应及其调节与整合机制。首先，介绍了关于生理应激反应的三个最有代表性的模型：坎农的应急反应模型，塞里的全身适应综合征模型和英格尔的保存—退缩反应模型。随后，探讨了生理应激反应的调节机制，包括身体器官的内在反射控制机制，植物神经和内分泌系统的控制以及脑干和下丘脑对植物神经系统功能的整合与控制等。最后，进一步探讨了中枢神经系统对整个应激反应的整合，包括感觉输入和对环境事件的解释，在对应激事件和行动后果的评价基础上产生情绪反应，以及对心理应激源的心理和生理反应的形成等步骤。

第一节 关于应激的生理反应的几个经典模型

应激期间发生的生理反应既是身体对应激的适应、调整活动，又是在某些情况下导致疾病的生理基础。因为这些反应如果适度，有助于身体对抗应激源所造成的变化、恢复内稳态；但如果它们过于剧烈、过于持久，便会损害人的适应能力，从而引起身心症状和机体对各种疾病的

易感状态，甚至造成疾病。

应激条件下生理反应的类型和强度取决于多种因素。可以说，生理应激反应是多种内外因素相互作用的结果。这些因素大体上可以分为三大类，一类是应激源本身的性质和强度，另一类是当事人本人的特点（特别是体质和健康状况），第三类为环境因素。对于心理、社会和文化性应激源来说，它们所引发的生理应激反应的性质和强度还取决于当事人情绪反应的性质和强度^[1]。

在生理应激的研究中，人们曾经提出过多种不同的生理反应模型，其中有三种可称为经典的模型，这就是坎农的应急反应模型、塞里的身适应综合征模型和的保存—退缩反应模型^[2]。

一、坎农的应急反应模型

早在上个世纪 20-30 年代，著名生理学家坎农（Walter Cannon）便做了大量的动物实验研究，以探讨机体在遭受急性应激源的强烈侵袭时发生的生理反应。据此，坎农提出“应急反应”（emergency reaction）的模型来概括这一组生理反应。他发现在这种情况下，实验动物的心率、心肌收缩力、心排血量和血压都增加；呼吸加深加快，从而使每分钟通气量加大；脾脏缩小，皮肤和内脏血供减少，脑与肌血流量增多；肝糖元加速分解转化为葡萄糖，从而使血糖升高；交感神经动员脂类，使血中游离脂肪酸增多；与此同时，凝血时间缩短，儿茶酚胺分泌增多，中枢神经系统兴奋性升高，机体变得警觉、敏感。坎农认为，这些生理反应都具有“应急”的作用，可以为动物做好准备，或者投入搏斗，或者从危险情境中逃脱。因为这些反应既可为动物对应激源提供了必要的能量，又可保护动物不致由于损伤而过多流血，由此他又从行为的角度提出“或战或逃反应”（fight or flight reaction）的概念。

在急性应激时，人类也可产生“应急反应”，但人的行为尚要受社会环境的制约，因此在急性应激条件下“应急反应”常常不伴有“战”或“逃”的行为反应。

^[1] 梁宝勇主编《心理卫生与心理咨询百科全书》，南开大学出版社 2002 年版，第 62-65

^[2] William R. Lovallo (ed.) *Stress and Health : Biological and Psychological Interactions*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc., 1997, p27~34

总的来说,在急性应激状态下肾上腺素的作用常常掩盖去甲肾上腺素(NE)的作用,但在低血糖时 NE 分泌明显增多,血压降低时则会导致这两种激素同时增多。

一些研究发现,在应激状态下,不仅交感-肾上腺髓质轴活动增强,迷走-胰岛素系统也发生兴奋,只是后者的效果被掩盖而不易发现而已。前者兴奋导致血糖升高,而后者兴奋则促进血糖的利用;两者相互配合以适应和对应激源的挑战。

在某些情况下,某些个体可出现副交感神经活动相对增强的情况。如心率减慢、心输出量和血压下降、血糖降低等。这些生理变化可导致眩晕和休克。

二、塞里的全身适应综合征模型

塞里(Hans Selye)用“全身适应综合征”(GAS)来说明应激的生理反应,他将 GAS 分为三个阶段或期^{[1][2][3]}:

(一)警戒期(alarm stage)

个体觉察到环境的威胁,交感神经系统被激活,从而引起应急性质的生理反应,机体为应付应激源而动员能量。

(二)抵抗期(resistance stage)

此时,警戒期的反应消失,机体处于与应激源做长期抗衡的状态,在神经、内分泌、免疫系统的协调下,各系统处于动员状态。许多研究者认为,每个人都具有不同程度的适应能量储备,这些能量储备具有心身基础,可以用来应对各类应激。

警戒期除交感神经与儿茶酚胺被激活外,下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴也被激活。在抵抗期,肾上腺、胸腺、肝、肾等都释放有关的生物活性物质,以升高血压、升高血糖并促进各种对抗应激源的躯体变化,其中最重要的生物活性物质是肾上腺素、去甲肾上腺素及糖皮质激素和盐皮质激素。现代应激研究表明,神经、内分泌、免疫系统在警戒期有高度的动员,因此应激激素也不仅只有上述几种经典的,而且有许多新的应激激素与免疫因子参与。例如胰岛素、内啡肽、白细胞介素等。

^[1] Dobson, C.B., *Stress The Hidden Adversary*, England: International Medical Pub., 1982

^[2] Selye, H., New York :McGraw-Hill,1956

^[3] 梁宝勇 《对应激的生理反应》,《医学与哲学》, 1986 年第 11 期, 第 51-52 页

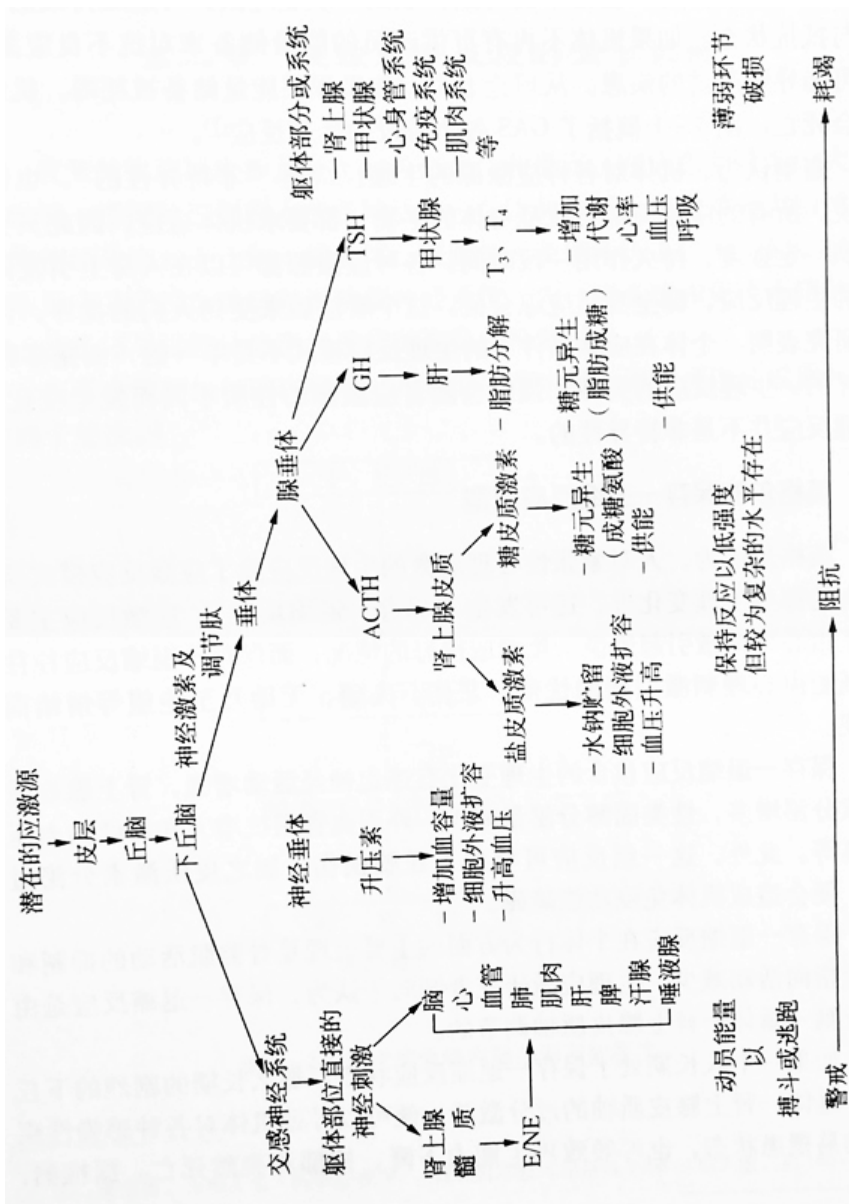


图 4-1 全身适应综合征各个阶段的生理反应

（三）耗竭期

在此期间，用来对抗应激的生理、心理能量已被耗竭，机体需要得到休息与能量补充。慢性不良应激，如某些职业应激，可造成持续的警戒与抵抗状态。如果机体不再有可供动员的能量储备来对抗不良应激，则可导致严重的疾患。从理论上讲，如果深层能量储备被耗竭，机体就会死亡。图 4-1 概括了 GAS 各个阶段的生理反应^[4]。

塞里认为，机体对各种应激源的生理反应是“非特异性的”。也就是说，所有的应激源都会扰乱身体的平衡，都要求机体适应，因此只要达到一定强度、持久作用一段时间，各种应激源都可以在人身上引发同样的生理反应，即全身适应综合征。这个看法后来受到人们的批评，许多研究表明，个体在应激条件下的生理反应模式不是单一的，而是多种多样的。生理反应的类型和强度会随着应激源的性质不同而发生变化，生理反应并不是非特异性的。

三、英格尔的保存—退缩反应模型

英格尔（Engel）认为，人对紧张性心理刺激的生理反应除了应急反应模式所包含的那些生理变化外，还可发生“保存—退缩反应”。应急反应主要见于由心理刺激引起恐惧、焦虑或愤怒的情况，而保存—退缩反应往往伴随着由心理刺激引起的忧郁、悲伤、失望、无助乃至绝望等情绪而出现。

保存—退缩反应包含的生理变化有迷走神经活动增强，肾上腺皮质激素分泌增多，性类固醇分泌量减少，外周血管阻抗增大和持续的血压升高等。此外，这一组反应可导致下丘脑损伤，加之皮质激素分泌过多，便会造成机体免疫功能障碍。

保存—退缩反应在个体行为方面的主要表现是骨骼肌活动的抑制和环境指向活动减少。生理应激研究者倾向于认为，保存—退缩反应是由下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴调节的。

如果一个人长期处于保存—退缩反应状态，那么长期的剧烈的下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的过分激活，便可以导致机体对各种感染性疾病的易罹患状态，也可导致再生能力下降、抑郁和突然死亡。据推测，消化性

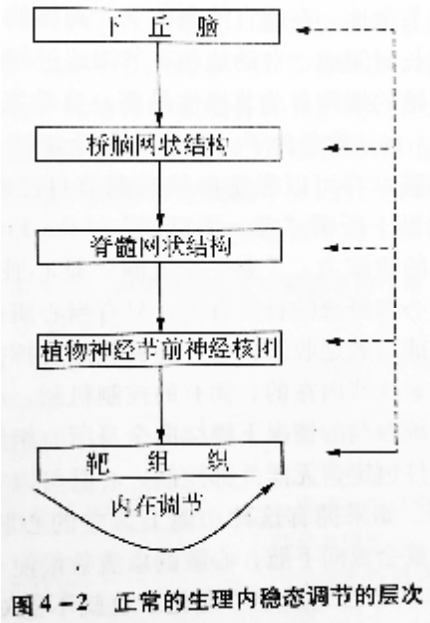
^[4] 徐斌、王效道、刘士林 主编《心身医学——心理生理医学基础与临床》，中国科学技术出版社 2000 年版，第 25~26 页

溃疡、支气管哮喘、某些癌症、溃疡性结肠炎、类风湿性关节炎和某些皮肤病等心身疾病，大都可能同保存一退缩反应有关系^[1]。

第二节 生理应激反应的调节机制

应激的生理反应涉及全身的各个系统和器官。在应激条件下，大脑皮层统一指挥和控制着人的各种活动；身体的生理反应主要是大脑通过植物神经系统、下丘脑——腺垂体——靶腺轴和免疫系统进行调节的。这些生理反应又通过反馈机制影响着神经系统、内分泌系统和免疫系统的功能，使机体尽可能从应激所造成的紊乱中恢复过来。

应激会破坏机体的内稳态，正常的生理内稳态调节可以分成以下四个层次（见图 4-2）^[2]：



^[1] 梁宝勇、王栋 主编 《医学心理学》吉林科学技术出版社 1998 年第三版，第 146~162 页

^[2] Lovallo, W.R. *Stress & Health: Biological and Psychological Interactions*, Thousand Oaks: SAGE Publications, 1997,p35~54

第一个层次：内反射，身体器官借此调节它们自己的功能。

第二个层次：植物或自主神经系统和内分泌信使，向外作用于身体器官，引起身体器官功能的变化。

第三个层次：脑干和下丘脑，负责整合植物神经和内分泌系统的影响。

第四个层次：下丘脑以上的高级脑中枢，负责整合情绪活动、记忆和意识以及调整下丘脑和脑干活动。

在本节里，我们先从下到上讨论前三个层次的调节，第四个层次的调节将在下一节讨论。

一、身体器官的内在反射控制机制

当周围环境发生缓慢的变化的时候，人体器官可以自己来调节自己的功能活动以回应这些变化。例如，心脏的跳动便是如此。研究表明，动物的心肌具有自动节律性，在适宜的条件下，离体的心脏在未受到任何刺激的情况下可以长时间地、自动地和有节律地进行兴奋和收缩。心肌传导系统中，窦房结的细胞自动节律性最高，自动兴奋频率约为100-110次/分钟。因此，在正常条件下，窦房结主导着整个心脏的兴奋和跳动。也就是说，心脏本身可以靠窦房结来调节自己收缩的速率。类似地，心脏也可以借助于所谓“弗-斯机制”(the Frank-Starling mechanism)来调节心肌的收缩力。“弗-斯机制”是心脏的一种固有性能，心肌收缩的效果同心肌舒展的程度有关，只有当心肌达到较大的舒展程度的时候，心肌才能有效的收缩，也才能有效地发挥排血功能。

正是因为存在着这些内在的、固有的控制机制，心脏才能在没有植物神经和内分泌系统参与的情况下继续向全身所有组织供应血液。这就是说，只要保持条件恒定，无需外部控制，心脏可以完全靠自己来保证适当的供血。然而，如果拥有这种功能上孤立的心脏的个体突然站起来，那么全身血液就会流向下肢，心脏的血流数量便会急剧的减少。心脏“不知道”身体状态已经发生了变化，也就不能对这种变化做出反应。同样，血管也不会对血液的这种重新分布做出补偿。其结果，这个人便会由于脑血流量的迅速减少而发生头晕和晕厥。因此，尽管心脏固有的控制机制可以应付恒定的情况，但当环境发生急剧变化的时候，心脏必须依靠自主神经和内分泌系统所提供的额外控制才能满足环境所提出的急迫要求。

身体其他器官、系统也具备类似的内部控制机制。当外界环境发生的变化危及内稳态，从而要求身体迅速做出反应的时候（例如应激的情况下），自主神经系统和内分泌系统必须参与控制并发挥重要的调节作用。

二、植物神经和内分泌系统的控制

植物神经系统和内分泌系统在解剖上和功能上都是不同的，但这两个系统一起调节和协调着身体器官的活动。

（一）植物神经系统

植物神经系统又称自主神经系统，负责调节心肌、平滑肌和腺体（消化腺、汗腺和部分内分泌腺）的活动。这种调节无须意识的参与，故称之为“自主神经系统”。然而，必须指出，这一神经系统还是接受中枢神经系统控制的，所以并非是完全“自主的”。

植物神经系统包括交感神经系统，副交感神经系统和肠神经系统三部分^[1]。每个部分都有四个重要成分，即节前纤维、神经节、节后纤维和神经效应器结合点。植物神经系统各部分协同活动，人体内脏器官一般都接受双重神经支配，它们对所支配的器官的作用具有拮抗性质。这种拮抗性使植物神经系统能够从正反两个方面调节内脏器官的活动。拮抗作用的对立统一是神经系统对内脏活动调节的主要特点（表 4-1）。

表 4-1 植物神经系统对靶器官的作用

器官	交感神经	副交感神经
眼	瞳孔扩大，睫状肌松弛，上眼睑平滑肌收缩	瞳孔缩小，睫状肌收缩，促进泪腺分泌
唾液腺	粘稠唾液分泌	稀薄唾液分泌
肺	支气管扩张	支气管收缩
心脏	心率和心肌收缩力增大	心率和心肌收缩力下降
血管	收缩	部分血管扩张
肠	减少分泌和蠕动	增加分泌和蠕动
膀胱	松弛	收缩
代谢	促进糖元分解和肾上腺髓质分泌肾上腺素	促进胰岛素分泌

^[1] Loyalb ,WR(ed) *Stress and Health : Biological and Psychological Interactions.*, London: SAGE Publication,1997,p41-47

肠神经系统(enteric nervous system)主要作用于消化道,它主要由肠道上接受单个器官的输入的神经节组成,并反射性地调节所支配的器官的活性。肠神经系统的神经递质是乙酰胆碱。交感和副交感神经系统的节前纤维和节后纤维在神经节形成突触,其神经递质也是乙酰胆碱。

交感神经系统的活动一般比较广泛,往往不限于个别的神经及其所支配的效应器,而常以整个系统来参加反应。交感神经的节后纤维通过在特化的神经效应器结合点分泌去甲肾上腺素来控制平滑肌和心肌的活动。去甲肾上腺素主要作用于位于平滑肌细胞表面的 α -肾上腺能受体,其作用是促进所支配的平滑肌的收缩力和速率。因此,交感神经系统一般是增加所支配的器官的功能和激活水平的。一个例外的情况是,肾上腺髓质接受直接来自于脊髓的交感神经节前纤维,这些节前纤维分泌乙酰胆碱,这种胆碱能的刺激引起肾上腺髓质分泌儿茶酚胺性的肾上腺素和去甲肾上腺素,进入血流后,肾上腺素起内分泌信使的作用,而去甲肾上腺素对组织的作用有限。

交感神经系统在身体适应环境要求的过程中起重要作用,对于应激期间的应急反应(战或逃反应)的整合与表达至关重要。前面已经说过,应急反应包括一系列高度整合了的心血管和内分泌变化,其目的是为机体做好准备以应对威胁性、带有生与死性质的环境。

副交感神经系统的活动比较局限,其活动主要在于保护机体、休整恢复、促进消化、积蓄能量以及加强排泄和生殖等方面。在应激的恢复阶段,副交感神经系统的活动可能增强,从而可以起到帮助机体从应激状态中尽快复原的作用。

肠神经系统是植物神经系统中最为特化的部分,它完全包埋在所支配的器官内,这些器官包括胃肠道、胰脏和胆囊。这几个器官能够独立于外界的控制而活动,而整个的肠神经系统的活动要受植物神经系统的另外两个部分(交感和副交感神经系统)的控制。

由于交感神经系统活动增强时,常伴有肾上腺素分泌的增多,因此将这一活动系统称作“交感—肾上腺系统”。由于迷走神经活动增强时,常伴有胰岛素分泌的增多,故又将这一系统成为“迷走—胰岛素系统”。研究表明,应激状态下,这两个系统都可发生兴奋增强,但交感—肾上腺系统作用更为明显,后者的作用往往被掩盖。这两种系统兴奋性增强,具有生物学意义,交感—肾上腺系统兴奋导致血糖增高,迷走—胰岛素系统兴奋则促进血糖的利用,两者互相配合以

适应应激状态。

（二）内分泌系统的控制

内分泌系统与神经系统紧密联系，相互作用，共同调节机体的各种功能，维持内环境的相对稳定。内分泌系统是包括内分泌腺和分散存在于机体各处的内分泌细胞的一大信息传递系统，其信息传递者是内分泌细胞产生的高效能的有机化学物质——激素。这些激素按化学性质，可以分为三大类：一类为含氮激素肽和蛋白质类，第二类为类固醇激素，第三类为固醇类激素。

在应激反应中，肾上腺皮质和髓质的活动有明显变化，从而与应激反应的控制有最为紧密的联系。

肾上腺髓质由交感神经节前纤维激活后分泌肾上腺素进入体循环。作为一种重要的内分泌信使，肾上腺素作用于 β -肾上腺能受体，后者位于许多身体器官上。一般而言，肾上腺素在 β 受体上的作用是增强由交感神经所分泌的去甲肾上腺素的作用。由于肾上腺素通过体循环传送，所以可以同时许多组织产生作用，并借此增强交感神经的协同活动。正常情况下，肾上腺素的分泌率很低，从而在血中的浓度也很低。但在应激期间，肾上腺素的分泌率则选择性的增加，从而保证几种重要功能的协调性以增进为满足应对紧急情况所要求的行为和代谢反应。因此，人们将肾上腺素称作关键的应激激素（**stress hormone**）。

尽管肾上腺髓质同时分泌肾上腺素和去甲肾上腺素，但后者通过血流对靶组织的作用是微不足道的。去甲肾上腺素对靶组织的作用主要是通过交感神经末梢实现的。

类固醇类激素糖皮质激素皮质醇是第二种应激激素。当机体处于由紧急情况（例如关系生存与死亡的环境）所造成的急性应激反应状态时，下丘脑分泌促肾上腺皮质激素释放因子（**CRF**）进入垂体柄的特化了的门脉循环中，从这里到达垂体前部，引起促肾上腺皮质激素（**ACTH**）的释放。**ACTH** 到达肾上腺皮质，引起糖皮质激素皮质醇分泌的显著增加。皮质醇能够影响全身所有的器官和系统，对于保持正常的器官和代谢功能是至关重要的。在应激状态下，皮质醇可以增加交感神经系统的活性，使储存的葡萄糖和脂肪更多地被释放出来，同时抑制身体的免疫功能。表 4-2 是皮质醇的部分影响。

表 4-2 皮质醇对靶组织的影响

组 织	影 响
神 经 元	促进儿茶酚胺的合成
海 马	促进记忆功能
丘 脑	对进入的刺激变得敏感
肾上腺受体	增进 α 和 β 受体的敏感性
免疫系统	抑制
葡 萄 糖	促进生产
脂 肪 酸	促进释放
肾	利尿和钠潴留

由于能够通过体循环抵达所有的组织并借此显著改变这些组织运行的背景环境，所以皮质醇和肾上腺素能够整合机体的广泛的功能。除了通过交感神经和副交感神经系统的颞抗性双重效应而实现器官功能的整合外，内分泌系统同时调节和协调着许多组织之间的活动和反应。

此外，腺垂体还与 ACTH 等量地释放 β -内啡肽，这种物质在神经系统内是鸦片受体的一种强有力的兴奋剂，能引起痛觉缺失等效应。在应激期间，由于 β -内啡肽同皮质醇一起被释放出来，因此它可以作为一种镇痛剂以防备应激期间由于搏斗或逃跑而造成的损伤所致疼痛，此外 β -内啡肽也具有调节心境的作用。

Mason 认为，神经内分泌系统以整合的方式对应激做出反应，参与应激反应的，除了肾上腺髓质和皮质外，还有垂体-甲状腺、垂体-性腺和胰岛素系统。他发现，在应激状态下分解代谢激素（如胰岛素和睾丸素）分泌下降。在恢复阶段，则发生相反的变化：合成代谢激素分泌增多，分解代谢激素分泌减少。他认为，这些生理变化对机体适应环境有意义：应激期间的变化为机体对付应激源提供了燃料，恢复阶段的变化可帮助机体从应激所造成的消耗中恢复过来。

三、脑干和下丘脑对植物神经系统功能的整合与控制

对于机体内部稳定状态的第三个层次的调节，涉及脑干和下丘脑对植物神经和内分泌功能的调控。关于内分泌功能的调节，我们在前边已作了介绍，所以这里仅讨论脑干和下丘脑对植物神经功能的整合与控制。

（一）脑干网状结构

植物神经系统的主要分支的活动在脑干由孤束核联合其他自主神经

核加以调控。在整个脑干的核心布满了神经网络，称作网状结构。脑干网状结构按功能可分为两个部分，一个是胺能神经核，一个是自主控制神经核。

1、胺能神经核

胺能神经核（aminergic nuclei）能够合成 5-羟色胺（血清素）、去甲肾上腺素和多巴胺等神经递质，调节睡眠与觉醒、注意和心境，也对感觉输入起调控作用。血清素能神经核和多巴胺能神经核在心境和注意的调节中起关键作用。胺能神经核能够改变中枢神经系统广泛区域的活性，也负责机体的警觉性的调控。

胺能神经核的神经递质去甲肾上腺素由蓝斑核合成，血清素由中缝核合成，多巴胺则由腹侧被盖区的细胞体合成。上述这三种细胞体的轴突向整个大脑皮层、边缘系统、小脑和髓质投射，唯一的例外是发端于腹侧被盖区的多巴胺能神经核只向皮层投射。因此，这些神经核团能通过改变脑和脊髓广泛位点的递质的分泌，来调节中枢神经系统的状态。

在中枢神经系统中，在形成应激反应的过程中其关键作用的一个神经核是蓝斑核。中枢神经系统中含有去甲肾上腺素的神经纤维 90%集中在蓝斑核，这些神经纤维投射到大脑皮层、边缘结构（如海马和杏仁核）和脊髓。这种广泛的投射使得蓝斑核在调控和协调中枢神经系统许多部分的功能状态和活动中其广泛的作用。蓝斑核同边缘系统的杏仁核，同负责整合应激反应的下丘脑中核，都存在重要的交互联系。

血清素能的中缝核也同心境的确立有重要联系，血清素供应欠缺或血清素受体的缺乏，都可导致消极的主导心境以及愤怒与攻击行为。

2、网状结构的自主控制神经核

脑干网状结构内含有一系列特化的自主控制神经核，接受来自身体各器官和高级中枢的信息。这些神经核负责身体的姿势和运动的调节、压力感受器的调节，以及将交感神经传入的信息传达到交感神经节链等。以血压的控制为例，当血压升高时，位于主动脉弓和颈动脉窦的压力感受器觉察到血管壁张力的增加，便通过其传入神经纤维将信息传至延髓。进入延髓后，传入神经纤维首先和孤束核神经元发生突触联系，然后进一步将信息传至延髓的迷走运动神经核，增加迷走神经的活动，从而抑制心脏窦房结的自动节律性。其结果，心率和血压便下降。其他单个器官和某些系统也可以通过脑干的这些神经核实施反射性调控。然而，单靠脑干网状结构的神经核尚难以保证各器官各系统间的协同活动。要实

现整合性的调控，尚须更高一级的神经中枢的参与。

（二）下丘脑

植物神经和内分泌系统的活动可以在下丘脑水平得以协调。下丘脑同边缘前脑及脑干网状结构存在紧密的形态和功能上的联系，共同调节着内脏的活动。下丘脑不是单纯的植物神经的中枢，而是更高级的内脏活动的调节中枢，同时它也参与人的情绪反应等过程。

从功能上看，可以将下丘脑分成两个部分，即调控植物神经的部分和调控内分泌活动的部分。调控植物神经的部分负责激活或抑制脑干的植物神经控制中枢。研究表明，对下丘脑前区的电刺激会增强对心血管系统的副交感作用，而对下丘脑后区中枢的刺激则导致交感神经介导的心率和血压增高。从下丘脑发出的神经纤维抵达脑干的孤束核和脊髓的中间外侧细胞柱。因此，下丘脑可以矫正由脑干调控的功能完全的心血管反射。

下丘脑的第二个功能调控部分负责内分泌功能活动的调控，下丘脑对内分泌的调控是通过对垂体腺的控制而实现的。解剖上将垂体分成前后两个部分。垂体前叶由下丘脑通过内分泌经由门脉系统加以调控，垂体后叶则直接接收来自下丘脑的神经纤维的输入信息。在应激条件下，下丘脑分泌两种重要的信使，一种是促肾上腺皮质激素释放因子（CRF），另一种是精氨酸加压素（又称抗利尿激素，AVP）。CRF 进入垂体前叶，使其分泌 ACTH；AVP 在垂体后叶被释放出来并进入体循环，控制肾脏对水的排泄率。

下丘脑的室旁核由许多形态各异的神经元群组成，它们有的只合成 CRF，有的只合成 AVP，有的同时合成 CRF 和 AVP。Petrusz 和 Merchenthaler 认为，由于能够大大的增加垂体 ACTH 的分泌量，能够同时合成 CRF 和 AVP 的神经元群在应激反应中起更为重要的作用^[1]。

第三节 中枢神经系统对整体应激反应的整合

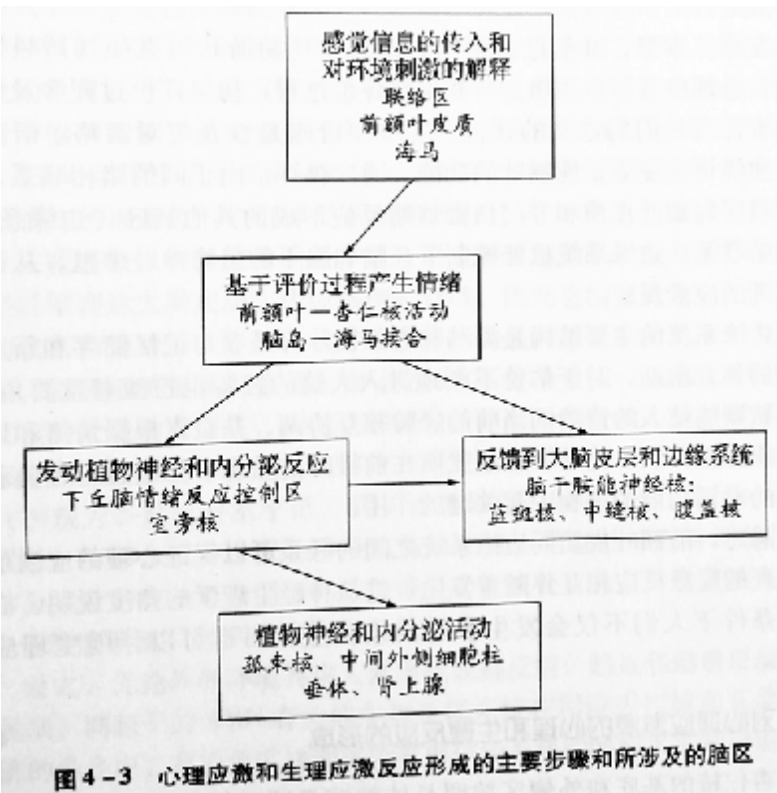
前边已经说过，只要应激源具有一定的强度，持续一定的时间，其

^[1] Petrusz, R., & Merchenthaler, I., *The Corticotropin-releasing factor system*. In C.B.Nemeroff (Ed.) *Neuroendocrinology* ., Boca Raton.FL:CRC.,1992,p129~183

引发的应激反应往往既不限于心理反应，也不限于生理反应，而是同时或相继出现心理反应和生理反应。不仅如此，应激条件下出现的心理反应和生理反应并不是孤立的，而是相互作用或相互影响的。这意味着，应激条件下的各种情绪反应（例如焦虑、恐惧、愤怒和抑郁等）和认知改变，可以影响我们的身体状态，引起或伴随着相应的生理改变。从另一个角度看，应激条件下的生理反应（生理应激）也会引发心理的变化（心理应激反应）。

简言之，心理应激反应和生理应激反应是作为一个相互作用的整体而出现的。中枢神经系统的整合作用为这种整体性提供了可靠的保证。前边我们已经讨论了生理反应的调节，下边着重说明生理应激反应同心理应激反应的整合过程。

中枢神经系统对于心理应激和生理应激的反应的整合过程见图 4-3。



一、感觉输入和对环境事件的解释

人借助于感觉器官获得的感觉信息通过丘脑换元，传递到初级皮层投射区，而后再经过一系列皮层感觉联合区，在此期间未经加工的感觉信息与有关感觉通道的贮存信息被逐步精炼。最后感觉信息被传递到前额叶皮质，并在这里使其获得意义；也是在这里，来自于不同感觉通道的信息被整合在一起，使我们能够对外界刺激获得一个准确的知觉。

二、在对应激事件和行动后果的评价基础上，产生情绪反应

大量的研究证据表明，额叶，特别是前额叶皮质在评价外界的应激事件、赋予其意义和考量我们行动的可能后果过程中起重要作用。前额叶皮质是最终导致应激的心理反应（情绪反应）和生理反应的一连串事件的始点，情绪反应是在前额叶区、海马和杏仁核之间的“变易”中形成的。

在第三章里，我们已经说明，按照 Lazarus 和 Folkman（1984）的看法，心理应激包括初级评价和次级评价过程。初级评价过程涉及外界应激事件对我们的意义的评价，次级评价则是涉及应对策略。研究表明，初级评价主要是前额叶的功能，而次级评价由于同情绪相联系，所以有赖于前额叶皮质和专门负责情绪反应形成的其他脑区（边缘系统）之间的联系。边缘系统也能控制下丘脑和脑干的植物神经中枢，从而调控生理的应激反应。

边缘系统的主要结构是海马和杏仁核。海马参与记忆储存和新、旧经验的整合活动，对于估价不断地进入人脑的经验也扮演重要角色。杏仁核则能使人的情绪同当前的经验相互协调，并负责根据情绪和以往的知识修正行动。此外，脑岛皮质在前额叶皮质和杏仁核履行经验和情绪间的对话功能的过程中起关键的作用。

总之，前额叶皮质同边缘系统之间的联系可以保证心理的应激反应同生理的应激反应相互伴随着发生。这从神经生理学的角度说明，心理应激条件下人们不仅会发生各种情绪反应，而且可以伴随生理应激反应。

三、对心理应激源的心理和生理反应的形成

杏仁核的基底和外侧区按照具体的感觉通道接收来自前额叶的信

息，之后由其外侧和中央区将信息经中央核传至下丘脑和脑干。由于杏仁核与前额叶区、边缘系统以及下丘脑和脑干之间存在着十分广泛的联系，因此可以将杏仁核视作将感觉输入转化为对外界刺激情境的解释的焦点。与此同时，杏仁核也是植物神经和内分泌反应赖以形成之所在。

从杏仁核的中央核到脑干之间的联结包括脑桥网状结构（PRF）、孤束核（NTS）、类巨细胞神经核（PGi）和脑干的胺能神经核团（AMN）。这些脑干区构成两个功能系统，一个是中枢反馈系统，包括 PRF 和 AMN，负责改变整个中枢神经系统的功能状态，以满足不同情况的要求。另一个功能系统是脑干反应系统，包括 PGi、孤束核和中间外侧细胞柱，负责根据情境的要求调节下延到内脏器官的植物神经反应和骨骼肌的活动。

中枢反馈系统决定一个人总的心理状态，它能根据来自杏仁核和下丘脑的命令为人做好应对紧急情况准备；在外界环境安全的时候，也能将人引入安静甚至睡眠状态。PRF 由一些弥散的神经纤维核和专门化的神经核团组成，从种系发生学上看它是非常古老的。PRF 将人的感觉系统同负责心理和生理反应形成的那些系统联系起来，并接受来自更高级中枢（特别是由大脑皮质所控制的运动和决策系统）的控制。

AMN 含有能够合成单胺类神经递质（去甲肾上腺素、5-羟色胺和多巴胺）的细胞体。中枢神经系统中能够合成去甲肾上腺素的细胞体 90% 在蓝斑核，中缝核合成大多数 5-羟色胺。这两组神经核团都有胺能神经纤维到达大脑皮层、边缘结构和脊髓。因此它们在确定整个大脑皮层的状态和情绪经验、脑的状态以及植物神经和运动功能之间的相互影响中，都起至关重要的作用。由于 AMN 接收来自于（直接或间接地）杏仁核的大量输入信息，所以这些神经核团对于消极的心境很敏感。在抑郁症的动物模型中发现蓝斑核中去甲肾上腺素减少，而中缝核功能降低（表现为 5-羟色胺水平低）则同社会缺陷、敌意和暴力行为的增多有联系。能够合成多巴胺的神经细胞对于进入信息的加工有调节作用，精神分裂症的症状可能同多巴胺能神经功能改变有关。多巴胺能系统和 5-羟色胺能系统一起参与愉快体验的形成。

总之，无论外界环境要求人做出战或逃反应，趋近和逃避反应，还是睡眠，同脑干的 AMN 有关的中枢反馈系统在回应杏仁核和其他边缘系统的命令中，都担负着协调整个中枢神经系统的唤醒水平和功能状态的任务。

脑干反应系统：杏仁核同孤束核有神经纤维联系，孤束核对于组织心血管反射，特别是压力感受器反馈和血压的调节，起重要作用。杏仁核则负责抑制应激状态下的压力感受器反射。此外，杏仁核也与 **PGi** 有联系，**PGi** 对于骨骼肌运动反射型式的形成起重要作用，**PGi** 同蓝斑核、孤束核以及中间外侧细胞柱有紧密的联系。中间外侧细胞柱从下丘脑经桥脑和延髓下行到脊髓，其神经纤维同交感神经节前纤维相联。可见，杏仁核能够监测前额叶皮质的活动，并通过它同桥脑和延髓、脊髓的联系来控制植物神经反射和骨骼肌的运动功能。

受杏仁核活动影响的另一个重要的脑区是下丘脑控制情绪反应的区域 (**HACER**)，该区由下丘脑的几个神经核团组成。应激条件下，**HACER** 的激活会导致下丘脑神经内分泌和植物神经的活动。首先，下丘脑室旁核的激活导致内分泌的变化，引起中央隆起 (**ME**) 分泌促进肾上腺皮质激素释放因子 (**CRF**)。**CRF** 引起垂体前叶分泌 β -内啡肽和促肾上腺皮质激素 (**ACTH**)，而后由肾上腺分泌皮质醇，皮质醇对外周各部分可产生广泛的影响。在中枢神经系统的几个地方，皮质醇也有重要的反馈作用。首先，海马是进入血液循环中的皮质醇通过负反馈来调节日间分泌量的主要所在。其次，在下丘脑，皮质醇也通过负反馈来调节 **ACTH** 和 **CRF** 的分泌。在海马和丘脑，皮质醇作用于两类受体—皮质醇受体 (**CR**) 和糖皮质激素受体 (**GR**)。后者对低水平的皮质醇敏感，负责调节海马日间的激活水平；而前者只对高水平的皮质醇敏感，并有提高海马的激活水平的作用。**CRF** 系统负责整合中枢神经系统对应激刺激和消极情绪的反应。

HACER 被激活后，下丘脑还可通过从室旁核到脑干的神经纤维来调节植物神经的功能。这些神经纤维到达蓝斑核，中间外侧细胞柱和 **PGi**，调节交感神经对外周组织的影响程度。因此，下丘脑通过向垂体分泌 **CRF** 和向脑干发送神经纤维来协调应激条件下的植物神经和内分泌反应。

应激反应的整合自然也涉及肾上腺素的分泌。交感神经活动增强引起肾上腺髓质分泌肾上腺素，而肾上腺素又能刺激垂体分泌 **ACTH**，从而协调应激条件下的两种主要的内分泌反应系统：下丘脑—交感神经—肾上腺髓质系统和下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统。

人体的大多数植物神经和内分泌功能可以在下丘脑水平上进行完全的调节，但仅有下丘脑水平的调节，人便没有能力做出行为反应（如找

到食物) 或对一个隐约的威胁做出反应。外界应激源的辨识需要感知、记忆和解释系统, 这便涉及大脑皮质和边缘系统—神经系统中最高水平的控制系统。

四、中枢神经 CRF 系统

应激条件下, 大脑对认知、情绪、行为和生理的应激反应的内部组织主要依赖 CRF 的作用。下丘脑通过特殊的门脉系统同垂体相联系, 在垂体前叶 CRF 与促皮质激素分泌细胞上的受体结合, 然后释放 ACTH 进入循环系统, ACTH 又增加肾上腺皮质分泌皮质醇的产量。在应激中, CRF 和 ACTH 都会发生变化。因此, 人们认为 CRF 在调节应激期间皮质醇的分泌中起核心的作用。此外, 最近的研究表明, CRF 也作为广泛神经元系统中的一种神经递质, 将感觉信息同人的情绪、行为、植物神经和内分泌反应系统整合在一起。

含有 CRF 的神经细胞大多聚集在下丘脑的室旁核, 由这里这些细胞向下丘脑中央隆起、脑干和脊髓投射。此外, 能够产生 CRF 的神经细胞也见于前额叶、脑岛、扣带回皮质和海马。

含有 CRF 的神经元同参与植物神经功能调控的几个重要中枢间存在双向联系, 包括杏仁中央核向脑干植物神经核和下丘脑室旁核的投射, 室旁核合成 CRF 的神经纤维向中间外侧细胞柱和脊髓的投射, 以及蓝斑核、PGi 核、孤束核和延髓的植物神经中枢周围, 都有密集的含有 CRF 的神经元间的联系。这些投射向上到达大脑皮质和边缘系统, 向下到达脊髓。在脊髓, 含有 CRF 的神经元作为交感神经节前纤维而起作用。由于存在着十分广泛的联系, 因此人们认为, 中枢 CRF 系统在应激条件下起着整合中枢神经系统反应的重要作用, 特别是当刺激源引起消极情绪反应或要求做出战或逃反应的情况。

中枢 CRF 系统在垂体和植物神经功能活动的整合中也起重要作用。正常情况下, 垂体通过调节皮质醇的分泌来对日间节律和代谢要求做出反应。在心理应激期间, 首先由杏仁核向室旁核发出信号, 而后由中央隆起 (ME) 分泌 CRF, 借以控制皮质醇的分泌。室旁核包含两类 CRF 神经元—小细胞神经元和大细胞神经元。小细胞神经元的含 CRF 的细胞体对正常的内稳态和日间节律性变化有反应, CRF 的产生量受外周皮质醇的含量的反馈控制, 这种调节是借助于对皮质醇高度敏感的受体而实现的。相反, 含 CRF 的大细胞神经元也合成精氨酸加压素 (AVP)。这些

既合成 CRF 又合成 AVP 的神经元的激活会引起垂体释放大量的 ACTH。这些 CRF—AVP 神经元比只合成 CRF 的神经元对于外周皮质醇的负反馈不敏感，从而降低对下丘脑—垂体—肾上腺轴的负反馈调节。CRF—AVP 神经元也向脑干的一些调节中枢投射，特别是向蓝斑核和中间外侧细胞柱的投射。因此，室旁核大细胞区的合成 CRF—AVP 的神经细胞对于中枢神经系统最后形成植物神经和内分泌系统整合的应激反应起重要作用。与此同时，肾上腺对外周反应的整合对于中枢 CRF 系统的整合起补充作用。肾上腺髓质通过交感神经的活动产生肾上腺素，肾上腺皮质产生皮质醇。肾上腺是应激条件下外周的两种内分泌反应的最后回路。

皮质醇有两组基本功能，一个是“允许”，一个是“限制”或“调节”。允许功能服务于保持正常的内稳态的需要，这种功能对于外周血中皮质醇的负反馈调节高度敏感。限制功能主要用来反向调节应激期间发生的其他外周影响。中枢神经系统的反馈系统能够耐受血液循环中高浓度的皮质醇，较少向下丘脑、海马和丘脑进行负反馈。这一点对于人对付应激具有一定的生物学意义。应激状态下，特别是包含情绪痛苦或明显由交感神经介导的功能活动状态下，肾上腺素分泌量增加，肾上腺素可以作用于下丘脑，增加 CRF 的释放，从而也可增加皮质醇的分泌量。

五、应激期间的免疫反应与整合

自 Selye (1936) 的工作开始，人们便已经得知，应激期间发生的皮质醇分泌增多能改变免疫系统的组织并抑制免疫系统的反应。这使人们认识到应激反应机制对免疫系统的功能有影响，应激期间发生的广泛的应激反应和免疫反应是相互作用的。大脑皮质和边缘系统最终实现应激条件下植物神经反应、内分泌反应和免疫反应的整合。

应激条件下，植物神经、内分泌和免疫反应不是孤立发生的，而是相互作用，相互影响的。三者之间至少有下面 4 个“触点”：

第一个，免疫系统利用细胞活素向中枢神经系统发出机体正受到伤害的信号；

第二个，中枢神经系统通过垂体—肾上腺皮质轴调节免疫反应；

第三个，免疫系统的细胞有肾上腺素的受体，从而接受植物神经和内分泌系统的影响；

第四个，免疫系统的器官受植物神经系统的两个分支的神经支配。

上述这种双向的沟通使得心理应激同免疫系统间的相互作用成为可能。即免疫系统功能的某些变化可以伴随或导致心理上的改变；反过来，心理应激也可以造成免疫功能上的变化。在这里，我们更感兴趣的是后者。

前边已经说过，认知和情绪反应可以改变边缘结构（包括海马和杏仁核）的活动，并向下丘脑发出信号以便通过肾上腺改变激素的分泌，通过植物神经系统改变交感神经的活动。应激条件下，肾上腺和交感神经的反应对免疫系统功能有广泛的影响。淋巴组织，包括胸腺、脾脏和淋巴结，它们即接受交感神经又接受副交感神经的支配。植物神经活动的变化会影响这些淋巴组织，改变淋巴细胞（包括 NK，T 和 B 细胞）群的生成与活性。所以，心理应激条件下的情绪反应往往伴随着免疫系统细胞数量和功能上的变化而出现。

淋巴细胞有 β -肾上腺素能受体和皮质醇受体、儿茶酚胺对淋巴细胞上的受体的影响是很复杂的，既能增强免疫系统的功能，又能降低免疫系统的功能。例如，肾上腺素对 β -受体的刺激能够降低 NK 细胞进入淋巴结从而接触和中和抗原的能力；同时，肾上腺素能引起脾脏收缩，释放所贮存的淋巴细胞进入体循环，从而增加它们到达感染部位的能力。急性应激状态下， β -肾上腺素能的激活能增加循环中 NK 细胞的数量，但也能降低 T 细胞增殖的能力。因此，不能笼统地说应激总是损坏免疫功能。

免疫系统也与下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴有重要的相互作用。应激条件下，高浓度的皮质醇可以通过下述 7 种方式抑制免疫功能：

1、在对白细胞介素 2 或 γ -干扰素的反应中，减少 MHC 的巨噬细胞的表达；

2、降低巨噬细胞的吞噬能力；

3、降低巨噬细胞生产白细胞介素 1 的产量；

4、减少 T 细胞生产白细胞介素 2 的产量；

5、减少 CD4 细胞的产量；

6、抑制淋巴细胞的活性；

7、降低 NK 细胞的活性。

上述这些变化合起来所造成的后果，一是免疫系统减少信号发出的频度和强度，二是减少执行免疫反应的细胞的数量和活性。因此，皮质

醇可以对免疫功能产生很大的有害影响。由于应激条件下的消极情绪反应可伴随着高水平的皮质醇，所以心理应激可以对免疫功能造成损害。这也是心理因素（例如心理应激）参与某些同免疫功能密切相关的疾病的发病之机制。

第五章 心理调适——自我防御 和应对机制

内容提要

本章着重讨论应激条件下人的心理调节和适应机制，包括自我防御和应对机制。自我防御机制通常被看作是一个人为避免或摆脱由各种应激因素所引起的消极情绪、维护心理康宁的无意识的心理手段。在这一部分，着重介绍了日常生活中常见的防御机制，并探讨了它们同临床实践间的关系。应对是我们处理心理应激、保持和恢复心理康宁的主要手段。在这一部分，重点介绍了关于应对的三个理论观点，探讨了应对策略和应对方式的分类，以及心理调适、特别是应对研究中面临的方法学问题。最后，简要地讨论了控制心理应激的策略。

应激一旦发生，便会打破原有的身心平衡状态。从生理上看，应激意味着内稳态（homeostasis）的破坏；从心理上看，应激会造成各种各样的心身症状，引起人精神痛苦和康宁状态（well-being）的破坏。作为一个高度进化的物种，人类具有许多高于一般动物的品质和能力。环境中的事物作用于人，只要他们引发应激，人类高度发达的大脑便能很快觉察到自己身心平衡状态的变化。在这种状况下，我们的大脑便能够动员各种生理和心理调节机制，以重新恢复内稳态和心理康宁状态。

关于应激的生理调节机制和心理应激反应的中介和调节机制，我们已经在第三章和第四章作了较深入的讨论。本章专门探讨可以用来减少

心理应激影响的心理调适机制。应激条件下的自我心理调适机制，主要有两种形式，一个是自我防御，一个是应对。

第一节 关于心理调适的两种概念模式

目前，临床心理学家们主要采取两种不同的概念模式来探讨个体的心理调适过程，一种称作自我心理学模式（ego psychology model），另一种称作应激的关联模式（relational model of stress）^{[1][2]}。

一、自我心理学模式

自我心理学模式围绕心理发展的主题加以组织，以心理防御的概念为基础，应对被视为人格的一个方面。

根据弗洛伊德的人格理论，自我在本我、超我和现实之间起调和作用，因此经常处于压力之下。为摆脱由不可接受的性驱力和攻击驱力的威胁及由其所引起的焦虑等消极情感，自我便发展形成了一系列旨在保护自己的防御机制。防御则是借助防御机制而得以实现的自我保护过程。

哈特曼（H.Hartmann, 1894-1970）修正和发展了弗洛伊德的思想，认为自我拥有独立于本能冲动的自主适应机能、整合机能和对环境的调整机能，从而将防御机制视作个体用来对付体内外各种紧张性刺激、维护心理康宁的心理手段^[3]。

Vaillant 依成熟性，将防御机制分为 4 大类，依次为：精神病性防御机制、不成熟的防御机制、神经症防御机制和成熟的防御机制^[4]。由于自我心理学家将防御机制视作个体应对应激的心理手段，因此可以说所

^[1] Folkman, S. *Coping across the life span: Theoretical issues*. In E.M. Cuming, A.L. Greene, & K.H. Karaker(Eds.) *Life-Span Development Psychology*. NJ:Lawrence Erlbaum Associates, Pub., 1991, p3-19

^[2] 梁宝勇《关于应付的一些思考与实证研究：I. 应付的概念模式与效果估价》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 3 期，第 188-190 页

^[3] [美]哈特曼《自我心理学与适应问题》，刘翔平译，见车文博主编《弗洛伊德主义原著选辑》，辽宁人民出版社 1989 年版，第 311-341 页

^[4] Vaillant, G.E. *Adaptation to Life*. Boston: Little Brown, 1977

有的防御机制均可视作不同层次的应对方式。研究表明,防御的总的成熟程度同心理健康与适应有密切关系^[5]。所以在后来的许多研究中,应对这个术语主要指用较成熟的防御机制的成功的适应过程。相应地,这些较成熟的防御机制在许多情况下可被视作有效地适应现实的方式^[1]。

防御是日常生活中的常见现象,无论心理障碍的患者还是心理健康的人,都可能采用防御机制来应对各种应激事件。然而另一个方面,防御反应却较难以可靠地测评。这是因为,自我心理学家将它视作无意识过程,不能指望当事人准确地报告其防御行为。临床心理学家正在探索通过多种方法,包括投射技术、行为观察、个人史以及自我报告法等,评定个体的防御或应对方式,并有成功的报道^{[2][3]}。

二、应激关联概念模式

该模式又称场合模式(contextual model),由美国著名心理学家、应激和应对问题的当代最著名的研究者拉扎勒斯(Lazarus,R.S.)和福克曼(Folkman,S)等提出^{[4][5]}。

该模式将应对视作个体用来处理内部和/或外部要求的一系列不断变化着的思考与行动过程。这里的“要求”,涉及当事人同环境间的关系,是充满紧张性的刺激物;它们可以是知觉到的威胁,也可以是某种丧失或觉察到的挑战。应对被视作一个动态的过程,在此过程中个体常常会采用不同的应对方式或策略的组合形式。应对主要有两种机能:一个是用来处理问题(“注重问题的应对”),另一个是用来减轻情绪痛苦(“注重情绪的应对”)。

应对行为开始于个体对其同环境间的关系的认知评价,这种评价又

^[5] Vaillant, G.E., & Drake, R.E. *Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II personality disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 1985,41,p597~601

^[1] Folkman, S. *Coping across the life span: Theoretical issues*. In E.M. Cuming, A.L. Greene, & K.H. Karaker(Eds.) *Life-Span Development Psychology*. NJ:Lawrence Erlbaum Associates, Pub., 1991,p3-20

^[2] Haan, M. *Coping and defense mechanisms related to personality inventories*. *Journal of Consulting Psychology*, 1965,29,p373~378

^[3] Bond, M., Gardner, S.T., & Christian, J. *Empirical study of self-rated defense styles*. *Archives of General Psychiatry*,1983,40,p333~338

^[4] Lazarus, R.S., *Psychological Stress and Coping Process*. NY: McGram-Hill,1966

^[5] Lazarus, R.S., & Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. NY: Springer,1984

分成初级评价和次级评估。初级评价(primary appraisal)对处境的性质做出评断,次级评价(secondary appraisal)要求个体想出对问题的可能的解决办法。这两种评价一起决定了情绪应激的性质、强度和应对行为。可见,应对方式或策略可以是认知的,也可以是行动的。

综上所述,自我心理学模式和场合模式有以下4点不同之处:

第一,前者视应对为无意识过程,后者视为自觉活动;

第二,前者将应对当作个人稳定的防御风格,应对方式具有跨情境的一致性,后者则将应对视作一个不断变化的过程,应对方式不具有跨情境的一致性;

第三,前者不易用自我报告法准确地测评,后者适于自我报告评定法;

第四,前者着眼于认知改变策略(自欺的或歪曲现实的),其机能主要为防止和减轻情绪痛苦,而后者包含认知与行动两种策略以及管理情绪和处理问题双重机能。

尽管防御和应对有上述不同,但实际上两者之间没有黑白分明的界线。防御常常被视作无意的,但在现实生活中经常可以看到人们有意地采用这些心理自我保护的方法;从另一个角度看,应对虽然被视作有意的,但人们在采用各种应对方式时的“有意”程度有很大的差别,应对不完全都是先思后行、目的明确的。可见,以“有意”和“无意”来划分应对与防御常常会遇到困难。对于两者间的其他区别,也可以类似的理解。

从成功的心理适应的角度看,防御和应对都属于人们为满足内外环境要求、迎接挑战而做出的努力,同属于自我心理调节和适应过程。一个人如果没有基本防御的相对自动(无意)地操作,他就不可能作出有效应对所要求的合理决策。可见,防御是应对的必要基础^[1]。

第二节 自我防御机制

防御机制(defense mechanism)是心理分析学说中的一个基本概念。

^[1] 梁宝勇《关于应付的一些思考与实证研究: I.应付的概念模式与效果估价》,《中国临床心理学杂志》1999年第3期,第188-190页

“防御”一词最早于 1894 年出现于弗洛伊德《防御性神经精神病》一书中，他认为防御机制同某些神经症和精神病有密切联系。在他所提出的人格理论中，将人格分成三个部分：本我、自我和超我。他认为，自我在本我、外界现实和超我间起中介作用。因此自我经常处于以下三个方面的压力和威胁之下：第一个压力来自本我的本能冲动要求直接的满足，第二个压力来自现实世界的要求和社会道德规范的约束，第三个压力来自超我的监督。为了保护自我 (ego)，自我便发展形成了防御机制；由于这种心理防御是自我的功能，故又将防御机制称作“自我防御机制”(ego defense mechanism)。

弗洛伊德将防御机制看作是，自我为摆脱由不可接受的性驱力和攻击驱力的威胁所引起的焦虑和其它消极情感之手段。当今大多数心理学家认为，防御机制是人对付体内外各种紧张性刺激（应激刺激）、维护康宁（well-being）的无意的心理手段^{[2][3]}。

一、常见的防御机制

弗洛伊德最初提出并详细描述了九种防御机制：倒退、压抑、反向形成、隔离、抵消、投射、心力内投、转而反对自身和反转，后来又增加了升华机制。1936 年他的女儿安娜·弗洛伊德出版了《自我与防御机制》一书，发展了防御机制的理论。至今，已有数十种防御机制被提出。下面介绍一些常见的防御机制。

（一）否认 (denial)

指一个人拒不承认现实的某些方面，借以减轻焦虑和痛苦的心理机制。被否认的东西是令自己过分难堪而不愿正视的事实，或在心理上有威胁或会引起冲突的事物。一个人不仅不承认事实，而且以为它根本不存在。例如癌症病人和濒死病人在其心理反应中，往往都经历一个否认疾病或死亡的阶段。这种“眼不见为净”的“鸵鸟政策”可以暂时缓解病人的恐惧和悲哀，为他们提供时间以便逐渐适应严酷的事实，进入认可阶段。正常人有时也会利用否认机制。精神病人若完全失去自知力、拒不承认有病，则可看作是否认机制的极端应用的表现。

^[2] 梁宝勇主编《医学心理学》，吉林科学技术出版社 1996 年版，第 142-146 页

^[3] White, R.E., & Gilliland, R.M.(eds.) *Elements of Psychopathology: The Mechanisms of Defense*. NY:Grane & Stratton, 1975, p1-36

（二）压抑 (repression)

自我迫使不可接受的或具有威胁性的思想、欲望、情感或冲动进入潜意识、使之脱离意识的过程。压抑又称“潜抑”，它不同于“压制”(suppression)；前者是一种潜意识机制，而后者是有意地抑制。弗洛伊德认为，压抑是一种最基本的防御机制；发掘被病人压抑了的记忆材料，是心理分析治疗的一个重要步骤。大多数人都会忘掉自己的不愉快经历，这便是压抑的结果。癔症病人的心因性记忆缺失，也可看作压抑机制所致。

（三）曲解 (distortion)

这是一种将事实作歪曲的解释，以符合自己的内心需要的潜意识机制。曲解是许多防御机制的共有成分，故被看作是一种原本的防御方法。采用这种机制的人不仅曲解事实，而且相信实际上就是如曲解的那样。精神病人的幻觉和妄想症状，可被看作是曲解机制的极端应用。

（四）倒退 (regression)

又称“退行”，指一个人由于不能适当地应对紧张的情境，其行为表现出早年人格发展不成熟阶段的某些特点。例如，一个人听到自己患重病的信息（一种强烈的应激刺激）后表现出孩子似的行为；一位病人经手术死里逃生后，虽然身体已复原，但却想方设法留在医院里；一个孩子本来已能控制大小便，但在其母亲为他生了小弟弟后又开始尿床。一个人之所以放弃已习得的技能不用而恢复不成熟的应对方式，是由于不这样做会引起内心痛苦和恐惧。成年的癔症病人的“童样痴呆”，晚期精神分裂症病人完全脱离现实，终日蜷缩而卧，都可被看作是极端的倒退。

（五）固着 (fixation)

指一个人在心理-性 (psychosexual) 发展过程中由于遭受挫折或创伤而停止于某一阶段。例如，婴儿期断奶过早可使一个人的人格发展停滞于口欲期，从而在幼儿期出现吮吸手指和咬指甲等不良行为，长大成人后则表现贪食、嗜饮、吸烟、好挖苦讥笑人等“口欲型人格”特征。固着和倒退可见于同一个人。

（六）投射 (projection)

又称“外投”，指将自己的要不得的观念、冲动或品质夸张性地归于他人，以避免或减轻内心的不安与痛苦的心理机制。例如，一位靠投机取巧而发财的个体户会说人人都投机倒把；一个对人经常怀有敌意的

人会说别人都不友好。由此可见，投射可看作是后边要谈到的“合理化”机制中的一种形式。精神病人的妄想症状也可被看作是病人将自己对人的敌意和攻击冲动转而反投的表现。

（七）内向投射 (introjection)

与投射相反的机制，即将原来指向外界的本能冲动或情感转而指向自身。例如，一个由于伊迪帕斯情结未获解决而对父亲怀有潜意识敌意的人，可能会由于内疚而将这种敌意转向自身，从而导致自残或自杀行为。这种机制与弗洛伊德提出的“转而反对自己”(turning against himself)相似。

（八）认同(identification)

又称“自居作用”，指自我尝试与某一对象潜意识地视为等同，借以减轻焦虑。“东施效颦”便是一个典型的例子。此外，也有人可能会以迫害自己的人作为认同的对象。例如，二次世界大战期间被关在集中营中的某些犹太人也变得残酷无情，有人认为这是与法西斯分子认同所致。认同与内化(internalization)机制类似。

（九）幻想(fantasy)

通过幻想来满足在现实中不能实现的愿望，以摆脱现实对自我的威胁的防御机制。例如一位怀才不遇的青年想象自己遇到一位伯乐，将自己安排到久已向往的岗位上大展才能；一位在爱情上遭受挫折的少女幻想自己巧遇白马王子。如果一个人沉溺于幻想中，以致分不清现实和幻想的内容，则属于病态的表现。

（十）隔离(isolation)

将不愉快的或痛苦的情感同引发它们的事情分开，并将前者排斥到意识之外的心理机制。例如，一个受迫害的人平静地述说受害经历，而忘掉了与之有关的痛苦体验。某些精神病人对于亲人死亡无动于衷，被看作隔离机制的极端情况。

（十一）转移(displacement)

又称“置换”，指一个人将对某一对象的情感转向其它对象表达的潜意识机制。例如，一位病人将对医生的愤怒转向护士或医疗器械，以便“安全地”疏泄内心的紧张。在心理治疗和心理咨询过程中发生于医患间的“移情”现象和日常生活中迁怒于“替罪羊”的行为，都属于转移机制。弗洛伊德认为，由于基本的内驱力不能变，而所指对象可变，所以转移机制是处理攻击和性冲动的最令人满意的便当方法。

（十二）转换 (conversion)

将内心冲突或情绪躯体化的潜意识机制。例如，一位有剧烈心理冲突的病人，虽然身体无病，却出现心悸、气短和多汗等躯体症状。临床上常见的躯体症状有瘫痪、感觉缺失（失明、失聪）和心因性疼痛。这些躯体症状没有相应的疾病作为基础，而是由心理冲突转换而来，它可帮助病人摆脱自我的困境。从心理生理学的角度看，某些转换过程类似于“心身反应” (psychosomatic or psychophysiological response)。

（十三）反向形成 (reaction formation)

指一个人采取或从事与自己的潜意识动机、情感和观念截然相反的过激的态度和活动，借以避免或减轻焦虑。例如一位病人对某医生一向无好感，、但为了治疗又不能得罪医生，于是就表现出对医生格外恭维的样子。有人认为“此地无银三百两”的民间故事，是这一机制的生动写照。借助这一“矫枉过正”式的防御机制，一个具有强烈虐待冲动的人可以成为狂热的动物实验反对者；一个具有强烈性冲动的人则可表现为反对任何异性间的接触。

（十四）抵消 (undoing)

以象征性的动作、语言和行为抵消已经发生了的不愉快事情。例如，过年时孩子打碎了碗，老年人往往会说“岁岁平安”；一些人做了错事或坏事后，热衷于宗教活动或慈善事业，以减轻内疚或罪过感。也有人将强迫症病人反复洗手的行为，看作是一种潜意识的抵消机制。

（十五）理想化 (idealization)

将个人所爱或所崇拜的人或事物完美化，而忽略其实际上存在的缺陷的心理机制。由于承认其缺陷会引起自己内心的痛苦和不安，故将缺陷从意识中排斥出去或将缺陷也看作长处。例如，对领袖的神化。

（十六）合理化 (rationalization)

又称“文饰作用”，一种最常见的防御机制，指给自己的行为或处境寻找能为自我和社会认可的解释之心理机制。合理化所要达到的潜意识目的是，避免受挫时变得失望和为自我所不接受的行为寻找借口。一个人可能会以“我不稀罕”为借口，聊以自慰。例如，一位医学生立志要做一名出色的外科医生，然而在他满怀热情进入外科轮转实习时，却发现自己不具备作为外科医生应具备的素质。在受到讥笑和批评后，他断言外科医生不过是“技工”而已，他认为自己真正感兴趣的是内科。这种将自己不具备或得不到的东西说成是自己不喜欢的坏东西的防御机

制，称作“酸葡萄机制”（出自《伊索寓言》中的一个故事）。另一个情况正好相反，即把自己所拥有的一切都说成好的，称作“甜柠檬机制”。例如孩子智力迟钝，有的父母便以“傻有傻福”自慰。这种“知足者常乐”式的自慰方法可以帮助人接受难以接受的现实，但用得过度也会妨碍人对远大目标的追求。此外，人们也常常以他人或环境为借口，或以必要性为自己的行为辩解。例如一个人可能为自己对别人的攻击行为开脱说：“他应当受到惩罚，是罪有应得！”，或者说：“我们必须教训他，否则……”。合理化本来是一种潜意识机制，但日常生活中经常可以见到一些人有意或自觉地为自己的不良行为辩解的情况。严格地讲，这些情况不能算作合理化机制。

（十七）补偿（compensation）

指一个人为了减轻由生理或心理上的缺陷而引起的痛苦和自卑感，不自觉地努力发展其它方面的才能。例如一名身体有残疾的学生学习格外用功，成为全年级学习成绩最好的学生。这一机制如果用得恰当，不仅可弥补缺陷，而且会转化出巨大的动力。然而如果过分应用，过度补偿，则会导致病态。

（十八）理智化（intellectualization）

指以抽象、理智的方式对待紧张的情境或应激刺激，借以将自己超然于情绪烦扰之外。例如，在挫折的情况下，一个人明知有人从中作梗，但仍能泰然处之，冷静沉着地处理问题。这种机制对于经常同人的痛苦或死亡打交道的工作人员（如医务人员、殡葬工作者、心理咨询师）发挥正常功能有积极意义；但如果一个人无论在何种情况下都无动于衷，变得麻木不仁，那就成病态了。

（十九）幽默（humor）

通过幽默的语言或行为来对付应激情境或间接表达潜意识欲望的防御机制。在我国春秋时代“晏子使楚”的故事中，晏子用幽默的语言不仅避免了自己受辱，而且维护了齐国的尊严。

（二十）升华（sublimation）

将本能欲望导向比较崇高的、为社会所赞许的方向的心理机制。例如，将性欲望导向文艺创作，为人民创作出高质量的精神食粮；将攻击或毁灭的欲望加以升华，使自己成为一位出色的外科医生、消防队员或拳击运动员。

二、对于防御机制的一些基本的看法

采用防御机制进行自我心理保护，是日常生活中常见的现象。从应激理论出发，我们提出以下几点看法，供读者参考：

第一，正常人和病人都应用防御机制。某些机制主要为正常人使用，另一些机制主要为病人采用，大多数机制为共用的。

第二，正常人一般不会极端地或长期单独应用防御机制，而心理障碍者可能唯一地依赖防御机制，或毫无变通地只是采用某一机制（如否认）处理各种不同的问题；防御机制的极端应用和发展会形成神经症和精神病症状。

第三，防御机制的适当应用可以有效地减轻或消除心理痛苦，为人们赢得时间以便适应应激情境或外界环境的挑战。但也必须看到，人们在此时只是借助于自欺或歪曲现实的方式看待眼前的问题；自我防御机制的过度使用会妨碍人准确地考察现实和从根本上解决问题。

第四，自我防御机制同一个人的人格有密切联系。一方面一个人的人格特征决定了他能否依据所面临的应激情境（问题或挑战）灵活地采用防御机制；另一方面防御机制的经常应用又会影响人格。如果一个人不管遇到何种困难都尝试采用防御机制而不设法正面解决问题（即采用注重于问题的应对策略），那么就会对他的人格发展产生不利影响。

第五，弗洛伊德认为防御机制属于自我的潜意识部分，其应用基本上是无意的或不自觉的，但这些自我心理保护方法也有被有意应用的情况。

第六，防御机制是通过对人行为方式的观察而推测出来的东西，它们不能完全解释人类的复杂行为，而只能对人的某些行为加以分类或命名。

三、防御机制与一些临床心理现象的解释

临床工作中所见到的一些心理现象令人百思不得其解。可是，一旦引入防御机制这个概念，许多临床现象便可以较合理地解释与处理

了^{[1][2]}。研究婴幼儿分离焦虑的发展心理病理学家发现，如果将 12 个月大的婴儿同其母亲分开，单独放到一个生疏的房间内；一段时间后待其母亲回到婴儿身边的时候，有些婴儿却回避同其母亲的接触。生理学的测量表明，这些婴儿在同其母亲分离期间也有明显的应激反应。这种现象令人费解，因为按照一般的情况，母亲的回归本来应该使婴儿显示宽慰的征象和急于让母亲抱起的行为。Cassidy 和 Kobak (1988) 认为，婴儿的回避反应实际上可以理解为婴儿采用防御机制来防止母亲的出现（由于早先的经历）引发不愉快的情绪^[3]。一位心脏科医生将自己的明显的心绞痛症状说成是胃病或消化不良所致；一位很怕患上胃病的胃病病人不仅完全无视胃病症状，而且还偏要吃那些难以消化的食物，以便向自己、也向别人表明其消化系统“正常”。一位男青年在同其父亲发生争执后喝了一小杯果酒，随之便感到胃部不适。于是他坚信“劣酒”烧坏了他的胃，他患上了“永远也治不好”的胃病。“遁入病中”(flight into illness) 使他可以“心安理得”地摆脱作为男子汉的家庭责任，解脱令他痛苦的心理冲突。这些现象都可以用防御机制来说明，而且可以据此来设计对病人的心理干预策略与方法。

对患有严重躯体疾病（如心脏病、癌症、糖尿病和肾功能衰竭）病人的研究表明，有相当数量的病人不遵从医嘱进行检查和治疗。进一步分析发现，这种令人费解的现象的发生，往往同这些病人采用否认、压抑、合理化、投射和反向形成等防御机制看待自己的疾病有关。尽管这些防御机制可以暂时减轻病人对于自己疾病的焦虑反应（例如，心肌梗塞病人的焦虑水平同否认机制的使用呈反比），但它们也会妨碍病人及时的获得所需要的治疗；有时候还会造成医疗资源的浪费，增加家庭和社会的负担。从长远的观点看，防御机制所造成的强烈的“积极的错觉”（即否

[1] 梁宝勇、崔光成《心理防御机制与临床实践》，《中国心理卫生杂志》，2002 年第 7 期，第 488-490 页

[2] Cramer, P. *Defense mechanisms in psychology today*. *American Psychologist*. 2000, 55(6), p637-646

[3] Cassidy, J., & Kobak, R.R. *Avoidance and its relation to other defensive process*. In J. Besky & T. Nezworski (eds.) *Clinical Implications of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988, p300-323

认事物的消极涵义)是不利于病人的。因此,面对那些必须接受长期而又复杂的治疗的病人时,治疗医师有必要了解每一位病人的习惯性的处理应激的方式和防御风格。至于在治疗过程中是否和如何处理病人的防御反应,则要看有关的防御机制在当时是适应性的还是适应不良的。

精神科医生发现,相当数量的精神病人的家属在开始时不将病人的异常行为视作为疾病的表现。只是在病状已经变得十分明显的时候,他们才想到求医。进一步探讨其求医模式可以发现,他们往往先带病人看内科、神经科或心理咨询,甚至求神或拜仙、驱邪。只是在万不得已的时候,他们才带病人来精神科,这些情况可视作在社会文化环境的压力(对精神病的社会文化偏见)下所产生的一种防御反应,一种借助于防御机制实现的、无意的自卫反应。

四、防御机制与临床心理评估和诊断

各种防御机制的共同特点是,它们都或多或少地引导人们无意地采用自欺或歪曲现实的方式看待眼前的问题和自己的处境。因此,防御机制可能会妨碍心理临床家作出准确的临床心理评估与诊断。

临床心理评估与诊断的主要方法有会谈法和心理测量法。在诊断性或评估性会谈中,受防御机制的制约,病人和其家属可能不提供有关的重要信息,或者提供虚假的信息。这种情况同医患双方的共同目标(确定诊断)相背离,似乎令人不可思议,但却并不少见。如果临床家仅依据病人的主述和家属的报告做出临床判断,便可能会过高地估计病人的当前健康状况(由于病人或其他家属少报告了问题),或者相反,过高地估计其病情。

Dizier 和 Kobak(1992)对大学生的一项研究表明,那些有离解式(dismissing)依恋风格的学生在会谈时采用防御方式来排除或歪曲同依恋有关的信息。这些学生一方面贬低人际关系和童年期经历的重要性,另一方面又说自己同父母之间存在着极为积极的关系。这些学生对于注重领悟的心理治疗有相当大的抗拒倾向。对于临床工作者来说,不仅要认识到他们的自我报告是不真实的、可能是防御机制使然,而且要更加深入一步,搞清病人或来访者防御什么,知道这是造成病人抗拒治

疗的原因^[1]。

在临床会谈中，心理咨询师必须设法松解病人的自我防御，才有可能进入病人的内心世界，特别是埋藏很深的、可能是其问题核心的东西。为达此目的，心理咨询师应善于造就轻松和安全的会谈气氛，先解除病人的精神压力和顾虑。

许多心理测量须依靠受测者的自我报告。对于这些依靠自我报告的心理测量而言，测量结果的价值在很大程度上取决于受测者是否真实地回答问题。防御机制往往会妨碍人们真实地回答问题，从而便会损害测量结果的真实性或效度，例如在采用症状自评量表的测量中，病人因为防御可能会高估症状的严重性，也可以否认症状。Turvey 和 Sahvey(1994)通过因素分析发现，各式各样的自我报告式的人格问卷（例如 EPQ, 16PF, CPI 和 MMPI）只不过测量了一种单一的特质，这就是防御性(defensiveness)^[2]。为了能识别由于防御等所造成的歪曲，现今大多数问卷式的人格测验加设了测谎或校正防御性等反映效度的量表。尽管如此，仍无法从根本上消除受测者防御对测验的影响。也正因为这一点，有些临床家不再相信自我报告式的心理测量，而转向行为观察（行为评估）和投射技术^{[1][2]}。

五、防御机制的评定与估价

对防御机制进行评定具有明显的临床意义。许多临床观察发现，心理健康的人一般不会极端地或长期地求助于防御机制来维护心理的安宁；而精神障碍的患者则可能唯一地依赖防御机制，或者毫无变通地求助于某些不成熟的防御机制（如否认、投射、分离、我向幻想、漠然退缩、被动攻击和精神病性歪曲等）。许多研究一致地证实，不成熟的防御机制的过分使用同边缘性人格障碍有联系，以此可以区分人格障碍的有

^[1] Dozier, M. & Kobak, R.R. *Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies*. *Child Development*. 1992, 63, p1473-1480

^[2] Turvey, C., & Salovey, P. *Measures of repression: converging on the same construct? Imagination, Cognition and Personality*. 1994, 13, p279-289

^[1] Kendall, P.C. & Butcher, J.N. (eds.) *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*, NY: John Wiley & Sons, 1982

^[2] 李心天 主编《医学心理学》，北京医科大学与中国协和医科大学联合出版社，1998年版，第50-65页

无。此外，精神病人往往比人格障碍患者使用更加不成熟的防御机制^[3]。因此 Millon(1984)认为，防御机制的系统评定是综合性的人格评定的核心。Vaillant(1992)进一步提出，“今天，如果不努力识别出病人的占支配地位的防御机制，任何精神状况或临床描述都不应当看作是完全的。”

关于防御机制的评定，目前国内外广泛采用的是几种纸——笔式自我评定法，又称问卷法。例如，Gleser 和 Ihilevich(1969)编制的“防御机制调查表”(DMI)，Bond (1986)编制的“防御风格问卷”(DSQ)(中译本见汪向东主编《心理卫生评定量表手册》，中国心理卫生杂志增刊，1993年53页)。然而，这种自我报告式的评定方法存在着严重的逻辑问题。因为按照定义，防御是一种无意识的心理活动，防御机制是人们为了对付各种紧张性刺激、维护康宁的无意的心理手段；既然是无意识的、不自觉的反应，如何能准确无误地自我报告？

为了减少或消除防御机制评定上的这种逻辑上的不一致，一些临床心理学家已经提出了几种新的方法，包括行为观察法、生理测量法、Q-分类技术等，并主张将这些方法结合起来应用。关于这种多种方法相结合的评定策略的有效性，尚有待研究加以证实^[4]。

关于防御机制的估价，即各种防御机制在心理适应过程中的作用的价值判断，比较一致的看法是：成熟的防御机制（如幽默、升华和利他）是具有适应意义的。而对于不成熟的防御机制的适应功效的估价，尚有不同的意见。多数临床家主张，应该联系其它因素对后者加以估价。

首先，使用者的年龄是一个应该考虑的因素。从心理的发展上看，防御机制在个体身上的出现是有先有后的^[5]。一个5岁的孩子采用否认机制来处理紧张的情境，可以使自己免于产生过强的应激反应，因此是适应的；而类似的情况若总是发生在一个成年人身上，则是适应不良的。

^[3] Cramer,P. *Defense mechanisms in psychology today. American Psychologist.* 2000,55(6),p637~646

^[4] Lazarus,R.S. *Toward better research on stress and coping. American Psychologist.* 2000,55(6),p665-673

^[5] Vaillant, G.E. *Adaptation to Life.* Boston:Little ,Brown.1977,p50

其次，要考虑使用者的智力和心理健康状况。对于智力或认知能力较低的成年人来说，否认机制的使用常常有适应意义。同样，对于有严重心理障碍的人来说，不成熟的防御机制的使用有助于维护其起码的心理适应。

第三，要联系防御机制被使用的时间与场合。不可将防御机制的成熟性（即出现的早晚）同其适应性混为一谈。例如，否认通常被视作为不成熟的防御机制，但我们每个人都有偶尔采用否认机制来防止焦虑的情况。只要不是长期的、毫无变通的使用，这种否认肯定不是病理性的或病原性的，而是适应性的。不少癌症病人乍一听到癌症的诊断消息，会有一个明显的否认期。病人怀疑医生的诊断，不相信这是真的，为此可能到许多家医院检查。在此阶段，否认可以帮助病人控制焦虑，为病人赢得必要的时间以便最终接受这一严酷的现实。可是如果这位病人总是否认，以致妨碍了治疗，此时否认便成为适应不良的了。由此可见，从短期看，特别是当一个人没有其它选择的情况下，防御机制可以成功地使人避免产生严重的应激反应，从而有利于此后的适应。从长远看，特别是在防御反应可能会干扰注重问题的应对的情况下，防御便很可能会妨碍成功的适应。

第三节 应对机制

应对（coping）又称“应付”，在我国台湾地区 coping 被称作“因应”。通俗地讲，应对指一个人努力处理应激的情境要求及其影响的过程。

从某种意义上说，应激条件下发生的许多生理反应和心理反应，只要不过于强烈，均属于对环境要求的适应反应。例如，“应急反应”（emergency reaction）所包含的许多生理变化（参见“应激的生理反应及其调节机制”章），一方面可为机体对付外界的威胁或挑战提供必要的能量，另一方面又可保证人和动物在搏斗或逃跑过程中不致因损伤而过多的流血和死亡；适度的焦虑和警觉反应以及积极的认知调解，则有利于个体更加敏锐地观察和深入地思考，从而想出并选出最为适当的方法以解决所面临的问题；自我防御反应则可帮助人们稳定情绪，恢复心理平衡，从而为正面处理应激源准备必要的心境或情绪条件。至于行为

反应，更是同处理环境要求及其影响密切相关。

尽管如此，心理应激的研究者一般不将上述反应都归入应对机制的范围。希尔加德（Hilgare,1983）等将直接处理应激源的行为称作“应对策略”，将其他方法（如自我防御反应、吸烟、饮酒和用药等）称作“防御策略”^[1]。

一、关于应对的理论观点

在应对问题的研究中，临床心理学家通常从三个不同的角度来看待应对现象，由此便形成了三种不同的理论观点。

（一）应对的过程理论

过程理论（transactional or process theory of coping）由拉扎勒斯（Lazarus,R.S.）和福克曼（Folkman,S）（1984, 1990）提出。这两位著名的应激和应对问题的研究专家将应对视作一个过程，“应对是个体在认知上和行为上管理心理应激的不断变动的过程”^[2]。按照这个定义，应对包括两个阶段，第一个阶段是认知评价，第二个阶段是应对行为。认知评价过程又可分为初级评价和次级评价两个阶段。在实际的应激环境中，认知评价和应对行为往往交叉进行：前一个问题经过认知评价和应对行动得以解决了，新的问题可能又出现了，从而要求人们进行新的认知评价和采取新的应对行动。

由于应激情境可能随着时间的推移和应对行动的展开而发生变化，所以个体的应对方式或策略也会随之发生变化。这意味着，个体的应对方式不具有跨情境的一致性。不仅同一个人在面对不同的应激情境（包括应激源和环境条件）时有不同的应对策略和方法，而且同一个人在遭遇同一应激源的不同时间阶段也会采取不尽相同的应对策略和方法。这些观点已经得到许多临床观察的实证研究的支持。

由于一个人的应对方式缺少跨情境的一致性，所以要求应对研究采用纵向的、个体内设计，而不是采用一次性测量的个体间设计。因为只有采用纵向的、个体内的设计，我们才能观测到一个人在应激情境中应对策略和方式的动态变化，也才能对各种应对方式的适应意义作出可靠

^[1] 梁宝勇主编《心理卫生与心理咨询百科全书》，南开大学出版社 2002 年版，第 66-68

^[2] Lazarus, R.S. *Coping theory and research : Past, present, and future. Psychosomatic Medicine*, 1993,55,p234~247

的价值判断。

过程理论的倡导者在应对研究中采用 Lazarus 等编制的“应对方式问卷”(WCQ)来评定一个人的应对方式。WCQ 将应对方式分成 8 大类,包括面对、保持距离、自我控制、寻求社会支持、接收责任、逃避一回避、有计划的问题解决和积极评价等^[1]。但近年来人们更主张采用“日记法”(diary approach)来评估间隔较短时间的应对方式及其影响。

此外,还有一种理论—应对的情境理论。该理论主张应对方式随着应激情境而变,这同过程理论是类似的。

(二) 应对的特质理论

特质理论(trait theory of coping)与过程理论形成鲜明对照,将应对视作人格特质的体现。由于人格特质具有稳定性,所以特质论认为一个人在应激条件下所采用的应对方式也具有稳定性或跨情境的、跨时间的一致性。特质论的倡导者因此主张脱离具体的应激情境来探讨不同个体间在应对策略选择上的个体差异。

不同的人在应激条件下各自有自己所偏爱的应对策略和应对方式,这些偏爱的应对策略和应对方式便构成了体现其个人人格特点的“应对风格”(coping styles)。从另一个角度来说,一个人的“应对特质”(coping trait)则是其在应对应激过程中所表现出来的人格特征。

特质理论也得到了一些研究的支持。这些研究同时用各种人格量表和应对方式量表对处于某种应激情境中的人群进行测量,而后对测量结果进行相关分析,发现应对方式同人格量表的各维度有显著的相关关系。有些相关是正的,有些是负的。这些结果说明,人格因素可能是应对方式的决定因素之一。对同一个人在面对不同应激情境时的应对方式所做的纵向评估表明,某些应对方式具有跨情境的一致性。这一点也支持了特质理论。

特质理论的倡导者通常采用由 Carver 和 Scheier 编制的“COPE”来评估一个人的应对特质^[2]。值得注意的是,这个量表也可用来评定个

[1]Lazarus,R.S., *Coping theory and research : Past ,Present and future*.*Psychosomatic Medicine*.1993,55,p234-247

[2] Carver, C., & Scheier, M. *Assessing coping strategies :A theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*,1989,56,p267-283

体在面对某一特定的应激源或在特定应激事件发展的某一阶段时的应对策略或应对方式。在用来评定应对特质时，所用的指导语是“通常是如何做的”，而在评定应对策略和应对方式时采用的指导语变为：“描述过去一周内针对所发生的最大应激事件的应对行为”。

（三）应对的情境—特质理论

上面介绍的两种应对理论分别强调了过程（情境）和人格因素对应对行为的影响。尽管他们都得到了一些研究的支持，但这些研究也往往同时发现一些相反或矛盾的资料。问题的关键在于如何理解和把握“跨情境的一致性”这句话。“一致”和“不一致”是同一个连续体的两个极端，在这两个极端之间有许多不同的情况。究竟从何处开始可以算是“一致的”、何处开始算是“不一致的”？不同的研究者有不同的看法。其结果，同一个研究结果在不同的研究者看来，有人得出一致性的结论，有人得出不一致的结论，从而前者支持特质论，后者支持过程（情境）论。

应对的情境—特质理论的倡导者认为，过程（情境）理论和特质理论不应当互相排斥，而应当相互补充。在应激条件下，一个人的应对方式既不是一成不变的，也不是毫无规律的变动不定。应激情境（包括应激源和环境条件）和人格都是一个人的应对方式的重要的决定因素，不可强调其一而否定另外一种决定因素的作用。

我们的一个研究证实上述理论观点是可取的^[1]。在这个研究中，378名20岁到85岁的成年人完成我们自编的“应对方式评定量表”（WCRS）、“艾森克人格问卷”（EPQ）、“A型行为问卷”（TABQ）和“生活事件量表”（LES）的测查，36名大学生间隔八个月重复上述测查。结果发现：第一，随着个体所经历的主要生活事件的变化，应对型式（应对方式的组合形式）也有变化，但大多数人应对项目变化不多于25%；第二，WCRS部分项目重测信度显著低于人格特质的；第三，应对方式与人格维度的相关与回归分析表明，性格外向的人偏爱多种多样的应对方式或型式，拒绝某些具广泛意义的适应不良的应对方式。内向、神经质、精神质、急躁、竞争和敌意强的人则倾向于适应不良的应对型式，包括敌对、转

^[1] 梁宝勇、郭倩玉《关于应对的一些思考与实证研究：III应对方式与人格》，《中国临床心理学杂志》，2000年第1期，第7-9页

移攻击和强迫性回想等应对方式。此外，神经质还倾向于同一些积极的应对方式呈显著负相关；竞争和敌对倾向强的人还会采用认知调节、否认、分心、吸烟饮酒和服药等改变自身状态的应对策略。这些结果同文献中一些报告有较大的类似性^{[2][3]}。

自然，我们在这里所例举的研究为相关研究，不能仅据此作出因果关系的推理。但基于我们的临床观察和其他研究者的发现，我们倾向于相信，应激源、环境条件和人格是制约一个人应对方式的三种主要的决定因素，人格是导致不同的人在相同的应激情境中采用不同应对方式的重要的决定因素。一个人的人格特征决定了他偏爱什么样的应对方式，这些偏爱的应对方式的组合，便构成了一个人独特的应对风格；从另一个角度看，一个人独特的应对风格也是其人格特征的表现形式之一。

二、应对策略和方式的分类

目前，人们对应对策略或应对方式的数量和分类尚无一致意见；文献中报道，从 2-28 种^{[4][5]}。

Lazarus 和 Folkman（1984）按功能将应对分成两大类：注重问题的应对和注重情绪的应对^{[6][7]}。采用两分法，还可分出认知的和行为的，趋近的和避开的，有意的和无意的(防御的)，指向个人的和指向外界的，主动的和被动的，积极的（有效的、适应的）和消极的（无效的、适应不良的），等等。将应付方式分成两大类，有简单化之弊，但却是编制各种应付方式量表的基本出发点。

关于应对策略和应对方式的最有影响的两分法是 Lazarus 和

^[2] Costa, P.T.Jr., Zonderman, A.B., & McCrae, R.R. *Personality, defense, coping and adaptation in adulthood*. In E.M. Comming et.al.(eds.) *Life-Span Developmental Psychology*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Pub., 1991, p277-293

^[3] McCrae, R.R., Costa, P.T.Jr. *Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample*. *Journal of Personality*, 1986, 54, p385-405

^[4] Folkman, S. *Coping across the life span: Theoretical issues*. In E.M. Cuming, A.L. Greene, & K.H. Karaker(Eds.) *Life-Span Development Psychology*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Pub., p1991, p3~20.

^[5] 梁宝勇《于应付的一些思考与实证研究：II 应付方式的评定、分类与估价》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 4 期，第 200-203 页

^[6] Lazarus, R.S., *Psychological Stress and Coping Process*. NY: McGraw-Hill, 1966

^[7] Lazarus, R.S., & Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. NY: Springer, 1984

Folkman 提出的注重问题的应对策略和注重情绪的应对策略。下面我们简要地介绍这两种不同的应对策略及其所包含的应对方式^[1]。

（一）注重情绪的应对

注重情绪的应对(emotion-focused coping)指将应对的重点放到对应激的情绪反应上，努力减轻焦虑等情绪反应，而不是直接处理造成焦虑等情绪应激反应的应激源。一般而言，注重情绪的应对策略多见于一个人正在承受着强大的压力，并认为自己对应激源无能为力的情况下。

注重于情绪的应对策略可分为认知策略和行为策略，每一种策略又各自包含多种不同的应对方式。

1、认知的应对策略

认知的应对策略又可分为有意识的和无意识的两种类型。前者指当事人有意地重新评价应激的情境以降低其威胁性质，从而减轻焦虑等情绪应激反应；后者则指采用防御机制以摆脱由应激刺激所引起的情绪应激，即无意地采用自欺和歪曲现实的方式来看待自己的处境以处理情绪痛苦。

对应激刺激的认知评价在情绪应激反应中起重要的调节作用。人生中充满各种各样的应激性刺激物，但只有那些对当事人有意义的刺激物才有可能引起心理应激反应。而某一刺激物对一个人的意义，在很大程度上又取决于当事人对它的认识评价。从这个意义上可以说，情绪应激是认知(认识评价)的结果。正如著名哲学家 Epictetus 所说：“扰乱人精神的，与其说是事件，不如说是人对事件的判断”。著名的应激研究者塞里(Hans Selye)后来也认识到认知因素的重要调节作用，他在一次演说中对那些长年置身于工作应激中的经理们说，“问题不在于发生了什么，而在于你如何对待它”。

鉴于此，对应激情境的重新评价便有可能改变应激源对人的意义，从而便可消除对它的消极的情绪反应。例如，“同好友关系决裂”这一应激性事件所引起的情绪应激，可因为采用“我认为他的友谊对我无关紧要”这一再评价而显著减轻；同样，如果将一次考试失败再评价为“没有什么了不起，不值得烦恼”或者“失败已无可挽回，吸取教训下次再来”，一个人的情绪痛苦便会减轻甚至消除。对应激情境的再评价之所以

^[1] 梁宝勇 主编《心理卫生与心理咨询百科全书》，南开大学出版社 2002 年版，第 66-68 页

能够达到减轻或消除情绪痛苦的效果，可能是因为：第一，当事人集中思考问题的积极方面，分散了对消极方面的注意；第二，积极地再评价导致积极的心境，从而可阻抑消极的情绪；第三，重新评价可以增加当事人对威胁情境的控制能力。

个体对应激情境的再评价可以是现实的或符合实际的，也可以是自欺的和歪曲现实的；无意的自欺和歪曲现实，从而使情绪痛苦减轻，则属于自我防御机制的应用。

作为一种着眼于减轻或消除情绪痛苦的无意的认知应对策略，防御机制多用于不允许采用比较直接的应对方式的情况下。在肯定防御机制的适当应用确实可以有效地减轻情绪应激、为人们赢得必要的时间以便适应外界的紧张性刺激的同时，我们也必须看到，人们在此时只是借助于自欺或歪曲现实的方式看待眼前的问题，防御机制的使用不仅没有消除应激源，反而会暂时妨碍人准确地考察现实和正面地解决问题。因此，应当避免极端地或长期地、毫无变通地使用防御机制。过度地使用不成熟的防御机制，其本身便可能属于心理障碍(例如回避型人格障碍)的表现。

借助于防御机制来减轻情绪痛苦的应对策略，又被称作“防御策略”。

2、行为的应对策略

注重情绪的行为应对策略包括从事体力活动、饮酒和使用镇静药物、松弛练习和寻求朋友的情绪支持等。前三种策略不仅可以减轻当事人的情绪应激强度，而且还可以直接抑制由应激所引起的过强的生理唤起及其相关的症状。

从事体力活动，特别是有氧体育锻炼，是一种减轻应激的有效方法。因为经常从事有氧锻炼的人可以主动地调节用力和松弛的时机以控制生理唤醒起水平，运动的随意性质又可以使人产生驾驭感和自我控制感；有规律的强力运动还可引起运动后松弛状态，运动也可以使人暂时忘掉令人烦恼的问题。

镇静剂，如巴比妥类、苯二氮卓类(安定)，都能较迅速和有效地降低由应激引起的生理唤起，而且可以不同程度地起到降低紧张和焦虑的作用。此外，这些药物也有引起睡眠的作用。但应当注意的是，这些药物的使用容易造成药物依赖以致造成新的问题，所以只能短时地应用。日常生活中，人们有时也会借助于吸烟等方式应对精神压力或者“借酒浇愁”。因此吸烟和饮酒也可视作一种注重于情绪的行为应对方式。

松弛练习是指通过某些行为操练而达到身心松弛的活动。松弛练习所要达到的松弛状态是一种低唤起状态，骨骼肌完全放松，植物神经和内分泌系统均处于低活动水平，从而便可对抗应激所引起的焦虑和紧张。松弛练习的方法有很多，自我暗示、自我催眠、静默术、瑜伽、渐进性松弛术、自生训练和我国气功中的三线放松功等，都可达到身心放松的目的。

寻求朋友的情绪支持在这里主要指向朋友倾诉苦恼，以达到情绪宣泄的作用。此外，朋友的安慰、鼓励和保证等也可使当事人感到有依靠，产生安全感和希望。

用来减轻情绪应激的行为策略还有听音乐、看电视、散步、忙于工作以忘掉痛苦、读书、书写等方法。其他被人们较多采用的减轻情绪应激的方法还有进食、性生活和购物。

（二）注重问题的应对

注重问题的应对是指当事人将注意力集中到他所面临的问题或应激源上，考察分析应激的情境并设法改变或解决它。一般而言，注重问题的应对策略多用于中度应激的情况，特别是当事人认为应激源可以改变的时候。

处于应激状态下的人解决问题的策略包括对问题的限定，想出尽可能多的替代性解决办法，分析权衡各种解决办法的利弊得失，从中选出一种最值得一试的办法并设计一个行动计划，付诸于行动以解决问题。一个人能否熟练地应用上述策略，取决于他的经验、智力和人格特质（例如意志和自控能力）。

注重于问题的应对策略也可以指向于当事人。这意味着当事人努力弥补自己在解决相关问题时知识和经验上的不足，调整抱负水平，以及改进解决问题的技巧等。

这里需要指出的是，注重问题的应对策略也包括避开应激情境的某些应对方式。因为人们所面临的许多问题虽然可以引起应激反应，但不是全部能够获得解决的。许多问题的解决需要一定的主、客观条件；在条件尚不具备的时候，暂避一时，等待合适的时机或采用迂回的策略，都是值得提倡的积极的应对方式。在这里，“避”是为了最终解决或消除问题。自然，有时候人们避开应激情境是为了减轻情绪痛苦，这种类型的逃避和回避应当归入注重情绪的应对策略。

同样的道理，寻求社会支持既可视作注重情绪的应对策略（前边提

到的寻求朋友的情绪支持便是)，又可作为注重问题的应对策略。例如，向有经验的人请教解决问题办法，搜集有关的资料，听取明友的忠告等，都属于注重问题的应对策略。这些情况说明，同一种应对行为可以适用于完全不同的目的。

研究表明，现实生活中我们每一个人都采用多种不同的方法来应对应激。人们常常混合采用注重情绪和注重问题的应对策略。在多数情况下，解决问题的应对策略是健康的应对策略，但不是所有的问题都能解决得了。例如，身患重病或失去亲人的人，可能需要先减轻情绪痛苦，之后才能面对难以应对的处境。注重情绪的应对可以帮助人保持希望和士气，以便继续发挥自己的功能。由此可见，这种应对策略也具有积极的意义，有时候甚至是必需的。

有时候，注重情绪的应对和注重问题的应对可以相互促进。例如，一名考生在进入考场时极为焦虑，开始答题后他将注意力转向试题，他的焦虑便逐渐减轻。在这里，注重于问题的应对(将注意力转向试题)减轻了情绪痛苦，而情绪紧张的减轻又可促进这位考生对试题的解答。然而这种相互促进的情况不会总是发生。有时候，注重情绪的应对同注重问题的应对相互干扰或妨碍。例如，一个人因不得不做出困难的决定而感到痛苦，他发觉这种情绪痛苦简直难以忍受；为了减轻痛苦，他草率地做出一个决定，而这个决定使得问题变得更加复杂。在这里，用来减轻情绪痛苦的策略干扰或妨碍了有效地解决问题。

应激的应对策略和应对方式是一个值得深入探讨的课题，它是人们心理调适和心理保健的核心问题。

第五节 心理调适研究中的一些 方法学问题及其解决办法

应激条件下的心理调适问题，由于同人的身心健康和工作成效密切相关，所以早已成为临床和咨询心理学家们最为关注的课题。据调查，在国外，应激和应对问题已经成为心理学领域内最为广泛被研究的一个

重要课题^[1]。然而，正如当代本研究领域的重要开创者和领导者 Lazarus 所言，关于应激的应对问题的科学研究在数量上和质量上是不相匹配的^[2]。不少心理学家对本领域的研究现状感到失望，甚至认为本领域的研究，特别是关于应对问题的研究，正处于危机之中^[3]。

早在上个世纪 90 年代中后期，我们便已经感到，在国内外关于应对的心理学研究中存在着一些方法和策略上的问题，我们在一些文章中论述了自己的观点^{[1][2][3]}。我们对应对研究中的问题的觉察来自于下述事实：在国内所发表的应对研究中，大多数研究者将否认、回避和逃避视作“消极的应对方式”，而将“着重于问题”的应对方式均视作“积极的应对方式”。但是临床观察和心理咨询的实践告诉我们，在一个人不能直面现实的时候，暂时的否认、回避和逃避至少可以缓和情绪应激，为当事人赢得必要的心理调整时间，从而可以对问题的最终解决产生有益的影响。而“着重于问题”的应对方式未必是“积极的”，这是因为我们所面对的问题并不是都能解决的。在问题暂时不可能得到解决的时候，一个人徒劳地企图解决它，这种应对策略显然是适应不良的。因此我们认为，临床家所要做的，不是阻止求助者采用否认、回避和逃避的应对方式或防御机制，而是依据求助者的主、客观情况进行引导（导入和导出），帮助求助者选择在当时最适合求助者的心理调适方式。否认、回避和逃避只有在被极端地、毫无变通地作为应对和防御手段而使用的时候，才是适应不良的。临床家应该帮助求助者改变其回避型人格特征或应对风格，但这不是通过心理咨询在短期内所能解决的问题。

到了 2000 年年底，美国心理学家杂志(American Psychologist)在

^[1] Somerfield MR,& McCrae RR.Stress and coping research: Methodological challenges,theoretical advances, and clinical application. American Psychologist,2000,55(6),p620—625

^[2] Lazarus RS. Stress and emotion : A new synthesis . New York : Springer,1999

^[3] Somerfield MR,& McCrae RR.Stress and coping research: Methodological challenges,theoretical advances, and clinical application. American Psychologist,2000,55(6),p620—625

^[1] 梁宝勇《应激的概念模式与应付效果的估价》，见《中国心理学会医学心理学专业委员会第 8 届学术年会论文汇编》，1999，沈阳

^[2] 梁宝勇、郭良才、刘畅《关于应付的一些思考与实证研究：I.应付的概念模式与效果估价》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 3 期，第 188-190 页

^[3] 梁宝勇 郭倩玉 杜桂芝《关于应付的一些思考与实证研究：II.应付方式的评定、分类与估价》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 4 期，第 200-203 页

其第六期上开辟了一个专栏，邀请几位著名心理学家和 Lazarus 等专门探讨了应对研究中的方法学问题。我们的一些观点得到了支持。下面结合外国心理学家和我们自己的观点，探讨一下应对研究中的一些方法学问题和可能的解决方法，以便提高我们的研究质量和价值。

一、忽视无意识心理过程，特别是防御机制的作用

我们在前面已经说明，人类从心理上适应环境主要通过两种方式来实现，一种是防御，另一种是应对。从心理适应的角度看，防御同应对一样，都能帮助人减轻或消除心理应激。这两种心理调适手段既是不同的，又是相互关联的；防御是应对的必要基础，甚至是前提。既然如此，关于人类适应过程的心理学研究便不应当忽略防御现象^[4]。然而实际情况是，关于应激的应对的心理学研究大多忽略了防御现象。据分析，其主要原因有二，一个原因是人们在理念上忽略了应对同防御之间的联系和防御在应对过程中的重要地位，第二个原因是目前我们还没有找到一种比较简单的方法来测量防御机制^[5]。关于这一点，我们在前面已经作了讨论。我们认为，尽管从理论上讲，应对与防御是不同的，一个是“有意的”，一个是“无意的”；但“有意”和“无意”是相对而言的，其间并无严格的分界线。因此，我们既反对忽略对防御机制的评估和对其作用的估价，也不赞成将应对同防御截然区分开的做法。

二、应对方式评定中的问题

应对方式（ways of coping）可以简单地理解为人们为了对付内外环境要求及其相关的情绪困扰而采用的方法、手段或策略。准确地评定一个人在心理应激条件下所采用的应对方式，可以帮助我们了解其行为的心理适应意义，并为有效的或所谓“积极的”应对方式的识别、应对技巧的学习以及心理健康教育和治疗性干预指明方向^[1]。目前，应对方

^[4] Folkman S. *Coping across the life-span : Theoretical issues* ,In: Cumming EM ,et al. (eds). *Life-span Developmental Psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Pub.,1991,p3—19

^[5] Cramer P. *Defense mechanisms in psychology today*. *American Psychologist*, 2000, 55(6),p637—646

^[1] 梁宝勇、郭倩玉、杜桂芝等《关于应付的一些思考与实证研究：II .应付方式的评定、

式的评定主要采用两种方法。一种是行为观察法，另一种是自我报告法。自我报告法又可以采取三条不同的路线。第一条是开放式的、非结构式的评定方法，即让被研究者描述其在具体应激情境中的应对行为。第二条路线是采用问卷法，利用事先编制的应对方式评定量表让被研究者回答。第三条路线半结构式的，介于上述两条路线之间。

目前在应对方式评定中主要存在以下方法学问题：

第一，低估了应对方式评定工作的难度，忽略了应对方式评定中有关应对理论的指导。应对是一种包含各式各样的策略的复杂现象和多个维度的过程^[2]一些量表缺乏适当的应对行为采样，往往漏掉了一些基本的应对方法。

第二，在应对方式的评定中，过于依赖自我报告法，忽略行为观察法；而在依赖自我报告的评定中，又过分依赖和不适当地采用别人编制的量表，忽略采取开放式的、非结构式的评定方法。

第三，所采用的应对方式评定量表大多缺乏具体性和针对性。目前研究者所采用的大多数评定量表不是针对单一应激情境或问题而设计的；大多数评定量表是“特质取向的”(trait-oriented)，而不是“情境取向的”(situation-oriented)。因此，大多数评定量表所测结果主要反映一个人在应对环境挑战方面所表现出来的人格特质(可以称作“应对特质”, coping trait)或“应对风格”(coping styles)，而较少能指明一个人在某一具体的应激情境中实际上采用哪些应对方式。而这后一种情况，对于各种应对方式的价值判断或评价更为重要。

第四，对量表项目不适当地进行因素分析。Thoits 认为，采用因素分析的方法来对应对方式加以分类是不适当的。他提出三个理由。第一，各种应对方式是相互关联的，有些可以联合使用，有些相互排斥，有些在时序上有规律地衔接。这样以来，即使采用复杂的统计技术，也难以清楚地加以分类。第二，从理论上应当属于同一类型（例如寻求社会支持）的诸种应对方式（例如，向专家请教和申请困难补助）在实际生活中不一定被联合使用，从而使得其间并无较高的相关，以致不能被归入同一类型。第三，同一种应对方式（例如，离开应激情境）可以同时

分类与估价》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 4 期，第 200-203 页

^[2] Folkman S. *Coping across the life-span : Theoretical issues* ,In: Cumming EM ,et al. (eds). *Life-span Developmental Psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Pub.,1991.,p3

适用于几种不同的目的。例如，离开应激情境，既可以用来精心的思考对问题的解决办法（属于“着重于问题的应对”），又可以求得一时的安宁（属于“着重于情绪的应对”）。可以说，对于不同的人具有不同的功用^[3]。因此，因素分析的结果只能作为分类的参考依据，还应当结合理论思考进行分析^[4]。

四、应对方式评价中的方法学问题

应对方式的评价是指对各种应对方式的适应价值的估价。应对方式的评价必须小心解决以下两个难题：第一，要判定一种应对方式的价值，该应对方式最好是单一的和稳定的。然而实际情况是，即使面对单一的应激情源，一个人也很少采用单一的应对方式，而是采用多种应对方式的组合；而且这种组合也不是一成不变的，而是随着情境的变化和时间的推移而有所不同。第二，选好评价的指标或应对的“后果变量”。

应对方式评价的心理学研究较普遍地存在着片面性和研究策略上的错误。归纳起来，这类研究中常见的方法学问题主要有：

（一）后果变量的选择不当

Weber 认为，“后果（outcome）变量的选择是应激和应对后果研究的核心问题”^[1]。这里所说的“后果”，应包括积极影响（有效性）、消极影响（代价）和效率等评价指标。

较长时期以来，国外本领域内的研究者在应激和应对后果评价指标的选择中往往选择那些总括的、不具体的适应不良性质的应激反应后果指标，例如，消极的情感或身体与心理症状。这种做法反映了一种消极的观点，即着眼于不因应激而患病的“疾病观点”^[2]。

事实上，应激不完全是有害的，适度的应激和恰当的应对还有促进

^[3] Thoits PA. *Patterns in coping with controllable and uncontrollable events*. In: Cumming EM et al.(eds.) *Life-span Developmental Psychology*, London: Lawrence Erlbaum Associates,1991,p235-260

^[4] 梁宝勇、郭倩玉、杜桂芝等《关于应付的一些思考与实证研究：应付方式的评定、分类与估价》，《中国临床心理学杂志》，1999年第4期，第200-203页

^[1] Weber H. *Sometimes more complex ,sometimes more simple*. *Journal of Health psychology*,1997,2,p171—172

^[2] Somerfield MR,& McCrae RR.*Stress and coping research: Methodological challenges,theoretical advances, and clinical application*. *American Psychologist*,2000,55(6),p620—625

成长的作用。作为我们人生中不可避免的一部分，心理应激和应对既可引起心理痛苦，又可促使我们增长适应应对能力，提高心理耐受力。Folkman 和 Moskowitz 认为，应对研究之所以进展缓慢，其部分原因便是缺乏对应对可能产生的积极后果的关注。这个观点值得我们注意^[3]。我们曾经手工检索了国内涉及应对效果评价的 46 篇研究，其中 42 篇研究仅评估了消极的后果。国内研究者采用最多的应对后果的测评工具是 SCL—90，最为常用的资料处理方法是将应激和应对方式的测量结果同消极后果的测量结果进行相关分析。同消极后果呈负相关的应对方式，便被称之为“积极的应对方式”；同消极后果呈正相关的应对方式，则被称为“消极的应对方式”。采用这种片面的指标来评价应对方式，有时候易造成误导，这类研究结果对于临床心理干预没有多少实际的指导意义^[4]。

（二）忽略所选评价指标同应对过程间的接近性(proximity)和关联性(relevance)

接近性和关联性是对应对方式作出价值判断的必要条件之一。接近性指应对活动同评价指标所涉及的身心变化间在时间上的接近；应对行为在前，身心变化在后。关联性指至少从理论和逻辑上看所选的后果指标可以受到应对的影响^{[5][6]}。显然，遥远的、不相关的身心变化评价指标不可能真实地反映应对行为的影响和相应应对方式的价值。

（三）仅仅采用没有适当针对性（不是针对特定应激源和具体问题情境）的特质取向的量表来评定个体的应对方式

这种做法忽略了应对方式的情境特殊性和可变性，这样所测到的东西并不能真正代表受测者当时实际上所采用的应对方式和应对型式(coping pattern, 应对方式的组合类型)，评价便失去了必要的基础。这一点，我们已经在前边予以说明。

^[3] Folkman S, & Moskowitz JT. *Positive affect and other side of coping*. *American Psychologist*, 2000, 55(6), p47—654.

^[4] 梁宝勇《应对研究的成果、问题与解决》，《心理学报》，2002 年第 6 期，第 643-650 页

^[5] 梁宝勇、郭良才、刘畅等《关于应付的一些思考与实证研究：I. 应付的概念模式与效果估价》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 3 期，第 188—190 页

^[6] Folkman S. *Coping across the life-span : Theoretical issues*, In: Cumming EM, et al. (eds). *Life-span Developmental Psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Pub., 1991, p3-19

（四）将各种应对方式相互对立，来比较它们各自的效能

这种做法在策略上是错误的，也容易将人引入歧途。因为虽然在概念上各种应对方式是各不相同的，但在整个应对过程中它们往往是相互依赖，相互补充的。例如，注重于问题的应对策略往往须依赖注重情绪的应对所造就的平和的心境；而有效的问题解决又可减轻注重情绪的应对的需求。这意味着，在应对方式效能的评价中应当坚持整体的和动态的考察方法，既要探讨各种应对方式如何发挥作用，又要了解它们之间的相互作用及对应对后果的影响。

（五）仅仅对应对方式和应对后果做一次性测量

这种做法不可能反映应对方式的动态变化和当事人身心状况的伴随变化，因此也难于对各种应对方式的适应价值做出科学的估价。

目前在应对方式评价的研究领域内出现了一个新的发展方向，这就是强调全面、辨证地看待应激的应对现象，从只是强调减少病理情况的发生，到关注同应激和应对有关的成长，从仅仅依靠主观估价到广泛关注行为的、生理的和其它的客观指标。应该说，这是一个正确的发展方向，尽管它会加大我们研究工作的难度，但惟有如此，我们的研究才有价值。

我们一直认为，作为适应环境的手段，大多数应对方式是有价值的，大多数应对方式不宜笼统地说成是“积极的”或“消极的”。如果一定要判定各种应对方式的价值，我们主张探明，何人何时在什么环境条件下处理什么具体问题或情绪困扰，采用何种指标进行评价，哪些应对方式是积极的、哪些应对方式是消极的^[1]。这意味着，关于应对方式评价的研究必须是非常具体的和精心加以设计的。

四、应对研究的设计问题

最近 20 多年来，大多数应对问题的研究的设计同应激和适应过程的理论之间存在严重不协调的情况。目前不同学者对于应对有不尽相同的解释。例如，应对的“过程理论”的提出者 Lazarus 和 Folkman 将应对看作是个体在认知和行为上管理心理应激的不断变动的过程，一个人的

^[1] 梁宝勇、郭良才、刘畅等《关于应付的一些思考与实证研究：I.应付的概念模式与效果估价》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 3 期，第 188—190 页

应对方式缺少跨情境的一致性^[2]。而持“特质论”观点的研究者则将应对视作一种人格特质，认为应对方式具有跨情境的一致性。然而“一致”和“不一致”是相对而言的。目前，绝大多数研究者相信，应对既是一个过程，又是一个人人格特质的反映；一个人的人格特质、应激源和情境因素都会影响应对方式。对于大多数人而言，其不同情境下的应对方式是变动的，但也不是不受人格制约的。然而最近 20 多年来，大多数应对问题的研究的设计同应激、应对和适应的“过程理论”之间存在严重不协调的情况。应激与应对的过程理论要求采用纵向的、受试者内设计，以考察应激反应和应对的动态变化。然而，目前国内外绝大多数研究却采用横断的、受试者间设计。而且，大多数应对研究仅仅一次性的评定受试者的应对方式。这种做法不能反映一个人在应激条件下应对方式的变化，也同应对的过程概念相抵触。

纵向的研究设计要求在不同的时间对同一个人或同一组人进行追踪研究，而横断设计则要求在同一时间研究不同的人。前瞻性的纵向研究必定是受试者内设计。所谓受试者内设计，其特点是在不同的应激情境或场合下对同一组人进行研究，而受试者间设计的特点是在同一场合或条件下研究不同组的人。

在应激的应对研究中，纵向的、受试者内设计意味着追踪同一组受试者（研究对象）的应对过程，反复地测评其所采用的应对方式和应激反应（或后果变量）。由于大量研究和临床观察证实，一个人的应对方式会随着情境（所遇问题的性质、环境条件等）而变，应对方式不具有跨情境的一致性，所以纵向的、受试者内设计最适合于考察应对方式和应激反应的动态变化，自然也最适合评价各种应对方式或策略的适应价值。

综上所述，目前应对研究中存在较多的方法学问题，我们将解决这些方法学问题的措施概括如下：一是采用针对很具体的问题而编制的工具来对应激和应对方式加以评定；二是采用多种来源的评定策略，而不应局限于受试者的自我报告，还应采用会谈法和行为观察等手段；三是采用更加广泛的评价指标，包括积极的后果指标来评价各种应对策略的价值；四是广泛采用纵向的个人内设计，以便多重地、动态地评定应对方式的变动及其效果或应对方式的适应价值。

^[2] Lazarus R.S. *Coping theory and research : Past, present ,and future .Psychosomatic Medicine*, 1993,55, p234-247

第五节 心理应激的控制策略

心理应激或者说“精神压力”可以说是人生中的不可避免的一部分。我们每一个人从小到大一直到老死，一生之中不知要承受多少心理应激刺激的侵袭。适度的心理应激有利于我们保持个人良好的心理、生理和社会功能，这不仅可以增进我们的心身健康，而且可以促进我们的工作和学习。然而，我们每个人承受心理应激刺激的能力是有限度的。当内外环境向我们提出的要求超出我们适应应对能力所能满足的范围的时候，由这些要求和适应应对能力失衡所造成的心理应激便会对我们的心身健康乃至学习和工作带来负面影响。后面几章中我们将引证大量研究结果，这些研究表明，过于强烈、过于持久的心理应激同人类的许多疾病（特别是精神障碍和心身疾病）有密切联系。

尽管心理应激对我们的影响有积极的方面和消极的方面，但其主要影响是消极的。因此，我们必须经常坚持将心理应激控制在我们能够承受的限度之内。

控制心理应激的方法有许多^[1]。在长期的生活过程中，不少人已经形成了自己习惯性的降低精神压力及其影响的方法。据一项涉及欧洲、美洲、亚洲和非洲等许多国家的调查，倾听音乐是大多数人（占 2/3 的被调查者）首选的缓解压力的方法，其次是看电视（占被调查者的 53%），再次是洗浴和装扮自己（占被调查者的 49%）。比较而言，北美人更喜欢将倾听音乐作为精神放松的方法，而亚洲人更喜欢利用看电视来舒缓压力。

从临床心理学的角度看，控制心理应激及其消极影响的策略主要有：

第一， 消除应激的来源；

第二， 认知改变策略（即改变对事物的态度、信念和认识评价）；

第三， 采用自我防御手段（即利用心理防御机制，通常属于无意识心理手段）；

^[1]梁宝勇 《心理应激的控制》，《医学与哲学》，1987 年第 5 期，第 50~52 页

-
- 第四，改进应对策略和应对方法（包括事先做好心理准备以应对那些可以预知的环境要求，也应当包括适当的逃避和回避策略，所谓“积极应对”未必都是适应性质的）；
- 第五，争取和利用社会支持；
- 第六，行为策略（包括文体活动、倾听音乐、散步、忙于工作以“忘掉”令人苦恼的事情，读书、习练书法、看电视、购物、洗浴、装扮、性生活，以及某些可能有负面后果的方法，如用药、饮酒和吸烟）；
- 第七，放松练习（通过各种松弛技术来缓解精神压力，常用的松弛技术有渐进性松弛术、气功和瑜珈等）；
- 第八，培养健全人格（乐观，外向，“压力抵抗者”），增强对应激的耐受和应对能力。这可能是最根本的策略，但却不是短期能够做到的。

有了好的控制心理应激的策略，就会有科学有效的控制心理应激的方法。关于控制心理应激的具体方法，本书不做详细讨论，读者可以参阅有关的科普读物。

第六章 心理应激与健康

内容提要

心理应激是一种同人的健康息息相关的现象。本章专门探讨心理应激同健康间的关系，特别是对健康的负面影响。在从理论上论述了心理应激同健康间的关系后，着重介绍了关于生活应激、工作应激对于人身心理健康的负面影响的研究资料，探讨了人类心理生理疾病中的心理应激因素及其作用。最后，介绍了关于不可控制的心理应激的致病机制的一些研究发现。

心理应激同人的健康有密切联系。这种联系是双向的：一方面心理应激可以影响人的健康，另一方面一个人的健康状况也会影响应激条件下心理应激反应的强度和对应激的耐受力。本章仅探讨第一个方面的联系，即心理应激对人健康的影响。

第一节 心理应激对健康的双重影响

心理应激对健康的影响，包括积极影响和消极影响^[1]。

一、心理应激对健康的积极影响

适度的心理应激对人的健康和功能活动有促进作用，这类应激被称为“良性应激”（eustress）。心理应激对健康的积极影响至少表现在以下

^[1] 梁宝勇主编 《医学心理学》，吉林科学技术出版社 1996 年版，第 155-157 页

两个方面：

（一）适度的心理应激是人成长和发展的必要条件

人的成长和发展涉及人的身体、心理和社会功能的成长和发展，遗传和环境是影响成长和发展的两大重要方面，心理应激经历在这里可以被看作是一种环境因素。

心理学家的许多研究表明，幼年期的适度的心理应激可以导致明显的发展变化；早年的心理应激经历可以提高个体在后来生活中的应对和适应能力，从而能更好地耐受各种紧张性刺激物和致病因子的侵袭。日常观察也告诉我们，那些小时候受过“过分保护”的孩子，待他们脱离家庭走上社会后，往往容易发生适应问题，甚至因长期、剧烈的心理应激而中断学业或罹患心理障碍和心身疾病。

（二）适度的心理应激是维持人正常功能活动的必要条件

人离不开刺激，适当的刺激和心理应激有助于维持人的生理、心理和社会功能。关于感觉剥夺和单调状态的许多实验研究证实，缺乏适当的环境刺激会损害人的身心功能，包括造成脑电图的改变、错觉、幻觉和智力功能障碍^[2]。

工业心理学中有许多流水线工作的研究。工人们在流水线上从事比较单调的、缺少变化和挑战性的工作，很容易进入疲劳状态，注意力不能集中，情绪不稳定、易激动和厌烦。在这种情况下，工作效率下降，事故和缺勤率增加。一旦增加工作和环境的刺激性和挑战性，就可以改善工作人员的身心功能，提高工效。适度的心理应激或精神压力可以消除厌烦情绪，激励人们投入行动，克服前进道路上的困难。正因为如此，人们主张学习和工作要有点“精神压力”、有点“紧迫感”。考试、评比、检查和比赛等，是引起适度心理应激以促进工作和学习的常用手段。

在日常生活中，一个人总会碰到各种矛盾，遭受各种应激源的侵袭。解决矛盾、应对挑战既可以引起我们紧张、劳累、苦恼和痛苦，又可为我们带来成功的喜悦、轻松和欢乐。没有紧张，就无所谓松弛；没有痛苦就难以体味幸福。如果某一阶段生活缺少变化，人们就会主动地寻求应激刺激。例如参加各种充满紧张性的比赛，从事某些冒险活动，或通

^[2][美]J.W. 赫伦《单调状态的病理学》，见 R.F. 汤普森 主编《生理心理学》，孙晔 等编译，科学出版社 1981 年版，第 382-387 页

过看小说、电影和电视获得“替代性的”冒险体验。自然，这些活动应当不损害他人和社会，也应当不超过个人耐受应激刺激的能力。这些都说明，适度的心理应激是必要的和有益的。

二、心理应激对健康的消极影响

长期的、超过人适应和应对能力的心理应激会损害人的健康，这是心理应激的主要方面^[1]。心理应激对健康的消极影响，主要表现在下述三个方面：首先，心理应激引起的心理和生理反应可以以症状和体征的形式见之于临床，成为人们身体不适、虚弱和精神痛苦的根源和就医寻求帮助的原因；其次，心理应激可以加重已有的精神障碍和躯体疾病，或使这些疾病复发；最后，心理应激可以造成对疾病的易感状态，并且在其他因素的共同影响下导致新的精神障碍和躯体疾病。

（一）心理应激条件下人的临床表现

1. 急性心理应激的临床表现

处于急性心理应激状态下的人，常有较强烈的心理和生理反应，由此而形成了三种常见的临床综合征（表 6-1）。这些综合征具有同某些器质性疾病类似的症状和体征，例如甲状腺机能亢进、冠心病、低血糖和肾上腺髓质瘤（嗜铬细胞瘤）等。在临床工作中，医生应熟悉这些综合征，以免做出错误的诊断，或由于不能为这些症状和体征找到身体器官受损的依据而感到迷惑不解。

表 6-1 急性心理应激的临床综合征

综合征	症 状	体 征
急性焦虑反应	烦躁不安，过敏，震颤，呼吸困难，心悸，出汗，厌食，恶心，腹部不适	皮肤湿冷，苍白，瞳孔扩大，心动过速，气促，深大呼吸，血压升高
血管迷走反应	虚弱，头昏与晕厥，精神错乱，出汗，恶心，腹部不适	面色苍白，出汗，皮肤湿冷，心动过缓，血压下降
过度换气综合征	头昏，虚弱，呼吸困难，窒息感，胸部压迫感，心悸，指端麻木	手足抽搐的体征：Chvostek 和 Trousseau 征，手足痉挛

注：所有综合征中都包括焦虑和神经质的症状

^[1] 梁宝勇 《心理应激与人类健康》，《医学与哲学》，1987 年第 1 期，第 53-55 页

（1）急性焦虑反应

这是急性心理应激下的人最多见的综合征，但造成这种综合征的应激源常常难以清楚地加以识别。当事人担心会出现严重后果，怀疑自己患了重病，这又会引起继发性情绪反应；从而可形成恶性循环，导致惊恐状态。对于这样的人，心理医生要尽可能帮助他们消除疑虑并提供情绪支持；必要时也要给予镇静药物，以便使他们尽快地安定下来。

（2）血管迷走反应

血管迷走反应（vasovagal reaction）多见于突发性应激事件（如事故、伤害）、剧烈疼痛和严重的情绪紊乱之后，有时可导致意识丧失。这种临床综合征所包含的许多症状和体征同心输出量的急剧下降、血压降低和脑血流减少有直接关系。

（3）过度换气综合征

过度换气综合征也可引起眩晕和昏厥，由于过度通气造成 CO_2 的丢失，导致呼吸性碱中毒； Pco_2 的急剧下降又会造成脑动脉收缩和脑血流量的减少；同时碱中毒增加了氧合血红蛋白，这又会降低组织（包括脑）的氧合作用。如果碱中毒严重，也会造成血钙降低，从而产生手足抽搐的症状和体征。此外，在过度换气期间可以出现类似心脏病的心电图改变和胸痛症状，可导致医生做出心脏病的错误诊断。

2. 慢性心理应激的临床表现

慢性心理应激状态下的人也可出现上述的症状和体征，但一般不象急性应激那么强烈。慢性心理应激状态下的人常常感到疲劳、头痛、失眠、消瘦，可以出现各种各样的躯体症状和体征。为此，他们可能四处奔走寻医求药，怀疑自己患了难以诊治的疾病。

慢性心理应激所造成的典型综合征是“神经血管性虚弱”。病人感到呼吸困难、易疲劳、心悸和胸痛。胸痛常局限于心尖区，也常出现焦虑的情绪反应和交感-肾上腺髓质轴活动增强的征象，如心率加快、血压升高、脉压加宽和心脏收缩期杂音等心血管功能活动加强的体征。

此外，慢性心理应激下的人也可出现紧张性头痛、背痛、腹泻、便秘、焦虑反应、强迫行为、癔症、抑郁和恐怖症状等，甚至可产生情感障碍和精神分裂症样表现。

（二）心理应激对已有疾病的消极影响

大量的研究和临床观察已经证实，心理应激下的心理和生理反应，特别是较强烈的消极情绪反应，可加重一个人已有的疾病，或造成复发。

例如，一个高血压病人于家庭纠纷之时病情加重，一位冠心病人在观看紧张的足球比赛后发生心肌梗塞，病情已得到控制的哮喘儿童在母亲离开后哮喘发作。对于已有的精神疾病，心理应激也有类似的影响。调查发现，门诊神经症病人的心理应激程度同疾病的严重程度呈线性关系。

在人类的疾病过程中，人的身心两个方面是相互联系、相互影响的。这种联系和影响，既是心理应激影响已有的躯体疾病和精神疾病的基础，又是造成新的疾病的一个途径。

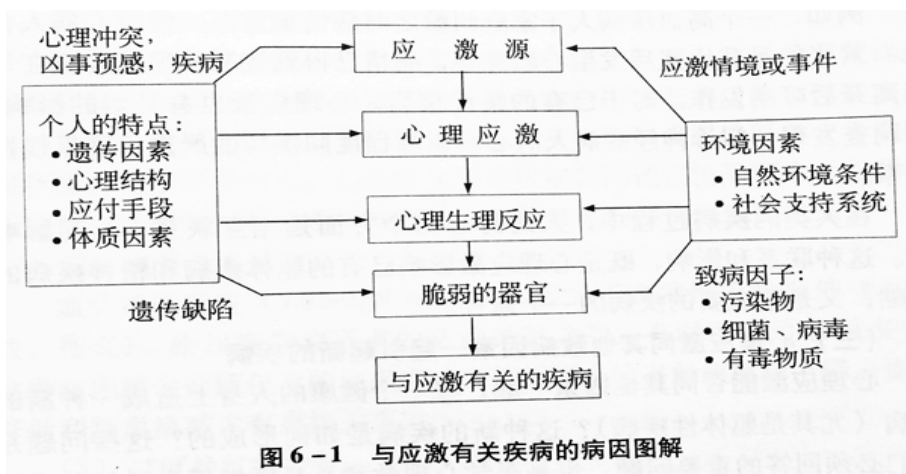
（三）心理应激同其它致病因素一起引起新的疾病

心理应激能否同其它因素一起，在一个健康的人身上造成一种新的疾病(尤其是躯体性疾病)?这种新的疾病是如何形成的?这些问题是我们必须回答的重要问题，也是医学心理学和心身医学等学科的前沿性问题。

大多数研究者认为，心理应激是心理社会因素损害人的健康的一条重要途径。心理应激引起内环境紊乱，引起过度的心理和生理反应，从而使人处于对各种疾病的脆弱易感状态。在这种情况下，如果有其它致病因素的侵袭或个体有不良遗传素质因素，就很可能发生新的疾病。至于患哪种疾病，主要取决于其它致病因素的性质和遗传素质(即哪个身体器官脆弱易损)。由此可见，心理应激主要是作为一种非特异的致病因素而起作用的。

为便于讨论，可以将人类的躯体性疾病分成两大类：心身疾病和非心身疾病。在心身疾病中，心理应激是一种重要的致病因素；但它不是唯一的致病因素，而只是最终导致疾病的一系列环节之一。心理应激所引起的心理生理反应必须借助于脆弱的身体器官方能产生致病作用(参见图 6-1)。例如，胃、十二指肠溃疡是一种与心理应激密切有关的心身疾病。许多研究表明，心理应激虽然很重要，但它一般不能单方面地造成这种疾病，它只能在那些胃酸和胃蛋白酶元(PGI)水平高的个体中造成消化道溃疡，也就是借助于胃肠的脆弱易感性而产生影响。由于不同个体间在这方面有很大差别，因此同样强度和持久性的心理应激可以导致十分不同的后果^[1]。

^[1] 梁宝勇《心理应激与人类健康》，《医学与哲学》，1987年第1期，第53-55页



身体器官的脆弱易感性往往是遗传与环境因素相互作用的结果。我们仍然以十二指肠溃疡为例加以说明。遗传因素起作用的传统证据有：首先，在十二指肠溃疡者的同胞中，这种病的患病率是一般人群的 2-2.5 倍；其次，男性同卵双生子中患此病的一致率高于异卵双生子；再次，十二指肠溃疡在“O”型血者中较常见。上述证据都是间接的，更为直接的证据是下述发现：许多研究表明，十二指肠溃疡患者血清 PGI 水平往往较高，这些人也是胃酸的过度分泌者。近来的研究证实，血清里 PGI 水平升高在一些十二指肠溃疡患者的家族中是作为常染色体显性特质而被遗传的。造成十二指肠脆弱易感倾向的环境因素包括饮食的理化刺激、饮食不规律，还有药物的刺激作用等。它们都可在心理应激的影响下促使胃分泌过多的胃酸和胃蛋白酶，从而造成溃疡。

近些年来的研究表明，幽门杆菌慢性感染的反复激活是引起消化性溃疡的直接致病原因，而心理应激可能与这种激活有关。

在非心身疾病中，心理应激作为一种促发或诱发因素而在疾病的发生中起辅助作用。以结核病为例，直接的病原微生物是生物性的，结核杆菌感染是结核病的直接原因和必要条件；没有结核杆菌感染，就不会发生结核病。然而采用皮肤试验和 X 光检查所作的结核病调查表明，虽然许多人受到过结核杆菌的侵袭，但只有少数人有临床结核病。这说明结核杆菌感染虽然是结核病的必要条件，但不是充分条件；除了结核杆菌外，结核病的发生还必须具备其它条件。长期的心理应激可以降低人

体对结核杆菌的抵抗力，从而促使人发病。

在精神疾病中，心理应激起更为重要的作用。心理应激不仅可以成为许多精神疾病的病因因素，而且常常会影响精神症状的组成。

心理应激在人类疾病发病中的作用机制是一个十分复杂的问题。由图 6-1 可见，心理性、社会性和文化性应激源所引起的心理应激须通过心理生理反应（psychophysiological responses）作用于脆弱易感的器官方可最终造成疾病。因此，要确切地了解心理应激致病的生理机制，还必须详细地考察它所造成的心理生理反应。研究表明，心理生理反应与心理应激状态下的人的情绪和行为反应的类别有关系。对应激性刺激物的情绪反应可以分成两大类，第一类为愤怒、恐惧或激动，第二类是忧郁、悲伤、失望和无助等情绪低落的表现。相应地，也可将行为反应的形式分成两类，第一类是通过显著的骨骼肌活动主动地对应激源的挑战，典型的情况是 Cannon 所提出的“或战或逃反应”；第二类是当个体认为不能对应激源做出“或战或逃”式的主动反应时而发生的被动应付，以缺少明显的骨骼肌活动为主要特点，此时常常伴随着出现忧郁、失望或无助的情绪，此种行为反应被称作“保存—退缩”反应。

Engel 认为，第二类情绪与行为反应是由塞里所强调的下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴调节的，而第一类情绪与行为反应主要是由交感—肾上腺髓质轴负责调节。至于一个人在心理应激条件下产生何种情绪和行为反应，则取决于许多因素，大体上可以分为三大类：刺激物本身的特点、人本身的特点和环境因素^{[1][2]}。

在第一类反应中，交感—肾上腺髓质轴的活动增强，从而使心率、心肌收缩力和心输出量增加。交感神经系统从脂肪组织中动员脂类，抑制胰岛素的分泌，促进高血糖糖原质分解因子（glucagon）对碳水化合物代谢的影响。当脂肪组织中的三酸甘油酯被动员出来时，就被水解为游离脂肪酸与甘油，前者可被骨骼肌用来产能。在产能中未被利用的游离脂肪酸最后被脂肪组织和肝脏吸收，其中被肝脏吸收的部分组成三酸甘油酯并作为超低密度的脂蛋白被分泌出来。在应激期间，脂类的动员与产能消耗间的比例决定着血脂水平与肝脏合成和分泌低密度脂蛋白的速度。当一个人从事较剧烈的体力活动时，就可消耗大量的脂类。可是，

^[1] 梁宝勇《心理应激与人类健康》，《医学与哲学》，1987年第1期，第53-55页

^[2] 梁宝勇、王栋 主编《医学心理学》，吉林科学技术出版社1998年版，第157页

当一个人感受到外界的威胁，感到愤怒、焦虑、恐惧或激动，但不能借助于骨骼肌的活动来发泄自己的挫折时，脂类的动员就会超过对它的利用，其结果就会导致血脂水平的升高。如果一个人经常地处于这种情况下，就会在体内过多的儿茶酚胺的共同影响下，造成血管内壁损伤、平滑肌细胞增生和高血压。显然，这类反应至少是与原发性高血压、动脉粥样硬化、中风和冠心病等有密切联系的。在这里需要特别指出的是，焦虑是当代人最为常见的心理卫生问题，但是与此同时，我们的身体活动却在减少，不可能通过骨骼肌的活动来消耗掉由于焦虑等情绪所带来的那些物质。这种情况可能同近几十年间心、脑血管病增多有联系。

保存一退缩反应是人们在面对紧张性事物时除了战斗和逃跑反应之外的第三种选择，这种反应与下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴的激活有关。包括迷走神经活动的增强、肾上腺皮质激素分泌的增多、性类固醇分泌量下降以及与整个外周阻抗增高有关的持续性血压升高。这类反应亦可导致下丘脑损害，造成胸腺和淋巴组织退化、抗体反应抑制、巨噬细胞活动能力下降和嗜酸细胞减少等一系列后果。因此，这类情绪和行为反应形式可以导致对各种感染性疾病、消化道溃疡等的易感倾向，也可造成再生能力下降，增加患抑郁症和突然死亡的可能性。这可能是心理应激导致另外一些疾病的生理学基础。

第二节 生活应激与健康

从历史上看，心理应激与健康关系的研究可以分成三个阶段。第一阶段的工作为心理 应激影响身体健康确立了生物学基础，这个阶段以坎农、沃尔夫(H.G.Wolff)、马森(J.W.Mason)和塞里的研究为标志。第二阶段则以霍尔姆斯(T.H.Holmes)和瑞赫(R.H.Rahe)的工作为标志的，他们编制了“社会再适应评定量表”用以调查生活事件与疾病间的联系，从而将心理、社会和文化性应激源同疾病间的联系的研究置于坚实的统计学基础上。第三阶段研究的重点是探讨和揭示介于心理、社会和文化性刺激物同疾病之间的中间环节并详细地阐明作为因变量的疾病和病感^[1]。目前国内外发表的大量研究工作处于第三个研究阶段。

^[1] 梁宝勇《生活事件与疾病》，《医学与哲学》，1987年第2期，第54-56页

一、生活事件与疾病的相关研究

生活事件，或称生活变化，是一个人在社会生活过程中经常会碰到的问题。寻求变化是人的一种基本的特性，我们很难想象，如果让一个人长期生活于一个毫无变化的世界里将会发生什么情况。生活变化可以激励人们投入行动以应对新情境的挑战，可以磨练人的斗志，提高适应社会生活的能力；适当的生活变化也是维护心理功能的必要条件。因此可以说，变化同休息一样重要。然而，如果生活变化过大、过多、过快、持续过久，就会造成适应的困难，甚至造成过强过久的心理应激，损害人的健康。调查表明，生活事件是日常生活中造成心理应激并进而导致不健康的主要原因。

很久以前，人们通过日常观察就已经发现，许多人在经历重大生活变故后患病或过早地死去。五十多年前 Meyer 编制了一种“生活图表”，用来调查病人一生期间的重要经历。他发现，像学业上的成功与失败、职业的变动、结婚和家庭成员的出生与死亡等生活变化常对人的身心健康产生不利影响。

霍尔姆斯和瑞赫(1967)的工作将生活事件同疾病关系的研究推进到一个新的阶段。他们根据对 5000 多人的病史分析和实验所获得的资料，编制了“社会再适应评定量表”(SRRS) (参见第二章)。这个量表中列出了 43 种主要生活事件，并给出了它们各自的“生活变化单位”(LCU)，即需要重新调适的程度。在 SRRS 中既有消极的事件，又有积极的事件(如结婚、个人获得突出的成就和升学等)。利用这个量表可以对一个人在一段时间内所经历的生活变化所要求做出的心理调适程度给出数量化的估计，同时调查在此段时间内所患疾病和不适感，这就是生活事件与疾病的相关研究。

霍尔姆斯和瑞赫对工作于华盛顿医院的 88 名住院医生的调查中发现，LCU 总分与健康状况上的变化间存在着相关关系：在 LCU 总分超过 150 的人中有 55%的生活事件与健康上的变化有关。另一个研究表明，在 LCU 总分达到 150 的人中有 80%的人曾感到严重不适、忧郁或心脏病发作，而低于 150 的人中只有 33%。因此，他们将 150 定为生活危机的 LCU 下限，将 150-199 定义为“中度生活危机”，超过 300

则为“高度生活危机”^{[2][3]}。SRRS 发表后，许多国家的研究者进行了广泛的调查。这些调查的结果大多支持上述发现，即生活事件同疾病有联系。在我国国内，也有大量的研究报告，而且直到目前阶段仍然可以从专业刊物上看到这样的研究。国内外的大量研究表明，成人中与生活事件有关的疾病主要有心肌梗塞、糖尿病、结核病、突发性心源性死亡、骨折、运动损伤和酒精中毒，此外还有胃十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎、甲状腺机能亢进、哮喘和偏头痛；精神疾病中以抑郁症和神经症最多见。

生活事件的性质可以对生活事件与疾病间的相关关系产生较大影响。消极的和积极的生活事件虽然都可以是充满紧张性的，都要求重新适应；然而许多研究表明，前者同人类的疾病有更为密切的联系。由于消极的生活事件常常被人看作是具有威胁性的，会造成较强较持久的消极的情绪体验。生活事件对人来说是否新异，也会影响它们与疾病的联系。类似的事件，第二次、第三次碰到时，所引起的心理应激的强度一般要比第一次弱些。此外，事件的可预料性和可控制性也是重要因素；那些突发的、不能预料到的、不可控制的重大事件（如地震、滑坡）往往会引起极大的恐慌，对人的健康产生巨大影响。这种影响力甚至可以掩盖个体差异的作用，以致经历此类事件的人全都患病或产生病感。不仅如此，那些可控制性难以确知的消极事件也同疾病有较密切的联系；由于这类事件更富于紧张性，人们不知道它所造成的不适将会变得多么严重、持续多久，也不知道自己将为此付出何种代价（参见第三章）。

近些年来，人们将较多的注意力聚焦于慢性应激对健康的损害。慢性应激指由日常生活琐事和不良生活条件（如经济困难、住房拥挤、犯罪、人口过剩、污染和恐怖主义威胁）等所造成的生活应激。研究表明，

^[2] Holmes, T.H., & Rahe, R.H. *The social readjustment rating scale. Psychosomatic Medicine.* 1967, 11, p 213-218

^[3] Rahe, R.H., & Arthur, R.J. *Life change and illness studies: Past history and future directions. Journal of Human stress*, 1978, 4, p3-5

由于累积效应，慢性应激对健康的损害，并不比急性生活事件小^{[1][2]}。但综观以 SRRS 为标志的相关研究发现，生活事件与疾病的相关程度较低，也有少数研究不能证实这种相关关系。例如，Byrne 等(1980)发现，在生活变化的频度方面，心肌梗塞者同正常人并无差别；只不过是前者较难适应生活变动，对这些变动感到更加不适、精神上更加痛苦而已^[3]。

在 Schroder 和 Costa 所做的一个调查中，首先给受调查者作身体检查，一年以后让他们利用 SRRS 报告一年来经历过的生活事件，同时查阅他们一年来的医疗档案。结果表明，生活应激同新的疾病的发生之间没有联系^[4]。

上述情况可能说明，生活事件虽然与疾病有关系，但不是直接的。在生活事件同疾病之间存在着太多的中介因素和调节因素，以至从整体上看，生活事件对疾病的发生一般没有强大的、根本性的影响。因此，可以把生活事件看作是造成疾病的“危险因素”，把它们之间的关系类比作血清胆固醇升高同冠心病发病间所存在的关系。作为危险因素，生活事件可以帮助我们识别有较大患病可能的人群；可是作为预测因素，生活事件的敏感性与特异性较差。由于生活事件并非总能引起所有人产生强烈持久的心理应激，而且心理应激同疾病间也不是直接地联系着。这意味着，在生活应激同疾病间关系的研究中，有必要引入介于两者之间的一些因素，只有这样我们才能深刻揭示生活事件同疾病间的关系及机制。

此外，关于生活事件同疾病间的相关关系的研究也因为绝大多数研究采用回顾性调查方法而受到人们的批评。这种研究方法决定了这类研究不能确定所研究的两个变量（生活事件和健康受损情况）间关系的性

[1] Stone,R . *Stress:The invisible hand in Eastern Europe's death rates* . *Science* , 2000,288,p1732-1733

[2]Williams,D.R.Raza, *Socioeconomic status and health. Annals of the New York Academy of Science*,1999,896, p173-188

[3] Byrne,D.G. & White,H.M. *Life events and myocardial infarction* . *Psychosom.Mda*.1980,1,p42

[4] Schroeder,D.H., & Costa,P.T.D., *Stressful life events influence objectively-measured health ? A prospective evaluation* .*Paper presented at the Midwestern Psychological Association Annual Conference, Chicago,1984*

质。最后，还有一些批评意见针对所使用的测量工具—生活应激量表和后果（健康和疾病）量表。关于对 SRRS 的批评意见，读者可以参阅第二章。几十年来在本领域的研究中，研究者们还没有开发出具有广泛适用性的后果量表。近十余年来应用最广泛的后果量表是一些综合性疾病症状量表，例如 90 项症状检核表（SCL-90）。值得指出的是，从积极心理学的角度看，心理应激的后果未必都是负面的或消极的。心理应激也有增强适应应对能力、促进成长的作用。在生活事件同疾病间的关系的研究文献中，几乎难以见到任何研究评估了生活应激的积极后果。

二、介于生活事件和疾病之间的中介因素和调节因素

关于心理应激同健康间的联系的研究进入第三阶段的一个重要标志，是重点探讨和解释介于心理刺激（预见变量，如生活事件）和后果变量（健康和疾病）之间的中介因素和调节因素及其作用。

调节因素（moderator）指介于预见变量（predictor variable）和后果变量（outcome variable）之间可以改变两者间关系的方向和强度的因素^[1]。在心理应激和健康关系的研究中引入调节因素或调节变量，其目的在于了解何时（或何种情况下）、对于什么类型的人预见变量同后果变量间存在着更紧密的联系。例如，在生活事件同疾病间关系的研究中，认识评价便是一种调节因素。一个人对于生活事件的认知评价会决定他心理应激反应的性质和强度，并进一步影响生活事件同其健康间的关系的方向和强度。同一个生活事件，有些人将其视为对个人未来的严重威胁，另一些人将其视作一种挑战，不同的认知评价会导致截然不同的情绪和生理反应，从而可对健康产生不同方向（例如积极的和消极的）和强度的影响。对于同一个生活事件，同一个人在不同的时候或不同的情境下也会有不同的认知评价，从而产生不同的心理生理反应，并对健康产生不同的影响。

中介因素（mediator）指能够被用来解释预见变量和后果变量之间关系的因素。也就是说，中介因素或中介变量被用来确定一个变量如何或为什么能够预见或引起后果变量，即将中介变量视作预见变量借以影响后果变量的机制。例如，知觉便可被视作介于生活事件同心理应激反

^[1] Frazier,P.A,Tix. &Barron,K.E., *Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. Journal of Counseling Psychology*.2004,51(1),p115-134

应及其后果之间的中介因素（参阅第三章）。一个生活事件发生了，若当事人并未发觉，他就不会产生心理应激反应，其健康自然也不会受到影响。我们生活环境中存在的许多应激刺激，只有在我们知觉到它们的时候才会引起应激反应。因此知觉可被用来解释心理刺激同心理应激反应乃至健康后果之间的关系；或者说心理刺激之所以造不良健康后果，是因为人们知觉它。除了知觉外，前边我们刚刚说到的认识评价有时候也可以作为中介因素而起重要作用。

在生活应激同疾病间关系的研究中，目前被研究者们广泛探讨过的调节和中介因素除了知觉和认识评价外，还有应对能力和应对方式、环境因素（如社会支持）、人格因素（例如性格和气质倾向、认知或归因风格、应对风格、健康信念和感觉寻求等）和体质因素等。

我们将在后边介绍一些涉及生活应激、中介因素和调节因素的经典研究。

第三节 工作应激与健康

工作应激是指由工作和与工作直接有关的因素所造成的心理应激。例如，工作负担或责任过大、机器对人要求过高、模糊的工作角色、不规律的工作（例如轮班）、由机器规定速度的工作以及不良的工作环境和上班过远等，都可以引起工作应激。研究表明，这些因素是日常生活中除了生活事件外的主要应激源^[1]。

一、人与工作的相互适应

需要指出的是，工作和与工作直接有关的因素并不能单方面地导致工作应激，工作应激是人与工作不相适应的结果。因此，关于工作应激的许多研究把重点放到人与工作间相互适应问题上。人与工作的适应可以分为两个方面。一个方面是人的特点是否满足于工作的要求及满足的程度。社会上有许多不同性质的工作，每一种工作都有自己的特点和要求；同时社会上的不同的人也有着不同的心身特点。因此从理论上讲，每一种工作都有最适于做它的人，每一个人都有最适于自己做的工作。

[1] 梁宝勇《工作应激》，《医学与哲学》，1987年第3期，第55-56页

要做到“职得其人”，就必须使人的态度、知识、能力、经验、身体状况、年龄甚至个性等心身特点符合工作的要求。为此，工业心理学上通常采用选拔和培训的方法，即通过对工作的分析确定工作的特点和对人的要求；而后依此编制各种测验对应聘者进行选拔；在不可能事先进行充分选拔的情况下，则可依工作的要求和工作人员的现状进行培训。

人与工作间相互适应的另一方面，是工作与人的需要间是否匹配以及匹配的程度。人的需要是多方面、多层次的，人参加工作不只是为了满足其物质需要。随着社会和生产的发展，人们越来越多地要求在工作中满足自己的精神需要，如成就的需要、交往的需要、尊重的需要等。当然，安全的需要仍是今天的工人们的最基本的需要。由于人们的社会经济状况、教育、信仰、经历、性别、年龄、身体状况和个性不同，所以不同的人可以有着不同的需要，对满足同一需要也可有不同的急迫程度。上述这些“人的因素”，以及工作方面的特点，如机器的特性、工作的自然与社会环境（包括人际关系、组织管理）以及工作本身的挑战性等，都会影响工作与人的需要的匹配。要使两者匹配，就必须依工作人员的需要，改善工作条件、改进生产的组织与工作的设计，在设计机器时充分地考虑到人的因素，使之适合于人的使用。

上述关于人与工作相互适应的两个方面，任何一方面不协调都可导致工作应激。过强过久的工作应激不仅会降低人的工作效率，而且也会损害健康，甚至造成伤亡事故。

二、工作应激对健康的消极影响

关于工作应激对人健康的消极影响，大多数研究表明，那些要求人们长期投入过多精力的紧张工作与疾病有联系。值得指出的是，随着现代工业的发展，笨重的体力劳动已经越来越多地为机器所取代，与此同时，人们的心理负荷问题（心理应激）变得日益突出了。

以冠心病为例，早在 1892 年 Osler 就说过，心脏病是与人生活的高压和竭尽全力工作的习惯有联系的。目前，西方发达国家冠心病的患病率较发展中国家高，男性又比女性高。这些差别除了生物学因素外，还有工作应激的作用。跨文化研究表明，发达国家工作应激问题远比发展中国家严重。由于妇女的解放和抚养子女的角色变化，西方男子要比妇女遭遇更多的应激和冲突。

Russek 和 Zohman 曾调查了一组年龄为 25-40 岁的冠心病病人(89 人为

心肌梗塞、11 人为心绞痛)，另以 100 名非心脏病人为对照。资料分析揭示，91%冠心病人有与工作责任过大有关的强烈持久的工作应激，而对照组只有 20%的人有过应激经验。有 1/4 的冠心病人在临床症状出现前担负两种工作，46%的冠心病人在相当长的时间内每周工作 60 个小时。此外，这些病人在工作中还遭受到许多挫折，感到不安，对自己的工作很不满意。

随着航空事业的发展，一种非常紧张的工作——空中交通管制，越来越引起人们的注意。当一架飞机准备着陆时，交通管制人员必须为它确定要逼近的路线和使用的跑道；同时他也必须经常地与其他抵达和准备起飞的飞机保持联系。在任何时刻，他都要借助于无线电话和雷达系统接收大量信息，并迅速做出决定。这项工作必须是准确有效和可靠的，否则就会出现事故。因此，这项工作既是充满紧张性的，又是责任至关重大的。Cobb 和 Rose (1973) 在一个研究中曾比较了 4000 多名空中交通管制人员和近 8000 名空勤人员 (second-class airmen) 的高血压病的患病率，发现前者是后者的四倍。之后，他们又对两个年度的体检资料作了分析，发现空中交通管制人员不仅患病率高，而且也倾向于较早地患高血压病(分别为 41 岁和 48 岁)。

如果一个人的能力一直不能满足工作的要求，那么就不仅会造成持久的工作应激，而且会损害健康。一个人所从事工作有关的教育水平，在一定程度上可以反映他从事此项工作的能力。在对中年瑞典人的一个调查中，Theorell 和 Lind 根据每个人的职位高低、工作责任的大小和教育水平，评定其工作要求和工作能力之间的不合谐程度。他们发现，随着工作要求和工作能力之间的不合谐程度的增加，工人们的平均收缩压水平从 130mmHg 上升到 144mmHg；不适感和疾病也随之增多。

医务工作有着迥异于其它工作的特点，不同单位、不同科室的医务人员在工作的紧张程度上也有很大的差别，而且医生的工作又不同于护士等。Russek 曾以医生为对象研究了工作应激因素与冠心病间的关系。他选择了四组年龄在 40 到 69 岁的医生，每组为 1000 人。其中两组(通科医生和麻醉师)为高工作应激组，另两组(病理师和皮肤科医生)为低工作应激组。调查发现，高工作应激组冠心病的患病率显著高于低工作应激组；其中皮肤科医生最低(3.2%)，通科医生最高(11.9%)。这些情况是与四组医生的工作特点相吻合的，从而证实了工作应激在冠心病中的重

要作用。

然而，工作应激只是疾病病因中的一个方面，在工作应激与疾病间还有许多中介因素和调节因素影响它们间的联系。为了了解我国医生的工作应激特点和对健康的影响以及个性特征的调节作用，我们曾对 works 于某医科大学附属医院的医生们作了一个调查。我们将他们分成内科系统和外科系统两大组。采用北京大学张伯源等编制的“A 型性格问卷”评定了每个医生的性格特征，从中分出 A 型和 B 型两种类型。A 型性格者以强烈的时间紧迫感、争强好胜和敌意为主要特点，B 型性格者刚好相反。健康状况的调查以保健科病历为依据，以冠心病和其它慢性疾病的患病率及一年来的就诊次数作为不健康的指标。结果如下，(1)冠心病的患病率，内科组为 15.25%，外科组 8.7%；冠心病患者中，典型的 A 型性格者占 18.18%，典型的 B 型性格者占 8.82%，A 型性格者是 B 型性格者的 2.61 倍。(2)其它慢性疾病的人平均患有数：内科组 0.76，外科组 0.61，A 型性格者 0.77，B 型性格者 0.68。其中消化系统疾病（以消化道溃疡为主）的患病率，内科组为 15.25%，外科组 30.43%，外科组为内科组的 2 倍。(3)年平均就诊次数，内科组每人 3.5 次，外科组为 1.5 次；A 型性格者与 B 型性格者间无显著差别。

上述结果表明，内科医生的一般健康状况不如外科。这似乎说明内科的工作应激程度高于外科，内科工作以长期的心身紧张和频繁地抢救与繁忙的夜班为特点，这与外科的有张有弛的工作风格形成鲜明的对照。值得注意的是医生，特别是外科医生的消化系统疾病患病率较高，这可能是另一个与医生职业特点（如不规则的进食时间）和工作应激有关的身体影响。这个调查也证实了 A 型性格与冠心病间的联系。通过多变量方差分析，我们可以看到工作应激因素与性格交互作用影响人的健康。例如，就冠心病的患病率来说，内科的 A 型性格者最高，外科的 B 型性格者最低。

近年来有大量研究探讨了工作应激同工作耗竭（job burnout）间的关系。工作耗竭是一种情绪低落、精力和体力耗竭、个人成就感降低、对人缺乏共情的复杂心身状态，多见于要求人们高度精力投入的工作部门或职业，例如医护工作、客户和公众接待工作等。大量研究表明，工作应激和工作耗竭的测量结果呈显著正相关^[1]。工作耗竭

^[1] Catalan,J.,Burgess, A., & Pergarni,A. *The Psychological impact on staff of caring for*

问题的解决首先需要降低工作人员的工作应激，并着力解决组织的功能失调等问题^[2]。

第四节 心理应激与心理生理疾病

心理生理疾病(psychophysiological disease)又称作“心身疾病”，是与心理应激有密切联系的一组躯体性疾病。从病因学角度看，人类躯体性疾病的致病原因大体上可以分成两大类。一类是生物学因素，即传统的生物医学最为关注的那些因素，如遗传因素、躯体的理化刺激和微生物感染等。另一类为心理社会因素，即心理因素与社会因素的相互作用，这种相互作用的直接结果便是心理应激和应激的心理和生理反应。这里的社会因素是指各种社会性和文化性刺激物，心理因素是指一个人的个性倾向性、个性心理特征和心理状态。心身疾病既与生物学因素有关，又与心理社会因素有密切联系。因此可以说，心理生理疾病是心理社会因素或心理应激在其病因中占据着重要地位的一组躯体疾病的总称^[3]。

一、关于心理生理疾病发病机制的理论

心理生理疾病的研究史，可以回溯至医学本身的起源。早在原始社会时期人们就把疾病看作是由某种精神力量引起的，只不过这种认识带有浓厚的迷信色彩。公元前 2500 年到公元前 500 年，医学处于宗教的支配下，但在底格里斯和幼发拉底两河流域，“医学的所有方面都是心身的(Sigerist)”。公元前 400 年前后为古希腊文明时期，苏格拉底(Socrates)和希波克拉底(Hippocrates)分别提出“没有灵魂就不能治愈躯体”和“要治愈人的躯体(疾病)必须拥有关于事物整体的知识”的思想。此后出现的中医学巨著《黄帝内经》，集中地体现了身心相关的

people with serious diseases, *Journal of Psychosomatic Research*.1996,42,p425-435

^[2] Leiter,M.P.,& Maslach,C. *Preventing burnout and building engagement :A complete program for organizational commitment renewal*. San Francisco,CA:Jossey-Bass,2000

^[3] 梁宝勇《心理应激与心身疾病》，《医学与哲学》，1987年第4期，第53-55页

思想。公元前 100 年至公元 400 年间，身心一体化的疾病观曾经占据统治地位。中世纪则是神秘主义和宗教统治医学的时期。此后从文艺复兴时期一直到 19 世纪末，西方医学基本上抛弃了心身整体观。到了 20 世纪 20-30 年代，随着心因性理论的提出，关于心理生理疾病的科学研究逐渐兴起，各种理论观点纷纷被提出^[4]。

目前，关于心理生理疾病的发病机制主要有三种理论——生物学理论，心理学理论和心理生理学理论。

（一）生物学理论

生物学理论将心理生理疾病归于个体身体器官或系统脆弱或对心理应激刺激的过度反应。遗传因素、以往的疾病和不适当的饮食等，都可以破坏特定身体器官或系统的功能活动，使其变得脆弱或对应激脆弱易感。呼吸系统脆弱的人在面对应激刺激时便容易患呼吸系统疾病，如哮喘；消化系统脆弱的个体在心理应激的影响下便容易患胃和十二指肠溃疡。

一些研究者提出“特定反应理论”（specific-reaction theory），认为不同的人在对心理应激的反应方式上存在着个体差别，这种差别很可能是由遗传决定的。有些人对应激刺激有相对稳定的、特殊的植物神经反应型式。例如，有的人面对应激刺激时总是表现为心跳加快，另一个人则表现为呼吸加快而心率不变。个体以自己特殊的方式对应激刺激做出反应，对应激刺激最为敏感的身体器官或系统便易于发生心理生理疾病。例如，某人倾向于对应激源做出血压升高的反应，那么他在遭遇心理应激时便容易患上“原发性高血压”这种心理生理疾病。

（二）心理学理论

最具有代表性的心理学理论包括心理动力学理论和行为理论。

1、心理动力学理论

从上个世纪 20 年代开始，弗洛伊德的心理分析理论被用来解释心理生理疾病。弗洛伊德认为，心理冲突在疾病发生中起重要作用。心理冲突是被压抑的精神活动能量的来源，当这种能量通过生理渠道被释放时，就会对人体构成损害，从而导致心理生理疾病的产生。

心理动力学的心身疾病理论的代表人物有亚历山大（F.Alexander）和邓巴（F.Dunbar）。

^[4] 梁宝勇、王栋 主编《医学心理学》，吉林科学技术出版社 1998 年版，第 163-174 页

亚历山大强调心理冲突在心理生理疾病中的作用。他认为，心理生理疾病的发病有三个要素：(1)未解决的心理冲突，(2)身体器官的脆弱易感倾向，(3)植物神经系统的过度活动性。心理冲突多出现于童年时代，常常被压抑到潜意识之中。然而，在后来所遇到的许多生活变故或社会因素的激发下，这些冲突会重新出现。如果这些复现的心理冲突找不到恰当的出口借以疏泄，就会通过过度活动的植物神经系统而发放，从而引起植物神经系统的功能障碍和它所支配的脆弱器官的损伤。因此，亚历山大认为，只要根据一个人心理冲突的性质，就可以预言他将会患有何种心理生理疾病。这个理论被称作“冲突特异理论”。

邓巴认为人格类型同心理生理疾病有特异关系，从而提出了“疾病的人格特异性理论”。该理论认为，患有同一疾病的病人具有类似的人格特征，某些人格类型的人特别易患心理生理疾病。这是因为，一个人的人格特征在很大程度上决定了他对心理应激刺激的反应的性质和强度，决定了他是否会因心理刺激而罹患心理生理疾病以及患何种身心疾病。因此，通过了解一个人的心理概貌，就可以预言他将罹患何种心理生理疾病。例如，她推断，具有奋力工作、紧张和雄心勃勃人格特征的人特别易患冠心病。这一推断已为后来的研究所证实。

表 6-2 列出了六种常见的心理生理疾病患者常见的心理特征，包括性格特点和主要的心理冲突。

表 6-2 几种心理生理疾病病人的主要心理特征

疾 病	心 理 特 征
消化性溃疡	感到依赖的要求被剥夺，怨恨不满，压抑愤怒，不能发泄敌意或主动地寻求依赖保障，工作负责，有成就和进取心，有强烈的退行欲望，有报复的情感但一直被压抑在潜意识之中
结肠炎	童年期曾被迫依赖与顺从，既感怨恨，又希望讨人喜欢，由于担心报复而抑制愤怒，烦恼、沮丧、抑郁、被动，待人和气，温和，尝试以象征性姿态掩盖敌意
原发性高血压	童年期曾被迫遏制不满，抑制愤怒，常常感受到敌对冲动可能会爆发，人格特点是控制的、一致的和“成熟的”，工作认真、努力、警觉、易紧张，有控制愤怒并将其引向合适方向的需要，渴望得到上级的表扬

偏头痛	不能满足过分的自我要求，感到强烈不满，对比自己成功的竞争者妒忌，性格谨小慎微，拘泥细节，至善主义和雄心勃勃，不能达到时便导致自我惩罚
支气管哮喘	有分离的焦虑，曾得到不一致的母爱，害怕向所爱的人表达敌对的冲动并感到内疚，要求过多，多病的、依赖式的，其症状代表寻求帮助和保护的被抑制的哭泣
神经性皮炎	曾受到父母的过度保护，渴望慈爱，有敌对和依赖的冲突，对能力不足感到内疚并自我惩罚，人格特点有表面上友好、抑郁、过敏和自卑，不能直接表达自己的敌意

注：摘译自 Millon, T.,Millon, R. *Psychophysiologic disorders*. in Millon, T.(ed): *Medical Behavioral Science*. Philadephia :W.B.Saunders Co.,1975,p211

2、行为理论

行为心理学理论的基础是条件反射学说或学习理论，主要代表人物是米勒 (N.E.Miller)等心理学家。米勒等关于“内脏学习”的一系列实验研究不仅为人类的许多疾病的治疗开创了一条新的途径，而且为心身疾病的产生提供了一种新异的解释——人类的某些具有方向性改变(例如血压升高或降低、腺体分泌能力的增强或减弱、肌肉的舒缩等)的疾病可以通过学习的方式而获得。目前，基于上述研究而提出的生物反馈疗法和其它行为治疗技术已被广泛地应用于心理生理疾病的治疗中，并且已取得了较好的效果。

(三) 心理生理学理论

心理生理学（psychophysiology）是心理学同生理学的交互学科，着重探讨心理活动特别是情绪应激对机体生理活动的影响。

心理生理学理论的代表人物有沃尔夫、马森和英格尔（G.L.Engel）等。这个理论以坎农的生理学(主要是躯体内稳态理论)、塞里的应激学说以及巴甫洛夫、贝柯夫与谢切诺夫的条件反射研究与“皮质内脏相关学说”为基础，注重通过心理生理学的实验来探讨有意识的心理活动同身体的生理生化变化间的关系，从而揭示心理因素导致心理生理疾病的心理生理机制。

1920 年，坎农出版了《疼痛、饥饿、恐惧和愤怒时的身体变化》一书。根据多年的实验研究结果，他提出“特定的情绪伴随着特定的生理变化”的思想。马森和塞里证实，心理因素在应激的生理反应中起重要作用，心理社会刺激也能引起生理的应激反应。英格尔将机体对紧张性刺激的反应分成两大类：“或战或逃反应”和“保存——退缩反应”，并进一步探讨了这些反应下的生理变化及其同某些疾病间的联系(参见本章第一节)。沃尔夫系统地研究了应激期间身体器官的功能变化，如不同情绪状态下胃酸的分泌量和胃粘膜血流量的变化。

许多心理生理学理论的倡导者也吸纳其他学派的理论观点，以便获得对心理生理疾病的完整认识。例如，在沃尔夫的一个研究中，首先了解病人既往的心理冲突，而后将病人置身于充满这些冲突的刺激环境中，同时记录生理反应。结果发现，这种环境可以条件反射式地引起生理变化。此外，他还从心理防御的角度解释了亚历山大所提出的“器官的脆弱性”的概念。Rochester 学派在许多心理生理学研究中，也注意探讨心理动力学因素的作用；研究对象不限于心理生理疾病，而是包括所有的疾病。例如，格林(Greene)和舍梅尔(Schimale)经大量调查发现，许多病人病前不仅有类似的人格特征，而且有“丧失”(loss)和失望、无助感。从而认为“丧失”是造成疾病的主要心理社会性挑战，失望与无助是主要的致病因素。英格尔在长达 25 年的研究基础上，提出了“放弃-被放弃状态”(giving-up-given-up state)的概念及其生物学基础。经大量回顾和前瞻研究证实，这种生理上的活动低下状态或“情结”(complex)同疾病的发生有密切联系。

下面，我们重点介绍关于三种常见的心理生理疾病的相关研究资料，特别是一些经典的研究发现^[1]。

二、心理应激与原发性高血压

原发性高血压的病因是比较复杂的，据推测，遗传因素起着比较重要的作用。但双生子的调查表明，遗传因素不能解释所有的原发性高血压。因此，人们认为，虽然高血压的倾向性是可以遗传的，但一个人是否患高血压病，还依赖于其它因素，特别是心理社会因素的作用。

心理应激、情绪活动会影响血压，这已是常识；测量血压时必须考虑

^[1] 梁宝勇《心理应激与心身疾病》，《医学与哲学》，1987 年第 4 期，第 53-55 页

到受检者的情绪状态，这也是血压检查中的一条准则。可是情绪因素对血压的短暂影响并不足以证明心理社会因素是原发性高血压的原因，因此人们进行了许多动物实验和对于人类的研究。

关于人类的研究，据 Valdman 等(1958)报道，第二次世界大战期间被包围在列宁格勒达三年之久的人中高血压病的患病率从战前的 4%上升到 64%，战争过后大多数人的血压仍不能恢复正常，许多人因此而过早的死亡。Graham 和 Ehrström 在北非和芬兰所作的研究也都支持上述发现，即战争所造成的心理应激与高血压有密切联系，心理应激是战时高血压病患病率急剧上升的主要原因。

像战争这样的社会因素并不能单方面地导致原发性高血压，一个人的心理特征、行为习惯和生活方式(如饮食、运动、盐的摄入量和吸烟等)与遗传倾向等心理和身体因素也起重要作用。因此，关于原发性高血压病因的探讨必须全面地加以考虑。Harburg 等(1973,1979)在一系列的研究中较好地揭示了高血压病中的心理社会方面的因素的交互作用。他们调查了美国底特律市两个街区(高应激区和低应激区)的黑人和白人的高血压病的患病率。高应激区人口密集、流动性大、贫穷、婚姻关系不稳定，并有较高的犯罪率。结果发现，高应激区居民的平均血压显著高于低应激区的，同一街区的黑人的血压较白人的高。进一步的分析表明，一个人在面对令他感到愤怒的情境时心理反应的风格，对血压也有很大影响：那些能公开表示愤怒而过后不感内疚的人高血压的患病率(黑人为 16%，白人为 10%)显著低于把愤怒隐藏在心中、随后又感懊悔者的(黑人为 24%，白人为 18.5%)。研究者们也分析了居民们应对应激源的方式对高血压病患病率的影响。他们根据居民们对警察骚扰的反应方式，将这些居民分成忿恨型(感到气愤)和反应型(采取一种合理化的心理防御姿态，从而不感气愤)两类。资料分析发现，居住在高应激区的忿恨型男子的高血压患病率(17%)显著高于同一街区反应型的(8%)。

在一个实验研究中，Forsyth(1969)将罗猴分成两组，实验组的罗猴每天 12 小时通过按压杠杆来避免受到电击，如果在刚好正确的时刻按压了杠杆，就可以少受一次电击。对照组罗猴与实验组共轭，即如果实验组的罗猴不能在正确的时刻压杠杆，那么两组猴都受到电击。经过几个月的实验后发现，持续处于心理应激中的实验组罗猴的平均血压比实验前升高了 30/20mmHg，而且不限于实验期间；可是对照组的平均血压

无显著改变。Harria(1973)用狒狒作了一个有趣的实验,在这个实验中将血压升高作为获得食物或避免电击的一个条件或工具性反应。如果实验动物能够按照实验者的要求将自己的血压升到某一事先规定的水平,它就可得到食物或避免一次电击。经过一段训练后,这些狒狒都学会了在需要的时候升高自己的血压。在本实验的末期,人们发现,即使不需要食物或避免电击时,这些狒狒的血压也不能恢复正常水平。狒狒的平均收缩压上升了 40mmHg,并且持续了几个月的时间。这个实验提示,高血压一作为对应激源(生理的饥饿、身体受电击)的一种躯体反应,是可以习得的(learned),这就为生物反馈治疗高血压提供了依据。

上述两个实验研究虽然说明了心理应激与动物的高血压有密切联系,但却没有证实人类的原发性高血压中常常见到的动脉硬化的出现。为此, Henry 等(1971,1976)用 CBA 鼠作了一系列的实验研究。他们发现拥挤、冲撞等因素所造成的心理应激不仅使实验鼠普遍地发生了慢性高血压,而且组织学检查表明,这些鼠也出现了间质性肾炎、主动脉粥样硬化、冠状动脉硬化和心肌纤维变性等改变。这些改变在人类的原发性高血压中是较常见的。

三、心理应激与消化性溃疡

按照病程,消化性溃疡可分为急性的和慢性的。急性溃疡发生于急性应激之后,故又称为“应激性溃疡”。慢性消化性溃疡不是单一的疾病实体,而是具有类似病理改变的一组多因性障碍,其病因包括生物学和心理社会两方面的因素。

很久以前,通过对胃痿病人的观察,人们就已经发现,各种情绪应激(如愤怒、恐惧、敌意)都可以引起胃肠功能的变化,包括胃酸分泌量、胃肠蠕动以及粘膜血流等。七十多年以前 Cushing(1932)就发现,瘦高个子的、神经过敏的人易患神经性消化不良和溃疡病;患溃疡病的人在心身都不紧张时,溃疡就趋于稳定或愈合;但如果再次过于劳累或情绪紧张,溃疡的症状就会复发。

Weiner 等曾作了一个有趣的研究,他们随机地选择了 2073 名陆军新兵,在即将进行的长达三个月的紧张军事训练前,对他们作了心理测验、胃肠检查和 X 线检查。而后依胃肠检查的结果,从 2073 名士兵中选出胃

蛋白酶最高的和最低的 120 名作为观察对象。按照溃疡病的发病率预测，如果没有军事训练这个心理应激因素，这 120 人中将会有 10 人在以后的某个时候患溃疡病。可是，经过三个月的紧张的军事训练后发现，这 120 人中十分之七的人患了溃疡病。这充分地显示了心理应激因素的重要影响。查阅训练前对他们所作的胃肠检查和心理测验的结果，发现患溃疡病的人全都是胃蛋白酶水平高的人；这些溃疡病人大都不能公开表露自己的敌对情绪，表现顺从，希望讨上级喜欢。之后又对这 120 人作了两年的随访，结果又有 6 个人患溃疡病，这 6 人中有 5 人为胃蛋白酶水平高者。

这个研究清楚地表明，心理社会因素所造成的心理应激确实与慢性消化性溃疡有密切联系，但它们不是溃疡病的唯一促成因素，心理应激只能在胃蛋白酶分泌水平高的人身上造成溃疡病。对于消化性溃疡来说，心理社会因素和生物学因素（包括幽门杆菌）都是必不可少的。

四、心理应激与冠心病

冠心病是由多种生物学因素和心理社会因素造成的一种严重的疾病。冠心病的生物学因素包括遗传倾向、高血压、糖尿病、甲状腺功能减退、高胆固醇和年龄、性别等；冠心病的心理社会因素有心理应激、生活方式与习惯(吸烟、多食、摄入过多饱和脂肪酸和胆固醇、不活动)以及性格或行为型式等。

前边我们已经介绍了一些关于工作应激同冠心病关系的研究结果，这里再介绍美国的两位心脏病学家罗森曼（R.H.Rosenman）和弗瑞德曼（M.Friedman）关于“A 型行为型式”（Type A Behavior Pattern）与冠心病关系的研究。

有一次，这两位心脏病学家请来了一位木工修理他们诊所里的候诊椅。修完椅子后，这位工人对心脏病学家说，这里的椅子很奇怪，只有前沿用坏了，其它地方完好无损。这给心脏病学家很大启发。经过观察他们发现，之所以如此，是由于他们的病人不能很放松地、舒适地背靠椅背坐等就诊，而是像军人一样地坐着。由此他们推测，冠心病可能与持续紧张或心理应激有关。为了证实这一推测，他们与其他人一起做了大量的调查。

在初期的研究中，他们比较了冠心病人和非冠心病人的行为特点，发现有很大的差别。于是，他们将在许多冠心病病人中经常见到的典型行

为称为“A型行为型式”(Type A Behavior Pattern),而将与此恰好相反的行为类型称为B型行为型式。可是,这些回顾性的相关研究并不能证实A型行为就是冠心病的促成原因,因为在冠心病人中较多见的A型行为也可能是冠心病的结果。更何况,A型行为也见于正常人,冠心病人也会有B型行为者。为了进一步搞清A型行为与冠心病间的关系,他们又进行了一系列前瞻性研究。

在一个研究中,詹金斯(Jenkins)等(1974)依据人们对61项“Jenkins活动调查表”(JAS)的回答,将2750名年龄在39-59岁之间的健康男子分成A型和B型行为两组,而后对他们进行了长达八年半的观察。结果发现,A型行为者中冠心病的发生率是B型行为者的3倍。在著名的“西方协作组研究”中,对3000多名健康工作人员做了前瞻性观察,发现A型者中冠心病的发病率是B型者的2.37倍。为了排除两类行为型式的人在冠心病的其它危险因素(如生物学因素、生活习惯等)方面的差别的可能影响,研究者们又一个一个地对这些因素作了统计校正,结果相对危险只从2.37降到1.97。这说明A型行为型式可能是冠心病的独立于其它传统危险因素之外的主要致病因素。由于行为型式是人格或性格特征的具体体现,因此也可以说A型行为型式是冠心病的一种易感人格类型(the coronary-prone type of personality)^[1]。依此,有些研究者也将A型行为称做A型性格,将B型行为称做B型性格。

A型行为的典型表现可归纳如下:

第一,强烈的时间紧迫感、催促感,总是企图在尽可能短的时间内完成更多的工作;

第二,急躁、无耐心,总是不满足于事情进展的速度,即使是像走路、吃饭和说话这类日常事务也要很快地进行,常常同时做几件事;

第三,醉心于工作,对工作尽职尽责、至善至美,为了获得更多更好的成果,宁愿牺牲休息、娱乐、家庭生活和社交活动;

第四,争强好胜、雄心勃勃,经常为自己选定过高的目标,目标一旦确定,就千方百计欲使之实现;

^[1] Roseman,R.H., Friedman,M.,& Straus,R.,et al. A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study. *Journal of the American Medical Association*, 1964,189,p15-22

第五，对人常怀有敌意，有支配他人的倾向，若处于领导地位其行为为常带有侵犯性；

第六，不能放松，总是想找点事做，若不能“有利可图”地占用时间就只会引起内疚。

B 型行为者刚好相反。他们是些做事从容不迫、耐心、稳重、现实、悠闲自得、待人随和的人^[2]。

据调查，A 型行为型式者在人群中的比例，美国加利福尼亚人为 50%，我国的初步调查为 40%。这反映了社会和文化因素对人的行为型式或性格的影响。

Glass 认为，A 型行为代表着人们应对那些被认为是敌对的或具有威胁性的情境的努力，这种努力很可能导致交感神经系统活动的增强，包括儿茶酚胺分泌的增多。由于 A 型行为者经常为自己选择过高的目标，对工作成果产生不切实际的预期，就会使自己遭受较多的挫折；对人的敌对态度又会使自己经常地处于人际关系的冲突之中，加之不能使自己的身心得以松弛。因此，他们往往会比 B 型行为者更经常地蒙受心理应激的侵袭，导致交感神经过于强烈、过于持久的活动，从而增加了患冠心病的危险性^[3]。

后来的许多研究者进一步探讨了 A 型行为的特点之一敌对的影响，发现敌对是比 A 型行为总分更为敏感的冠心病预测指标^[4]。人们由此推测，敌对性高的人和敌对性低的人可能有不同的植物神经系统。当非敌对者遭遇应激时，他们的副交感神经可以起制动开关的作用，使人平静下来。而敌对者的副交感功能较弱，当被激怒时，他们分泌出大量的肾上腺素，使之一一直处于高唤起状态，这种生理变化若长期存在，会造成心血管系统的病变，包括冠心病^[5]。

^[2] Friedman ,M., & Rosenman,R.H., *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf,1972

^[3] Glass,D.C. *Stress, behavior patterns, and coronary heart disease*. *American Scientist*.1977,65,p177-187

^[4] Dembroski,T.M., Macdougall, J.M., &Williams, B.et al.*Componentss of Type A hostility and anger: Relationship of angiographic finding*. *Psychosomatic Medicine*,1989,51,p404-418

^[5] Frederickson,B.L., Maynard, K.E.,& Helms,M.J.et al .*Hostility predicts magnitude and duration of blood pressure response to anger*. *Journal of behavior Medicine*,2000,23,p229-243

第五节 关于不可控制的心理应激的致病机制的研究

按照拉扎勒斯和福克曼（1984）的观点，对应激源的控制感是其心理影响的关键的决定因素。因此，许多关于心理应激致病机制的研究，便将生活事件的可控性和可预见性作为重要的调节因素加以探讨，以便深入解释将生活事件同疾病联系在一起的心理生理机制。

罗瓦洛（W.R.Lovalllo）（1997）认为，有两个重要的脑干系统中介严重应激对情绪、交感神经和健康的广泛影响，这就是去甲肾上腺素能的蓝斑核系统和血清素能的中缝核系统^[5]。

一、不可控制的心理应激的致病后果及其机制

我们周围发生的应激性事件，有些在客观上是可以控制和预见的，有些则是不可预见和不可控制的。相比较而言，不可预见、不可控制的应激事件更有可能引起强烈的心理应激反应并损害人的心身健康。但实际上，真正威胁健康的不是“生活事件事实上不可控制和不可预见”，而是人们认为它们“不可控制”和“不可预见”。

在 Glass 和 Singer（1972）的一个研究中，以强烈的噪声作为应激源。告知第一组受试者可以通过按电钮关掉噪声，但劝告他们尽量不要关掉；没有为第二组受试者提供关闭噪声的电钮和指导。结果发现，虽然两组受试者经受完全相同的噪声侵袭（因事实上第一组没有一个人压电钮关闭噪声），但第二组受试者应激反应强度显著高于第一组。这说明，如果一个人相信事件是可控的，即使他没有实施这种控制或者这种信念是错误的，也同样可减轻心理应激。另有研究发现，那些可控制性难以确知的消极事件，比已知不可控制的消极事件更富有紧张性，从而同疾病有更为密切的联系。这是因为人们不知道这类事件所引起的不适（心理应激）将会变得多么严重、持续多久，也不知道自己将为此付出何种代价。这说明，真正对人心理造成严重困扰的，不是生活事件事实上不可控制，而是人们认为它们是不可控制的，即“知觉到的不可控性”

^[1] Lovalllo,WR. *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions*. Thousand Oaks:SAGE publications,1997,p101-121

(perceived uncontrollability)。人们对于生活事件的性质和控制能力的认识评价（初级评价和次级评价）在很大程度上决定了其心理和生理反应的性质和强度，并由此决定心理应激对健康的影响。

不可控制的心理应激的最极端的后果是死亡。坎农(Cannon,W.B.,1957)曾经列举“伏都教死亡”(Voodoo Death)的报道来说明生活事件的可控性和对环境的驾驭能力的重要性。死者的共同特点是，他们都相信魔法，坚信有人用恶毒的符咒镇住自己，自己正受到致命的威胁，不可能逃避。坎农猜测，这些信念会在死者心中造成明显的无望感，从而导致严重的代谢和植物神经系统功能失衡，致使在几天到几周内死亡^[2]。

英格尔(Engel,G.L,1971)曾经广泛搜集过报纸上发表的关于在极端情况下突然死亡的个案报道。他发现，大多数人死前都经历过重要的个人丧失(例如配偶和孩子死亡，同心爱的人的离别等)，他们大多社交范围狭小，将个人的丧失视作严重的、不可逆转的，认为自己的所有行动或努力都是徒劳的。尽管所遭遇的生活事件各有不同，但所引发的情绪应激却全都是强烈的消极情绪，包括恐惧、焦虑和愤怒等，死者死前都笼罩在严重的无助或无望感之中。死亡的最常见的原因是大面积心肌梗塞和脑卒中^[3]。

不可控制的、严重的负性应激事件导致突然死亡，大致经历如下 5 个步骤：

第一步，接触不可控制的负性应激事件，引起初级的威胁性评价和次级应对资源有限的评价以及负性情绪反应。

第二步，这种情绪显著增加植物神经系统对外周器官的影响，增加同应激有关的激素（肾上腺素和皮脂醇）的分泌量。

第三步，这些植物神经系统和内分泌变化可以增加心脏对氧的需求，增高血压并由此增加对血管壁的压力，促进血凝块的形成。

第四步，血管张力增大加之血粘稠度增加，可加大脑卒中的危险。对心脏的压力加大则会增加心肌梗塞、左心室心律失常和急性心室纤颤的危险。

第五步，脑卒中、心肌梗塞和急性心律失常导致突然死亡。

^[2] Cannon,W.B. "Voodoo" death. *Psychosomatic Medicine*,1957,19,p182-190

^[3] Engel,G.L. *Sudden and rapid death during psychological stress. Amoles of Internal Medicine*, 1971,74,p771-782

应激期间肾上腺素分泌量的增多会加剧上面的病理过程和致命后果的发动。循环中的肾上腺素可导致凝血块的形成，造成血压升高而导致脑卒中，也会极大地增加心肌的氧耗。如果当事人已患有心脏或脑动脉硬化，那么，突然的排山倒海般袭来的情绪应激反应，特别是不可控制的恐惧和愤怒，便更易于造成心肌梗塞和脑卒中，从而造成突然死亡。

二、不可控制的心理应激、无助及其致病机制

现实生活中，当面对应激性事件时，人们通常会设法加以应对或处理。如果一个人采用种种应对手段都不能解决问题或消除应激事件的影响，那么他便会将应激事件视作不可控制的，从而便进入一种被称作“无助”（helplessness）的心理状态。这种心理状态类似于临床抑郁症，主要表现为心情低落，无动机，行为消极、被动，软弱，无所适从和无能为力感。处于这种状态中的人即使为他们提供有效的摆脱应激事件的应对手段，他们也往往不能利用。尽管后来情况已经改变，但他们仍然固守无效的应对方法而不做新的尝试。一些研究表明，由不可控制的心理应激而引起的无助同抑郁症等疾病有联系。

（一）布瑞迪的经典研究及问题

关于不可控制的心理应激和无助的致病机制的研究是从布瑞迪（Brady, J.V., 1958）等的经典的动物实验开始的。布瑞迪和同事采用双轭控制实验法考察了不可控制的电击对罗猴内分泌功能的影响^[1]。他们将罗猴分为两组：执行组和轭合控制组。执行组的罗猴在实验中可以通过按压杠杆来终止每 20 秒一次的电击，轭合控制组的罗猴虽然也被提供一个杠杆，并且可以随意按压，但这种按压对电击没有任何影响（杠杆同电路没有接通）。如果执行组的罗猴在规定时间内按压了杠杆，那么它不仅它自己免受一次电击，而且与之轭合的那只罗猴也免受一次电击。如果执行猴未能在规定时间压杆，那么它和与它轭合的猴子便受到同样的电击。也就是说，在整个实验期间，两组猴子所遭受的电击刺激是完全相同的，所不同的是心理应激的性质和强度。按此程序进行 6 小时试验。

^[1] Brady, J.V., Porter, R.W., Conrad, D.G., & Mason, J.W., *Avoidance behavior and the development of gastroduodenal ulcers. Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1958, 1, p69-72

而后停 6 小时，再进行 6 小时试验，如此不间断地做下去。结果发现所有的执行猴在实验进行到 9-48 天后都死于急性应激性溃疡。

这个实验的巧妙设计和实验结果立即引起人们的极大兴趣，并被广泛采用和引用。实验结果同一般人的看法是相吻合的：那些在社会上占据支配地位的、需要经常做出重要决策和为下属负责的人，更可能由于长期的精神压力（心理应激）而患溃疡病。然而轭合控制组的罗猴长时间遭受(对它们来说)不可控制的电击的影响，陷入无助状态，它们的心理应激程度也不小，为什么没有患上溃疡病？后来人们发现，布瑞迪的实验存在致命缺陷——没有随机地分派试验猴到两个组去。为了方便实验，布瑞迪在实验开始前对所有的猴子作了预测试，将所有自发按压杠杆的猴子分到执行组，而将很少按压杠杆的猴子分到轭合控制组。这样一来，控制组全部由那些不活跃的、在面对应激时较为平静（处乱不惊）的猴子组成。一旦随机分派，上述试验结果便不能被重复。

（二）韦斯和塞里格曼的研究

为了考察可控制性在心理应激对身体健康影响中的缓冲作用，韦斯（Weiss, J.M., 1971）基于传统的轭合控制范式设计了一个实验^[1]。他将实验鼠随机地分为 3 组，第一组为无电击的对照组；第二组与第三组共轭接受同样的电击。第二组为执行组，可通过用前抓转动一个轮子而使自己和轭合鼠同时免受一次电击；第三组为轭合控制组（无助组），尽管有转轮，但不能通过转轮而使自己免受电击。本实验结果同 Brady 的完全不同，执行鼠（对电击有控制力）发生溃疡的要比轭合控制组（对电击无控制力的无助组）少得多。这个实验有力地说明，可控制性可以缓冲应激对心理健康的负面影响。反过来看，不可控制的心理应激和无助对健康有较大的负面影响。

与此同时，索罗曼（Soloman, R.L.）和塞里格曼（Seligman, M.E.P.）等（1971）用狗做了一系列试验以探讨不可控制的应激的影响。实验期间，他们将狗一只一只的固定在吊床里。实验狗被随机地分成三组，第一组为只固定在吊床里而无电击的控制组，第二组为回避组（能通过用鼻子压一个盘子而避免周期性电击的发生），第三组为无助组（与第二组

^[1] Weiss, J.M. *Effects of coping behavior in different warning-signal conditions on stress pathology in rats. Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 1971, 77, p1-13

共轭)。三组狗在实验结束 24 小时后接受穿梭箱回避实验测试。穿梭箱由两个小室组成,中间由一个低栅栏隔开,小室的地面布满金属隔栅,经此可给狗脚以电击。电击之前先发出一短的声音信号。一般情况下,狗经过几次试验后便能学会跃过栅栏跑到安全的一边(即形成回避性条件反射)。但由于受此前所做的吊床试验的影响,无助组的狗(在吊床实验中不能控制电击的狗)几乎全部没能学会这一简单的回避行为;而另两组狗则很快地学会。这些无助组的狗还显露出明显的情绪变化,包括恐慌和焦虑行为;当被放进穿梭箱中时,它们畏缩在箱的一边,被动的忍受电击^[2]。

塞里格曼等后来又采用人类受试者进行实验研究。例如,在一个实验中西罗托(Hiroto)和塞里格曼将受试者分成三组,在第一个阶段的实验中,给第一组一套可解的字谜课题(一种通过重新排列给定的字母而组成单词的工作),给第二组一套不可解的字谜,第三组什么也不做。待第一组完成任务后,实验进入第二阶段;用同一种动作操作课题(通过一定的操作程序关闭实验室的噪声发生器)对三组受试者分别进行测验。结果发现,第一和第三组受试者都在规定的时间内关掉了噪声,而第二组未能学会这种操作,从而被动的忍受着噪声袭击,陷入无助状态。

塞里格曼等将这种在暴露于不可控制的刺激后出现的复杂的认知、情绪和行为缺陷称作“习得性无助”(learned helplessness),这是一种类似于抑郁症的心理状态,Seligman 认为,行为后果独立于行为是造成无助的原因。基于这些研究结果,他们提出了抑郁症的习得性无助模式^[3]。

然而韦斯的研究发现,不可控制的电击所造成的影响在 48-72 小时后便消失,而且这种影响同中枢神经系统去甲肾上腺素(NE)的减少有关。基于此,韦斯提出了不可控制应激的运动肌激活不足模型(motor activation deficit model)。该模型认为,不可控制的应激会造成中枢神经系统 NE 的耗尽,NE 的耗尽导致反应发动的减少并因此造成运动肌

^[2] Seligman, M.E.P., Maier, S., & Solomon, R.L. *Unpredictable and uncontrollable aversive events*. In F.R. Brush (Ed.), *Aversive conditioning and learning*. New York: Academic, 1971, p347-400

^[3] Hiroto, D.S., & Seligman, M.E.P., *Generality of learned helplessness in man*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1975, 31, p311-327

激活不足或缺。Weiss(1980)作了一系列研究以比较不可控制本身和应激的影响。这些研究令人信服地表明,实验动物在遭受不可控制电击后发生的回避行为欠缺是由同应激强度有关的作业欠缺造成的。作业欠缺的程度随着中枢 NE 的下降而增大,随着中枢 NE 的恢复而减少。他认为,实验动物在遭受不可控制的应激后不能在穿梭箱回避测验中学会回避行为,不是由于中枢神经系统中其他神经递质(例如 5-羟色胺,多巴胺和乙酰胆碱)的变化造成的^[1]。

应激如何耗尽中枢 NE? 这种消耗为什么会改变运动肌的激活? 罗瓦洛(Lovall, 1997)认为,中枢 NE 的主要来源是脑桥蓝斑核的去甲肾上腺素能神经细胞体。蓝斑核同整个中枢神经系统有广泛的联系,它作为中枢的“节拍器”稳定地发放神经冲动,为中枢神经系统的活动设定背景水平。当杏仁核发出应激刺激信号时,蓝斑核便会增加冲动发放速率,导致前脑和边缘系统的警觉性升高。如果面对短暂的威胁,这是使中枢神经系统警醒的适用手段。然而由去甲肾上腺素耗尽造成的蓝斑核冲动发放模式的长期破坏则会慢慢改变上行性激活的时机,时机的改变又会降低前额叶皮质、杏仁核和海马估价输入信息的能力和扰乱行为反应的形成和发动。

蓝斑核包含两组合成 NE 的神经元,一组向外投射到中枢神经系统的所有部分,另一组由一些小的、抑制性的中间神经元组成,负责调节另一组的冲动发放率。在遭受不可控制的应激刺激时,蓝斑核会从杏仁核和下丘脑接受高水平的输入信息,从而导致冲动发放的频率的升高。这种高水平的活动最终便会选择性地耗尽较小的抑制性中间神经元中的 NE 贮存。这种内部抑制的丧失又会导致上行性神经元产生频繁的、异常长的活动爆发。由于蓝斑核能够调制感觉过程和前额叶同边缘系统间的沟通,因此由应激引发的蓝斑核激活便会造成明显的情绪和行为后果。

韦斯(Weiss, 1985)等的有关工作表明,不管是遭受不可控制的应激刺激还是采用化学方法耗尽蓝斑核的 NE,都会在实验动物身上造成类似于人类抑郁症的症状,这些症状包括:①食欲不振和体重减轻;②精神运动性功能减退;③精力不足,易疲劳;④对通常的活动失去兴趣;

^[1] Weiss, J.M. *Explaining behavioral depression following uncontrollable stressful events. Behavioral Research and Therapy*, 1980, 18, p485-504

⑤睡眠变化，包括睡眠时间减少和易醒；⑥注意涣散，易分心和犹豫不决。除上述 6 种症状外，人类抑郁症还有两种症状——自杀的想法和无价值感，这无法在实验动物身上观察到。

然而我们还不能仅依据这些研究发现便认为人类的抑郁症是同不可控制的应激有关的中枢神经系统的变化造成的。韦斯等的工作没有显示含有 5-羟色胺的中缝核的活动有任何变化，而后来的研究证实，5-羟色胺在心境障碍的发病中扮演重要角色。此外，不可控制的电击在实验动物中所造成的回避行为欠缺，在 48-72 小时便可消失，这一点也不同于人类患抑郁症时发生的较长期的心境与行为改变。

（三）5-羟色胺机制

后来的研究表明，心理应激能改变脑中中缝核血清素能系统的活动。象蓝斑核一样，中缝核也有神经纤维到达中枢神经系统的许多地方：其下行纤维可激活脊髓的运动神经元，其上行纤维可到达皮层的所有部分和海马与杏仁核。那些能够改变脑中 5-羟色胺水平的药物，能够影响心境和行为，包括抑郁、敌意、愤怒和攻击行为。临床实践表明，能够促进突触 5-羟色胺可利用性的药物对抑郁症有治疗作用。这些证据表明，应激能改变 5-羟色胺水平。

希莱（Hiley 等，1992）的研究表明，不可控制的心理应激，特别是早年生活中遭受的不可控制的应激事件，可以造成长期的 5-羟色胺减低，并伴随出现情绪和行为的变化^[1]。

总之，不可控制的应激和无助既可引起蓝斑核的活动改变，也可引起中缝核的活动改变。这两种神经核团均以减少各自神经递质的可利用性来对不可控制的应激做出反应，这些变化广泛地调节机体的行为、情绪和对应激刺激的易感性。

（四）亚布拉姆森的无望理论

亚布拉姆森（Abramson，1989）等针对塞里格曼的习得性无望理论的缺陷，提出抑郁症的“无望”理论（hopelessness theory）。他们认为，当一个人相信应激事件是不可控制的，且将会持续存在或再度发生，而自己对之毫无应对办法、消极后果不可避免的时候，他便会产生无望

^[1] Hiley, J.D., Suomi, S.J., & Linnoila, M. A longitudinal assessment of CSF monoamine metabolites and Plasma cortisol contrations in young rhesus monkeys. *Biological Psychiatry*, 1992, 32, p127-145

感，从而导致抑郁。在此理论的基础上，亚布拉姆森等又进一步提出归因假设。他们认为，如果一个人将消极事件归因为自身的（内在的）、整体的和稳定的（持久的）的原因，将积极事件归因为外在的、局部的和不稳定的（暂时的）原因，那么他便很可能会变得无望，并患上抑郁症^[2]。亚布拉姆森将这种抑郁症称为“无望抑郁症”，认为是抑郁症的一种亚型，有一套独特的病因、症状（被动、悲观、自我评价低和自杀倾向等）和治疗策略^[3]。无望是一种消极的心理状态，是外在的刺激因素（不可控制应激刺激）和内在的素质因素（如归因风格）相互作用的产物。后来的研究发现，还有一种素质因素——低自尊，参与无望的形成^[4]。

不可控制的应激、无助和无望除了同临床抑郁症等心理障碍有联系外，还会损害人的身体健康。布斯-可莱（Booth-Kewley）和弗瑞德曼（1976）对大量相关研究资料进行了广泛的再分析，发现消极的心境（包括抑郁、敌对等）同多种身体疾病指标呈显著正相关^[5]。一项流行病学调查发现，无望感同由于各种原因所造成的死亡的增多有联系^[6]。

心理应激同人的健康紧密相关，尽管目前已经积累了大量的研究资料，但要真正搞清这两者之间相互联系的确切机制，还有很长的路要走。

^[2] Abramson, L. Y., Metalky, G. L., & Alloy, L. B. *Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression*. *Psychological Review*, 1989, 96, p358-372

^[3] 姚树桥《心境障碍》，见梁宝勇主编《变态心理学》，高等教育出版社 2002 年版，第 369 页

^[4] Pavison, G. C., & Neale, J. M. ed. *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1996, p234-238

^[5] Booth-Kewley, S., & Friedman, H. *Psychological predictors of heart disease: A quantitative review*. *Psychological Bulletin*, 1987, 101, p343-365

^[6] Everson, S. A., Goldbery, D. R., & Kaplan, G. A. et. al. *Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer*. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 55, p121-122

第七章 心理应激、羞耻感与应对

内容提要

本章采用实验的方法，围绕羞耻感来探讨心理应激和应对问题。从某种意义上，可以将羞耻感看作是在一些特殊应激情境下的一种情绪反应，这种情绪应激又会促使个体采取种种认知或/和行为手段来加以应对，以便帮助自己摆脱造成羞耻感的情境和心理困扰。

本研究发现，大学生被试在面临羞耻事件时，倾向于采用接受事件结果、直接面对问题、让时间冲淡一切的方法解决问题，较少使用否认、逃避的方法；高羞耻组被试更可能使用回避、隐藏感情、祈祷和等待的应付方法，低羞耻组被试更可能使用寻求社会支持的方法。

本章由两个研究组成，第一个研究比较了羞耻和内疚的差异^[1]，第二个研究探讨了羞耻感对于应对的影响^[2]。

第一节 关于羞耻和内疚差异的对比研究

本节由两个实验组成，第一个实验检验了“公开化与私人化”和“个

^[1] 钱铭怡、戚健俐《大学生羞耻和内疚差异的对比研究》，《心理学报》，2002年第6期，第626~633页

^[2] 钱铭怡、刘嘉、张哲宇《羞耻易感性差异及对羞耻的应付》，《心理学报》，2003年第3期，第387~392页

^[3] Niedenthal P M, Tangney J P, Gavanski I. "If only I Weren't" Versus "If Only I Hadn't" Distinguishing Shame and Guilt in Counterfactual Thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67(4),p585~595

人无能与违反道德”两种假设，第二个实验检验了“伤害自我与伤害他人”假设。

一、羞耻和内疚的区分

羞耻和内疚是重要的道德情感。两者有许多明显相似之处:都是负性情感^{[3][4]}，涉及一定的负性自我评价^{[5][6]}，都有低头、目光回避等表现，故早期曾被视为同一种情感。近年来越来越多的研究揭示出羞耻和内疚存在多方面的不同，如：羞耻比内疚更加强烈、痛苦^{[3][5]}，更想逃避当时的情境^{[5][7]}。内疚的个体对自己的行为更后悔，想采取一些弥补措施，故更具适应性^{[4][5]}，而羞耻者总试图掩饰自己的行为^{[5][7]}。在临床上还发现抑郁和癔症患者报告出过分的羞耻体验，而强迫症病人多反映过分的内疚^{[5][8]}。

既然羞耻和内疚是两种不同的情感，就必然存在着某种因素可以从根本上明确地区分两者。研究者们先后提出以下几种不同的理论观点，各有支持和反对的实验证据。

^[4] 孟昭兰《人类情绪》，上海人民出版社 1989 版，第 401~405

^[5] Tangney J P. *Recent Advances in the Empirical Study of Shame and Guilt*. *American Behavioral Scientists*, 1995, 38(8), p1132~1145

^[6] Tangney J P, Miller R S, Flicker L, Barlow D H. *Are Shame, Guilt, and Embarrassment Distinct Emotions?* *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 70(6), p1256~1269

^[7] 谢波《中国大学生的羞耻和内疚的差异》，《北京大学心理系硕士研究生学位论文》，1998 年

^[8] 朱荣春、王通理、钱铭怡《大学生羞耻感和心理健康以及自我效能、自尊的相关研究》，《中国心理卫生杂志》，1999 年第 4 期，第 225~227 页

（一）“羞耻事件与内疚事件”

这是最直接的假设，认为某些事件(情境)会导致个体的羞耻感，而另一些事件(情境)会引起内疚感。对此的验证多采用让被试报告一件经历过的羞耻或内疚的事件的方法^{[3][6][7]}。但几乎所有研究都表明，不存在所谓的“羞耻事件”和“内疚事件”，羞耻组和内疚组被试所报告的故事并没有特异性。如撒谎、偷窃、未帮助他人、不听父母的话等事件既可以令人感到羞耻，又可能让人觉得内疚。

（二）“公开化与私人化”

这种假设认为：羞耻是比内疚更公开化的情感，是个体在公开的暴露和反对中产生的；而内疚代表着自我的“良心”(conscience)受到冲击后产生的更私人化的体验。即羞耻感发生于有他人在场的情境中，内疚感发生于无他人在场的情境中^[5]。由此推论，当要求被试回忆一件羞耻或内疚的事件时，由于羞耻者比内疚者更敏感于他人的评价，在经历事件时会更加注意“观众”的存在，故羞耻者在回忆报告中会更多提到当时有他人在场。

确有一些研究结果^{[1][2]}支持这种假设，然而另一些研究^{[3][4]}发现，虽然羞耻和内疚在有无他人在场上有显著差异，但有相当比例、甚至多数的被试报告了“独自”的羞耻和“公开”的内疚。

（三）“个人无能与违背道德”

心理动力学理论认为，当“超我”(superego)受到阻碍或被违背时，

^[1] Tangney J P. *Recent Advances in the Empirical Study of Shame and Guilt. American Behavioral Scientists*, 1995, 38(8), p1132~1145

^[2] Wicker F W, Payne G C, Morgan R D. *Participant Descriptions of Guilt and Shame. Motivation and Emotion*, 1983, 7(1), p25~39

^[3] Tangney J P, Miller R S, Flicker L, Barlow D H. *Are Shame, Guilt, and Embarrassment Distinct Emotions? Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 70(6), p1256~1269

^[4] Hong Y Y, Chiu C Y. *A Study of Comparative Structure of Guilt and Shame in a Chinese Society. The Journal of Psychology*, 1991, 26(2), p171~179

个体就会体验到内疚情感；而羞耻产生于“自我”(ego)和“自我理想”(ego-ideal)之间的差异带来的紧张和压力，故羞耻感常伴随有个人无能、缺陷和失败感^[1]。即内疚是由于触及了道德规范或违反了道德标准而产生的，而羞耻是在个体没有达到理想标准和目标的失败中产生的。这就是羞耻与内疚的“个人无能与违背道德”假设。

这种假设与现象学的表现一致^[2]。Hong 和 Chiu (1991)的研究也发现，62.82%的羞耻事件中被试提到了“个人无能”；97.52%的内疚事件中被试认为自己“违反了道德规范”，两者的差异达到 0.0001 的显著水平。但是仍有三分之一左右的被试为违反道德而感到羞耻^[4]。此外，有研究^{[3][4]}表明：违反道德规范的事件在引发羞耻感和内疚感上是相等的，而非道德的失败和缺点，如社会性不适当行为、奇装异服，可以引起更多的羞耻感。

(四)“个人无责任与个人有责任”

Lamb(1983)提出，当个体认为他们对所做的不恰当行为的后果负有责任时，个体就会感到内疚。而感到羞耻的个体可能并不认为他们对此有任何个人的责任^[1]。但直觉上，当个体认为自己对该事件后果无责任时，往往既不羞耻也不内疚。Hong 和 Chiu (1991)的研究结果证实了这一质疑：90.03%的羞耻组被试和 98.76%的内疚组被试都认为自己对该事件负有责任。虽然比例上有 0.001 水平的显著差异，但更明显的是，无论羞耻组还是内疚组，绝大多数被试都感到自己是有责任的^[4]。

(五)“自我与行为”

Lewis(1971)认为^[1]，羞耻与内疚的差异在于负性评价(主观解释)的焦

点不同。羞耻直接针对着自我(self)，而内疚的焦点是个体做或未做该事。虽然内疚时自我因为与事件密切联系也会受到负性评价，但自我本身并非焦点。

羞耻和内疚的现象差异^{[2][3][5][6][7]}确实表现出与“自我与行为”取向一致。如内疚通常比羞耻更少痛楚感，是因为在内疚时个体主要针对某特定行为，后悔事情本身，而非自我否定。但 Tangney, Miller 等(1995)直接验证羞耻者和内疚者的评价焦点时发现，被试在责备行动与责备自我上没有明显差异^[3]。

Niedenthal, Tangney 等(1994)采用“反事实思维”法发现：希望改变羞耻事件的因素多是自我方面的，如“如果我不是那样自私”；而改变内疚多是行为方面的因素，如“要是我那

天没有去”^[1]。但是谢波等(2000)对中国大学生的“反事实思维”的研究表明，羞耻组和内疚组对改变“自我”的回答差异不显著($p > 0.05$)；而羞耻组比内疚组更倾向于改变行为($p < 0.05$)，这与“自我与行为”的假设正好相反^[2]。

(六)“伤害自我与伤害他人”

谢波(1998)在硕士论文中对中国大学生的羞耻和内疚故事进行了分析，发现被试的主观描述上存在不同的倾向性。当描述自己的羞耻体验时，相当多的被试明确提到，他们感到“羞耻”是因为觉得“自己受到了伤害”；而感到“内疚”是因为意识到自己的言行“伤害了其他人”。

^[5] nthal P M, Tangney J P, Gavanski I. "If only I Weren't" Versus "If Only I Hadn't" Distinguishing Shame and Guilt in Counterfactual Thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67(4),p585~595

^[6] 朱荣春、王通理、钱铭怡《大学生羞耻感和心理健康以及自我效能、自尊的相关研究》，《中国心理卫生杂志》，1999年第4期，第225~227页

^[7] 钱铭怡、刘兴华、朱荣春《大学生羞耻感的现象学研究》，《中国心理卫生杂志》，2001年第2期，第73~75页

^[1] Niedenthal P M, Tangney J P, Gavanski I. "If only I Weren't" Versus "If Only I Hadn't" Distinguishing Shame and Guilt in Counterfactual Thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67(4),p585~595

^[2] 谢波、钱铭怡《中国大学生羞耻和内疚的现象学差异》，《心理学报》，2000年第1期，第105~109页

谢波由此提出一种新的观点——羞耻和内疚的差异在于受伤害的对象不同，即“伤害自我与伤害他人”的假设^[3]。但这一假设至今并未得到研究的验证。

二、研究问题的提出

羞耻和内疚目前仍是个充满争议的领域。本研究试图在以下方面进行初步的探索。

（一）羞耻和内疚的研究方法

对羞耻和内疚的差异研究多是让被试描述一件他经历过的羞耻或内疚的事件，然后要求被试回答一些相关问题，或做一些测查、评定等，而这类研究范式对于自变量的控制不易把握。本研究采用一种不同方法：由主试提供几个情境，这些情境事先已根据要验证的假设以实验研究的范式进行了因素控制，要求被试想象自己经历此情境，从而考查引起被试的羞耻和内疚情感，及其强度、理由等。

就目前掌握的有关资料来看，曾有少数研究者使用提供情境的方法，但根据假设对情境进行因素控制的研究尚无人涉及。故本研究将在这一方面进行初步的尝试。

（二）研究的主要内容

从已掌握的资料看，目前已有很多研究不支持“羞耻事件与内疚事件”、“个人无责任与个人有责任”以及“自我与行为”假设，而“公开化与私人化”和“个人无能与违背道德”的假设得到较多支持证据。但由于研究方法所限，这些证据对上述假设的支持并不能说是完全可靠的。因此，本研究的第一部分即要考查上述两个假设在我们所采用的新的研究方法中所得结果与前人结果的同异，以进一步确认其假设的可信程度。

谢波在其研究中得到灵感而提出的“伤害自我与伤害他人”^[3]的设想目前尚未得到有关研究的论证，因此我们将在本研究的第二部分对此假设进行考查验证。

^[3] 谢波《中国大学生的羞耻和内疚的差异》，《.北京大学心理系硕士研究生学位论文》，1998年

（三）交互作用

人的情感是复杂的，往往并不是单一的因素就能激发和控制的。而以往研究的一个最大的缺陷就是研究者对不同假设进行的是独立的考查，因而忽视了不同因素之间可能存在的交互作用。故本文的研究一对“公开化与私人化”和“个人无能与违背道德”这两个假设同时进行验证，以考查是否存在交互作用。

三、实验研究一：对“公开化与私人化”和“个人无能与违反道德”两种假设的检验

（一）方法

1、被试

被试是 48 名来自北京大学的本科生。男女各半，平均年龄为 19.96 岁，男女在年龄上无显著差异， $t(46)=-1.56$ ， $p=0.126$ 。

2、变量设计

2×2 组内设计。A 因素考验“公开化与私人化”假设，分“公开化”(A1，即有他人在场)和“私人化”(A2，即无他人在场)两个水平。B 因素考验“个人无能与违背道德”假设，分“个人无能”(B1)和“违背道德”(B2)两个水平。因变量为羞耻程度(S)及羞耻理由；内疚程度(G)及内疚理由。

3、材料

呈现给被试的材料是一些叙述简短的故事情境，各情境均以“主干+因素组合”的形式组成。材料的编制按下列 4 个步骤进行：

（1）主干是指能够引发被试的内疚和羞耻情感的短小的故事。这些故事来源于谢波(1998)对中国大学生的羞耻和内疚感研究^[1]。谢波发现羞耻组和内疚组被试所描述的故事中有相当一部分是相同的。这类故事可称为“两可故事”，因为它们既能引起被试的羞耻感，又能引起内疚感。谢波对她的实验中收集的被试自述故事作了一定分类，但较分散。研究者和另外一名心理学研究生及一名四年级本科生在此基础上将故事分为 10 类，然后要求 10 名临床心理教研室的教师和研究生分别按故事的“两

^[1] 谢波《中国大学生的羞耻和内疚的差异》，《.北京大学心理系硕士研究生学位论文》，1998 年

可性”、典型性、常见性和情感强度，评价每类故事是否符合。根据评价的情况选取了最好的 4 个。故研究一所用的四个故事主干(以故事甲、乙、丙、丁简称)都是日常生活中的典型事件，尤其是现代大学生经常可能遇到的，并有较好的“两可性”和比较一致的情感激发强度。所有故事均以第一人称表述。

(2) 因素组合即 A1B1、A1B2、A2B1、A2B2 四种组合方式。A1、A2、B1、B2 呈现的形式是与情境相结合的一句话。例如在故事甲中，主干是考试作弊，则 A1 为“老师当场发现我作弊”，B2 为“我违背了道德规范，没遵守考试纪律”，A1B2 就是以上两句都呈现。从故事的连贯性考虑，因素组合在呈现时都是放在故事主干之后，并且 A 因素在 B 因素之前。

(3) 主干与因素组合的搭配 4 种主干(故事甲、乙、丙、丁)和 4 种因素组合(A1B1、A1B2、A2B1、A2B2)完全匹配，得到 16 种情境。为避免顺序效应，对因素组合进行拉丁方设计，然后配以不同的故事，最后得到 4 种呈现方案，被试分为相应的 4 组完成问卷。

(4) 强化情感因为不同被试的道德标准和情感强度可能有一定的个体差异，为了尽量减少个体差异的影响，同时加强负性情境的作用，加入“强化情感”的描述，即在每个情境的最后一句呈现“我真不应该这样”。

4、问题设计

在每一个情境材料后附加问题，构成一张题纸。所有情境之后的问题都是相同的：要求被试想象自己亲身经历了该情境，然后分别回答自己体会到的羞耻感和内疚感的程度。问卷采用李科特 5 点量表的记分方式，0 为完全不感到羞耻(内疚)，1 为有点羞耻(内疚)，2 为比较羞耻(内疚)，3 为很羞耻(内疚)，4 为非常羞耻(内疚)。如果被试的情感程度在 1 以上，则要求写出感到内疚或羞耻的理由。为避免顺序效应，在每个情境中都安排一半被试先回答羞耻程度和理由，后回答内疚程度和理由；另一半被试的回答顺序相反。

5、实施

按前面设计的要求将题纸订好，作为一份问卷发给被试。回答不限时。

6、对羞耻和内疚理由的分类

只得到羞耻和内疚的程度得分是不够的，要确定被试的情感强度是否是由自变量引起的，就必须对被试的理由进行分析。如果被试回答的理

由正是呈现给他们的、意在引发相应情感的因素，就称为“击中”。如 A1 条件下，被试回答感到羞耻或内疚的理由是“因为被别人知道了”，这就是对 A1 的“击中”。

要考查的是 3 种情况下的“击中”：A1 下回答“有他人在场”；B1 下回答“感到个体无能”；B2 下回答“感到违反道德”。A2 “无他人在场”是一个隐性因素，通常不被视为理由，故不列入考查项目。

根据前人的理论和研究^{[1][2]}，本研究制定“击中”标准对情感理由进行分类，被试的回答符合其一即可判断为“击中”。3 种条件的标准如下：

（1）A1 条件下，①当时有其他人在场或被别人发现（“我被老师当场发现了”）；②别人会知道（“同学都会知道这件事”）。

（2）B1 条件下，①个体缺乏某能力或对某能力的负性评价（“我不该笨手笨脚的”）；②个性上有弱点或对某特质的负性评价（“太虚荣”）；③不是理想的“我”（“不像个男子汉”）。

（3）B2 条件下，①违背了“良心”、个人原则或内心准则（“对不起自己的良心”）；②不符合社会道德规范（“这根本是偷窃行为”）；③破坏了某种纪律、规则（“我竟然考试作弊”）；④做了不该做的事或没做应该做的事（“我应该挺身而出”）。

由两名分类者独立进行分类，其中一人不了解本研究的具体情况。分类不一致时，由两人再按照标准通过讨论解决。

（二）结果与分析

表 7-1 显示了各种因素组合下羞耻和内疚程度的得分情况。经方差分析“公开化与私人化”对羞耻感和内疚感的影响显著， $F(1, 47)=3.332$ ， $p < 0.05$ ；“个人无能与违反道德”不显著， $F(1, 47)=0.330$ ， $p > 0.05$ ；“公开化与私人化”与“个人无能与违反道德”的交互作用不显著， $F(1, 47)=2.858$ ， $p > 0.05$ 。

^[1] Tangney J P. *Recent Advances in the Empirical Study of Shame and Guilt*. *American Behavioral Scientists*, 1995, 38(8), p1132~1145

^[2] Hong Y Y, Chiu C Y. *A Study of Comparative Structure of Guilt and Shame in a Chinese Society*. *The Journal of Psychology*, 1991, 26(2), p171~179

表 7-1 实验研究一的四种条件下羞耻和内疚程度的得分

条件	羞耻程度		内疚程度		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
A1B1	2.938	1.245	2.875	1.104	0.44	0.659
A1B2	3.146	0.989	2.521	1.353	3.29	0.002**
A2B1	2.792	1.071	2.646	1.120	0.79	0.431
A2B2	2.563	1.303	2.771	1.225	-1.87	0.067

注：**表示 $p < 0.01$ 。

分别对 4 种因素组合下羞耻和内疚程度的得分进行差异检验，结果表明：A1B2 条件下被试的羞耻程度显著高于内疚 ($t = 3.29$, $df = 47$, $p = 0.002$)，而其余条件下羞耻感和内疚感均无显著差异。

在羞耻和内疚理由上，情感程度得分不为 0 的回答视为需要检验理由的有效回答。因为 A1、B1、B2 实际是分别包含在 2 个情境中(如 A1 包括在 A1B1 和 A1B2 两种情境中的呈现)，故每个条件下最高回答次数是 96(48 名被试 $\times$ 2 情境)。在 A1、B1、B2 三种条件下的“击中”情况见表 2。两名分类者对 A1、B1、B2 的评分一致性均在 85% 以上，属较高的一致性水平，可认为分类有效。

对羞耻和内疚感的“击中比例”进行相关样本的比例差异的显著性检验(表 7-2)，结果表明：在 A1 时，羞耻感的“击中率”极为显著地高于内疚感($Z = 4.199$, $p < 0.001$)，这意味着被试更多由于“有他人在场”而感到羞耻；在 B1 时，羞耻感的“击中率”也十分显著地高于内疚感($Z = 2.635$, $p < 0.01$)，这意味着被试更多由于“个人无能”而感到羞耻；在 B2 时，羞耻感和内疚感的“击中率”无显著差异($Z = 0.610$, $p > 0.05$)，这意味着被试既可能因“违反道德”而感到羞耻，又可能因“违反道德”而感到内疚。

表 7-2 实验研究一中羞耻和内疚理由的“击中”情况

因素	情感	有效回答	击中	击中比例(%)	评分一致性(%)
A1	羞耻	92	31	33.70	98.91
	内疚	88	6	6.82	100
B1	羞耻	89	47	52.81	91.01
	内疚	90	26	28.89	96.67
B2	羞耻	91	53	58.24	87.91
	内疚	88	48	54.55	87.50

1、“公开化与私人化”

在羞耻和内疚的程度得分上,“有无他人在场”因素对羞耻感和内疚感强度的影响显著($p < 0.05$),进一步考查被试所报告的理由发现,被试更多由于“有他人在场”而感到羞耻。因此可以认为“有无他人在场”是引起羞耻感和内疚感差异的因素。这一结果与前人的研究是一致的^[1]。

但是应该注意到,虽然羞耻和内疚在理由的“击中比例”上有显著差异,也只有 33.70%的被试提到是由于“有他人在场”而感到羞耻(“击中”)。故只能说“有他人在场”只是羞耻的易化条件,并非充分条件和必要条件。同时,有 6.28%的被试回答感到内疚的理由是由于“有他人在场”,由此可以认为,内疚的发生基本上不需要“观众”,但“有他人在场”时个体也可能感到内疚。

2、“个人无能与违背道德”

在羞耻和内疚的程度得分上,“个人无能与违背道德”影响不显著。对被试所报告的理由进行分类和统计发现,被试更多地因为“个人无能”而感到羞耻;但对于“违背道德”被试既可能因此感到羞耻,又可能感到内疚。这与一些前人的研究结果^{[1][2][3]}较为一致。

^[1] Hong Y Y, Chiu C Y. A Study of Comparative Structure of Guilt and Shame in a Chinese Society. *The Journal of Psychology*, 1991, 26(2), p171~179

^[2] Tangney J P. Recent Advances in the Empirical Study of Shame and Guilt. *American Behavioral Scientists*, 1995, 38(8), p1132~1145

^[3] Tangney J P, Miller R S, Flicker L, Barlow D H. Are Shame, Guilt, and Embarrassment Distinct Emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 70(6), p1256~1269

3、交互作用

方差分析的结果表明 $A \times B$ 的作用不显著。进一步对四种因素组合下羞耻和内疚的程度得分进行差异检验,发现 $A1B2$ (同时呈现“有他人在场”和“违背道德”)条件下羞耻程度明显高于内疚($t=3.29$, $df=47$, $p=0.002$),其余条件下两者无显著差异。同时由表 7-1 可见, $A1B2$ 时的羞耻得分是各种条件下羞耻感的最高分;而内疚得分却是各种条件下内疚感的最低分。由此可认为,“有他人在场”和“违背道德”共同作用的情境可以引起被试较高的羞耻感、较低的内疚感,两种情感的强度差异显著。

在前面对两种假设的分别检验中,我们已发现:“有他人在场”使被试更多产生羞耻感,“违背道德”既能使被试产生羞耻感,又能使被试产生内疚感。故两者搭配时($A1B2$)可以引发更多的羞耻感,这能够得到较好的解释。但对其他的因素组合,本研究的发现还不足以做任何结论。

四、实验研究二:对“伤害自我与伤害他人”假设的检验

(一) 方法

1、被试

同实验研究一。

2、变量设计

自变量是“伤害自我与伤害他人”假设(C 因素),分为“伤害自我”($C1$)和“伤害他人”($C2$)两个水平。组内设计。

因变量是羞耻程度(S)及羞耻理由;内疚程度(G)及内疚理由。

3、材料

情境材料是成对的“同类双向故事”,按下列 3 个步骤设计:

(1) 材料编制

“同类双向故事”是指相同类型的故事主干分别与 C 因素的不同水平组成的两个故事,即“主干 $X+C1$ ”与“主干 $X+C2$ ”构成关于 X 的一对“同类双向故事”。

研究二的故事主干也来源于谢波的研究^[1],编制过程与研究一类

^[1] 谢波《中国大学生的羞耻和内疚的差异》,《.北京大学心理系硕士研究生学位论文》,1998 年

似，只是评议时重点考虑的是故事的“双向性”，不再是“两可性”。最后得到的四个故事主干(故事戊、己、庚、辛)都是现代大学生日常生活中经常可能遇到的典型事件，有较好的“双向性”和比较一致的情感激发强度。以故事戊为例，主干为“表白被拒绝”。戊C1(伤害自我)：我向一直暗恋着的异性表白，可对方拒绝了我。戊C2(伤害他人)：一位一直暗恋着我的异性向我表白，可我拒绝了他(她)。

(2) 情境搭配和顺序

四种故事主干与C1、C2完全搭配形成8个情境。调整情境搭配和顺序后，最后呈现给被试的共有4种方案，被试相应地分为四组，每组完成不同顺序和情境的问卷。

(3) 强化情感

同研究一方法(3)中的④。

4、问题设计

同研究一方法(4)。

5、实施

按前面设计的要求将题纸订好，作为一份问卷发给被试。其余同研究一。

6、对羞耻和内疚理由的分类

与研究一一样，根据前人的理论和研究制定“击中”标准对被试羞耻和内疚的理由进行分类。被试的回答符合其一即可判断为“击中”：

(1) C1 条件下，①别人伤害到了自己(“他这么做太不给面子了”)；②感到自己的情感、利益、社会地位等受损(“我的自尊心受到伤害”)。

(2) C2 条件下，①自己的行为伤害到了他人(“我拒绝了他”)；②他人的情感、利益、社会地位等会受损(“他的大好前程可能毁了”)。

分类评定者同研究一。

(二) 结果与分析

表7-3中分别显示了C1和C2条件下的羞耻和内疚的平均分数。

表 7-3 实验研究二中两种条件下羞耻和内疚程度的得分

条件	羞耻得分		内疚得分	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
C1	1.521	1.414	0.937	1.327
C2	0.583	0.919	2.125	1.214

在 C 因素的两个水平下,对羞耻和内疚的程度得分的差异检验结果是:在“伤害自我”(C1)时被试的羞耻感显著强于“伤害他人”(C2)时(1.521 对 0.583, $t(47)=3.81$, $p<0.001$);在“伤害他人”(C2)时被试的内疚感显著强于“伤害自我”(C1)时(2.125 对 0.937, $t(47)=-4.68$, $p<0.001$)。

对同一水平下的羞耻和内疚的程度得分的差异检验结果是:在“伤害自我”的情况下(C1),被试更多地感到羞耻(1.521 对 0.937, $t(47)=2.36$, $p<0.05$);而在“伤害他人”的情况下(C2),被试更多地感到内疚(2.125 对 0.583, $t(47)=-8.09$, $p<0.001$)。

在对羞耻和内疚的理由分析中,对 C2 时的羞耻理由评分一致性仅为中等一致水平(66.67%),但这主要是因为有效回答次数过少(为 15)而可能“放大”了不一致。其余情境的评分一致性均在 90%以上,因此从整体上看可认为分类有效。

每个被试完成 C1、C2 条件下的羞耻和内疚理由各一次,故每种情况下的最高回答次数均为 48(48 名被试 $\times$ 1 次)。在检验“击中比例”时发现,羞耻和内疚的“非共同对”数量少于 10,故只能以二项分布直接计算 p 值进行检验。由表 7-4 可见,羞耻和内疚在两种条件下有十分明显的差异:C1 时,羞耻的击中比例高达 87.10%,显著高于内疚的击中比例 36.84%($p<0.05$),表明被试更多的由于“伤害自我”而产生羞耻感;C2 时情况相反,内疚的击中比例高达 86.67%,十分显著的高于羞耻击中的 33.33%($p<0.01$),表明被试更多的由于“伤害他人”而感到内疚。

表 7-4 实验研究二中羞耻和内疚理由的“击中”情况

条件	情感	有效回答	击中次数	击中比例(%)	评分一致性(%)
C1	羞耻	31	27	87.10	93.55
	内疚	19	7	36.84	94.74
C2	羞耻	15	5	33.33	66.67
	内疚	45	39	86.67	93.33

研究二的结果符合“伤害自我与伤害他人”的假设。该假设可以较好地解释羞耻和内疚在现象学上的差异——由于感到“自我”被伤害，个体的羞耻体验更为痛苦、强烈，有渺小感和被孤立感，更想要逃跑、躲避当时的情境等等^{[1][2][3]}。如果受到伤害的是“他人”，情绪体验就不会那么痛苦、强烈。但同时个体会更为后悔、想向他人道歉，更多地认为自己对该事件的发生负有责任，并希望采取措施来弥补自己的行为所带来的后果^{[2][3]}。

五、对于两个研究的讨论

羞耻和内疚的差异已被许多研究者发现并进行了研究验证，所以本研究感兴趣的不再是两者“有什么不同”，而是“为什么不同”。

为了更好地探索羞耻和内疚的差异的根本原因所在，研究一、二使用了一种与以往研究不同的实验心理学的方法：给被试呈现一些负性情境，要求被试想象自己身临其境，然后回答由此产生的羞耻感和内疚感的程度及理由。而这些研究情境事先已按照所要检验的假设进行了设计，目的是考察情境中设置的因素或因素组合对羞耻感和内疚感的影响，从而检验该假设是否成立。采用这种实验心理学方法的好处在于：可以控制和区分所要考察的因素及水平，避免其他因素的干扰；增加了不同被试的结果之间的可比性。这些优点能有效弥补以往常用方法的不足。但

^[1] 孟昭兰《人类情绪》，上海人民出版社 1989 版，第 401~405 页

^[2] Tangney J P. *Recent Advances in the Empirical Study of Shame and Guilt. American Behavioral Scientists*, 1995, 38(8), p1132~1145

^[3] 谢波《中国大学生的羞耻和内疚的差异》，《北京大学心理系硕士研究生学位论文》，1998 年

这种方法本身也有一定的缺陷：由研究者提供的情境在情感的激发上可能不如被试自己描述一个亲身经历的事件。故今后的研究可以在研究方法上进行改进和发展。

在研究一中，对“公开化与私人化”、“个人无能与违背道德”这两个假设进行了验证。结果表明“公开化与私人化”的确对羞耻和内疚有明显的影响，但只是易化作用。对“个人无能与违背道德”，当情境反映了“个人无能”时可能引发更多的羞耻感，而“违背道德”引发的羞耻感和内疚感是无差异的。以上与其他一些研究者的结果是一致的。

考虑到情感的复杂性，本研究设想羞耻和内疚的差异并不是某一种因素造成的，很可能存在着两种甚至更多因素的交互作用。故在研究一中对“公开化与私人化”、“个人无能与违背道德”这两个假设进行了同时检验。虽然结果表明不存在交互作用，但这种检验交互作用的思想还是很有价值的，在以后的研究中可应用于进一步探索。

在研究二中，对谢波提出的“伤害自我与伤害他人”的假设进行了验证。结果很好地符合假设：当呈现“伤害自我”的情境时，个体更多感到羞耻而很少觉得内疚；当呈现“伤害他人”的情境时，个体更多感到内疚而很少觉得羞耻。但应注意的是：研究二使用的“同类双向故事”具有一定的特殊性，要进一步验证“伤害自我与伤害他人”的假设还需要进行更广泛的考察。如，下一步研究可以让被试叙述其羞耻或内疚的经历，然后对被试提供的故事直接进行“伤害自我”或“伤害他人”的分析。

谢波(1998)所提出的设想^[1]，灵感来自于其在对羞耻与内疚进行现象学差异的研究之中，但其后并未对此设想进行验证。尽管此假设在今后仍需得到进一步研究证据的支持，但考察其与其他假设之间的联系，坚定了我们继续此方面研究的决心。从以往研究看，得到最多研究支持的“公开化与私人化”假设中，“公开化”更易使人感到自我受到伤害，从而更易感到羞耻；而无论事件处于公开化还是私人化的情境，对于那些认为自己伤害了他人的个体而言都会感到内疚。对于另一种得到较多研究的“个人无能与违背道德”假设，无论个体是处于无能情境或违背道

^[1] 谢波《中国大学生的羞耻和内疚的差异》，《.北京大学心理系硕士研究生学位论文》，1998年

德，都可能损害个体对自我的价值的看法，因此都可能使之认为是自我受到伤害而感到羞耻；而如果一个人认为自己做了违反道德之事，此事又是针对他人的(伤害他人)，他就会感到内疚。包括本研究在内的许多研究也证实了“个人无能”与“违背道德”均与羞耻有关，而与内疚相关的仅有“违背道德”这一点。由此可见，“伤害自我与伤害他人”假设有助于澄清个体感到羞耻与内疚的原因，比之以往的解释更为简洁、清晰，分辨率也更高。本研究的结果与这一假设的良好符合也表明了该假设的意义。

从当前对情绪的研究来看，采用类似本实验设计的研究尚未见到。本研究在此方面进行了大胆的尝试，取得了有益的研究结果。但是，鉴于情绪现象的复杂性，对于本研究尝试性工作所得结论在应用时尚须慎重，对其是否具有普遍意义尚需进行进一步的研究证实。此外，由于本研究旨在探讨羞耻和内疚之间的差异，故更偏重探索可区分两种情绪的特征性因素。但值得注意的是，这两种情绪仍存在着相似的因素，因此才难于区分。

六、实验研究的结论

本研究得到下列结论：

第一，“公开化与私人化”在引起羞耻和内疚上有显著差异：“有他人在场”是羞耻感的易化因素，而内疚感的产生基本不需要“观众”在场。

第二，“违背道德”在引发羞耻感和内疚感上是相等的，而“个人无能”引起更多的羞耻感。

第三，“公开化与私人化”假设与“个人无能与违背道德”假设的交互作用不显著。

第四，“伤害自我”更多引起羞耻感，而“伤害他人”更多引起内疚感，两者的差异十分显著。本研究结果支持“伤害自我与伤害他人”假设。

第二节 羞耻易感性及对羞耻的应对

羞耻是一种社会化的高级情感，是个体把消极的行为结果归因于自身能力不足时，而产生的指向整个自我的痛苦体验，对退缩和抑制行为

有增强作用^[2]。近年来,羞耻在人们正常和病理行为中的重要作用逐渐引起了人们的重视。

羞耻感与个体的心理健康有很密切的联系,其中一个方面就是它会影响人们的归因方式。研究者发现易羞耻者对实际可控性较高的坏事件常作消极的归因,这对他们的应付方式会产生直接的影响,使他们在遇到困难和问题时使用否认、回避等方式来应付^[1]。羞耻感与应付方式之间的联系可能更为直接。因为研究发现,情绪与应付策略的选择关系密切。正性情绪可以扩展个体的注意和行为选择范围,可以使个体在应激条件下有更多可以利用的社会、身体、智力资源;而负性情绪往往使个体的注意力固着于问题的某一方面,缩小行为选择的范围^[2]。

同时应付行为在很大程度上也受到个体人格特质的影响^[3]。人们对应激事件如何反应,有意识或无意识中受到了他们自身稳定的人格倾向性的影响。个体存在一些基本的应付方式,这些应付方式的使用具有稳定性,构成个体所偏爱的应付方式。国内的研究也证实了人格对应付方式倾向性的影响^[4]。但目前对人格特质的考察主要集中于控制点、内外向、神经质等,缺乏对与日常生活事件处理有关的人格特质的探讨。

以往对应激的研究主要集中于探讨社会文化性质的应激源(生活环境改变、文化冲击、政治变革、经济和社会地位改变等)对个体的影响,而较少对情绪尤其是羞耻感激起的应激状态的研究。而实际生活中这种情况却是很多的。本研究即希望探讨个体在羞耻情绪所引发的应激状态中对应付方法选择的特点。

同时鉴于个体相对稳定的应付风格受到人格特质的影响,而羞耻易感性是个体所具有的一种相对稳定的特质,本研究也希望同时探讨其对应付方法选择的影响。对易羞耻者应付方式的了解,有助于理解由于羞

^[2] 施承孙、钱铭怡《羞耻和内疚的差异》,《心理学动态》,1999年第1期,第35~38页

^[1] Niedenthal P M, Tangney J P, Gavanski I. "If only I Weren't" Versus "IF Only I Hadn't" Distinguishing Shame and Guilt in Counterfactual Thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67(4),p585~595

^[2] Folkman S, Moskowitz J T. *Positive affect and the other side of coping*. *American Psychologist*, 2000,55(6), p647~654

^[3] Somerfield M R, Mc Crae R R. *Stress and coping research*. *American Psychologist*, 2000,55(6),p620~625

耻所引发的抑郁、焦虑等心理障碍，并可以将结果运用到临床治疗和咨询中，使对易羞耻者应付方法选择进行的指导更有针对性。

在对羞耻感的研究中，普遍采用的方法是利用羞耻事件或者情境来诱发被试的羞耻情绪。这些事件既可以是实验者事先规定的一些可普遍引发个体羞耻感的事件^[5]，也可以是由被试自己回忆的过去引发了自己羞耻情绪的事件^[6]。本研究采用了前一种方法，以减少对于应付方式的干扰。

在对应付方式的分类上，本研究依据的是 Thoits 的四因素应付策略模型^[7]。该模型在 Lazarus 的模型基础上提出，对问题情境的解决和对情绪的控制都可以进一步从行为和认知两个角度进行划分。这就将应付方式划分在以问题为中心—以情感为中心的维度和认知—行为维度这样两个维度内。其中情绪更包括相互联系的 3 种成分：生理变化、表达方式以及文化所赋予的情感的标签。

因此，本研究的基本程序是以羞耻事件作为应激源，探讨羞耻感不同的被试在面对这些应激源时所使用的应付策略的差异。

一、研究方法

（一）被试

100 名来自北京建筑工程学院和北京大学应用文理学院的一年级专科生，其中男生 50 名，女生 50 名，理科生 37 名，文科生 63 名。被试平均年龄 20.41 ± 1.26 (18~24 岁)。

（二）实验材料

1、大学生羞耻体验量表(ESS)^[1]

由北京大学钱铭怡教授与英国伦敦大学 B. Andrews 等合作编制，具

^[4] 梁宝勇、郭倩玉《关于应付的一些思考与实证研究:III、应付方式与人格》，《中国临床心理学杂志》，2000 年第 1 期，第 7~9 页

^[5] Tangney J P. *Situational Determinants of Shame and Guilt in Young Adulthood*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1992,18(2),p199~206

^[6] Niedenthal P M, Tangney J P, Gavanski I. "If only I Weren't" Versus "If Only I Hadn't" Distinguishing Shame and Guilt in Counterfactual Thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67(4),p585~595

^[7] Thoits PA. *Patterns in coping with controllable and uncontrollable events*. In: Cummings EM, Greene AL, Karraker Khed. *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hills dale, N J, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 1991,p235~258

有较高的信度和效度。全表共 24 题, 每项从“1”(完全没有)到“4”(经常如此)进行评分。得分越高表示易羞耻程度越高。

2、引发羞耻的小故事

故事选自谢波^[2]和戚健俐^[3]对中国大学生的羞耻和内疚感研究。从谢波和戚健俐收集的 498 个大学生们感到羞耻的故事中, 挑选出 12 类羞耻事件。然后请心理系研究生和四年级本科生 10 人依据典型性、常见性对故事进行评议, 从中选取了 9 个故事。最终选定的故事都是日常生活中常见的, 尤其是现代大学生经常可能遇到的可引发大学生羞耻情绪的典型事件。根据以往研究者们的发现, 引发个体羞耻感的事件既可以在公开情境中发生, 也可以在私人化的情境中发生; 既可以是在个体本身有责任时发生, 也可以是在个体无责任时发生; 而从前面的相关研究中已经可以肯定地得到, 伤害他人的情境引发的是内疚情绪而非羞耻情绪^[4]。故本研究所选 9 个故事中包括公开化(故事 b 1、b 2)与私人化情境(故事 a 1、a 2)、个体有责任(故事 d 1、d 2)和无责任情境(故事 c 1、c 2)两组 4 种情境, 每种情境两个故事, 以及伤害自我情境(故事 e)的一个故事。每组内两个故事有相同的主干, 保证了所提供的情境除所探测因素外其它因素的一致性。

在每个故事后附加问题。所有故事情境之后的问题都是相同的, 要求被试尽量逼真、详细地去想象亲身经历那些所提供的故事情境, 并从 0~100 中选择一个数字标定自己对每一情境感到羞耻的程度。其中, 0 为完全没有感到羞耻, 50 为比较羞耻, 100 为非常羞耻。为了避免顺序效应, 故事按照拉丁方顺序排列成 9 组题本。

3、应付方法的测查及量表

请 20 名北京大学本科生阅读所挑选出的全部 9 个故事, 想象自己亲身体验故事所描述的情景, 并写出自己用以解决困境的应付策略。对所得的应付策略进行划分归类, 发现全部可以归入 Thoits 的四因素应付策

[1] 钱铭怡、Andrews、朱荣春等《大学生羞耻量表的修订》,《中国心理卫生杂志》,2000 年第 4 期,第 217~220 页

[2] 谢波.《中国大学生的羞耻和内疚的差异》,《北京大学心理系硕士研究生学位论文》,1998 年

[3] 戚健俐《大学生羞耻和内疚差异的实验研究》,《北京大学本科学士生毕业论文》,1999 年

[4] 钱铭怡、戚健俐《大学生羞耻和内疚差异的对比研究》,《心理学报》,2002 年第 6 期,第 626~63 页

略模型。说明该模型较全面，可以覆盖以羞耻事件作为应激源所可能出现的应付方法。结合上述被试所写策略及从 Thoits 的模型中抽取出的应付方法共 21 种。

另请 20 名北京大学本科生阅读全部 9 个故事，并从 21 种应付方法中选择在相应情境中所可能使用的所有应付方法。排除所有 20 名被试在 9 个故事中都不会使用的方法，并根据被试实验后所提出的意见，将一些应付策略表述方式进行了调整，最后得到了 17 种应付方法，组成应付方法量表，见附录。

按照 Thoits 的模型可以将这些应付策略划分为：以事件为中心的行为策略 3 种，以事件为中心的认知策略 7 种，以情绪为中心的行为策略 4 种，以情绪为中心的认知策略 3 种。

4、问卷设计和研究程序

在每个故事后附加问题。所有故事情境之后的问题都是相同的，要求被试尽量逼真、详细地去想象亲身经历那些所提供的故事情境，并从 0~100 中选择一个数字标定自己对每一情境感到羞耻的程度。其中，0 为完全没有感到羞耻，50 为比较羞耻，100 为非常羞耻。然后要求被试对提供的 17 种应付方法分别从-3 至+3 之间选择一个数字表示其使用该种方法的可能性。其中，-3 为完全不可能采用这种方法，0 为不能肯定，+3 为肯定会使用这种方法。为了避免顺序效应，故事按照拉丁方顺序排列成 9 组题本。

同时一半被试先做大学生羞耻体验量表，后做小故事，另一半被试相反。

二、结果与分析

（一）对 9 个故事激发的羞耻强烈程度的统计结果

分别计算全体 100 名被试对 9 个故事激发的羞耻强烈程度所评分数的平均数和标准差，具体结果见表 7-5。

表 7-5. 全体被试对故事评分的平均数及标准差

	故 事 a1	故 事 a2	故 事 b1	故 事 b2	故 事 c1	故 事 c2	故 事 d1	故 事 d2	故事e
M	60.08	61.13	65.70	67.81	58.25	61.41	66.15	64.59	64.53
SD	28.72	30.46	26.98	29.09	28.82	27.41	28.46	28.63	27.31

从表 7-5 可知，被试对故事 b 2 评分最高。将其余 8 个故事的评分结

果分别与故事 b 2 进行配对 t 检验。所得结果具体为， $t_{a1b2}(98)=-2.205$ ， $p=0.030$ ； $t_{a2b2}(98)=-2.065$ ， $p=0.042$ ； $t_{c1b2}(98)=-2.533$ ， $p=0.013$ ； $t_{c2b2}(96)=-1.865$ ， $p=0.065$ 。故事 b1 与故事 b2 比较， $t(98)=-0.700$ ， $p=0.486$ ； $t_{d1b2}(98)=-0.448$ ， $p=0.655$ ； $t_{d2b2}(96)=-0.915$ ， $p=0.362$ ； $t_{eb2}(95)=-1.094$ ， $p=0.277$ 。故事 a 1、a 2、c 1、c 2 与故事 b 2 的差异均达到或接近 0.05 的显著性水平，对被试情绪的激发水平低于故事 b 2，相对较弱。故事 b 1、d 1、d 2、e 与故事 b 2 差异不显著，这五个故事对被试情绪激发程度优于其它 4 个故事，故选取其相关数据做最后分析。

(二) 对羞耻量表和对故事评分的相关分析

将 100 名被试对 5 个故事评定的被激发的羞耻感得分平均得到 $S_{总}(66.224 \pm 16.834)$ ，作为羞耻事件对被试羞耻感激发程度指标。对 $S_{总}$ 和被试在大学生羞耻量表得分(57.006 ± 10.152)进行相关分析，得到 Pearson 相关系数为 $r=0.204$ ，不相关的假设成立概率为 $p=0.041$ ，积差相关系数有显著意义， $S_{总}$ 和大学生羞耻量表得分存在正相关关系。

(三) 所有 100 名被试在五个故事中使用各策略的人数百分比

对于每一种应付方法，认为选择-3、-2、-1 的被试倾向不使用该方法，选择+1、+2、+3 的被试倾向于使用该方法，选择 0 的被试不能确定其使用该方法的可能性。这样将被试在 7 点量表上的选择分为了 3 类：不使用该方法、不确定、使用该方法。统计对每一种方法倾向使用的人数百分比(各故事平均值)，具体结果见表 7-6。由表 7-6 的结果可知，全体被试在面对羞耻情境时最常采用的应付方法是“告诉自己，下不为例”，“直接面对问题，找出解决方法”，“让时间磨平一切”和“向他人讲述这件事，并听取建议”。

表 7-6. 17 种应付方法使用情况排序

应付方法	使用人数百分比（%）	应付方法	使用人数百分比（%）
方法 17	72.3	方法 6	40.4
方法 1	70.6	方法 7	36.4
方法 16	66.7	方法 10	36.1
方法 3	53.8	方法 15	35.4

方法 5	52.5	方法 8	33.0
方法 11	49.8	方法 2	32.0
方法 4	47.8	方法 9	31.7
方法 12	44.1	方法 14	21.6
方法 13	43.5		

（四）高、低羞耻组 17 种应付方法使用情况比较

根据被试在大学生羞耻量表上的得分情况，挑选出分数处于总体 30 个百分点以下和 70 个百分点以上的被试，分别组成低羞耻组和高羞耻组。高羞耻组共有 31 人，其中男生 17 人，女生 14 人，平均年龄 20.22 ± 1.44 ，羞耻量表平均得分 61.548 ± 5.208 ；低羞耻组共有 32 人，其中男生 15 人，女生 17 人，平均年龄 20.56 ± 1.21 ，羞耻量表平均得分 40.978 ± 4.027 。

将高、低羞耻组被试在五个故事情境中对 17 种应付方法评定的分数进行多因素方差分析，结果见表 7-7。结果表明，与低羞耻组相比，高羞耻组被试更可能使用的应付方法是：(1)回避对事件的讨论及相关的人、场所；(2)隐藏自己的感情，好像什么事情都没有发生一样；(3)祈祷得到宽恕，或祈祷心中的不快消失；(4)让时间磨平一切。低羞耻组被试更可能使用的应付方法是：(1)向他人讲述这件事，并听取建议；(2)向他人讲述自己不愉快的感受。

表 7-7. 高、低羞耻组对 17 种应付方法评定结果的多因素方差分析

应付方法	高羞耻组		低羞耻组		F	显著性水平
	M	SD	M	SD		
方法 1	1.24	2.19	1.50	2.05	1.850	0.118
方法 2	-0.026	2.24	-1.06	2.12	2.631	0.033*
方法 3	-0.38	2.31	0.91	2.07	2.885	0.022*
方法 4	0.22	2.19	0.45	2.05	0.648	0.664

方法 5	0.57	2.04	0.34	2.10	0.210	0.957
方法 6	0.06	2.17	-0.47	2.28	0.499	0.775
方法 7	-0.22	1.96	-0.87	2.20	0.793	0.559
方法 8	-0.47	2.13	-0.95	2.15	0.882	0.499
方法 9	-0.42	2.17	-0.76	2.30	0.396	0.850
方法 10	0.25	2.26	-1.01	2.16	2.511	0.041*
方法 11	0.34	2.25	0.45	2.30	0.159	0.976
方法 12	-0.57	2.24	0.73	2.00	2.909	0.021*
方法 13	0.26	2.28	-0.39	2.15	2.512	0.040*
方法 14	-0.86	2.01	-1.27	2.00	1.358	0.254
方法 15	-0.34	2.05	-0.59	2.12	0.299	0.911
方法 16	1.45	1.85	0.30	2.33	2.724	0.029*
方法 17	1.04	2.10	1.56	2.07	1.199	0.322

注：除方法 3 的 F 值自由度为 (5,54)，其余各 F 值自由度均为 (5,55)

三、讨 论

在结果 1 中，首先按照 9 个小故事对被试羞耻感的激发程度进行了选择，得到 5 个小故事。进一步在结果 2 中对羞耻量表得分和这 5 个故事评分的相关分析得到二者存在显著的正相关。说明本研究所挑选的五个故事可以有效的激发被试的羞耻情绪，羞耻感越高的被试对羞耻事件的易感性也越高，故事在他们身上所激发出的羞耻情绪较之低羞耻感的被试更强烈。这些事件可以成功的激发被试的负性情绪，使被试体验到应激。

结果 3 反映了全体大学生被试在面对羞耻事件时使用应付策略的特点。可以看到多数被试都会采用的应付方法有：“告诉自己，下不为例” (72.3%); “直接面对问题，找出解决方法” (70.6%); “让时间磨平一切” (66.7%)和“向他人讲述这件事，并听取建议” (53.8%)。其中前两种方法都可归入 Thoits(1991)四因素模型中以事件为中心的策略这一类，说明很

多被试在面临羞耻事件时，会采用接受事件结果或者直接面对的方法解决问题。另外也有较多的被试倾向于不采取行动，让时间解决问题。被试较少使用的方法有：“事情已经发生了，每个人都会出现类似的问题，没关系” (33%)；“回避对事件的讨论及相关的人、场所” (32%)；“吃东西、睡觉，或从事剧烈的体育运动排解不快” (31.7%)；“告诉自己实际感受并没有那么糟糕” (21.6%)，这些方法的共同之处在于都是通过否认、逃避的方式改变自己的情绪，改变事件对自身造成的影响。这表明了大学生们在面对羞耻性的事件时应付策略是相对积极的，能够去面对和承受事件本身及其造成的影响，虽然可能有时候只是让时间去冲淡它，但也较少去回避。

通过对高、低羞耻组的比较发现，高羞耻组的被试更可能使用回避问题情境、隐藏感情、祈祷和等待的方法；而低羞耻组被试对待令人羞耻的事件的态度更为开放，更多的使用寻求社会支持的方法。高羞耻组被试在应付方法上的这种倾向性可能与羞耻感本身的特点有关。羞耻感涉及对自我的负性评价，个体在这种体验中就倾向于逃避和退缩，而非采取积极的行动。这与对羞耻的现象学评定中得出的结果是一致的。

根据情绪与应付策略选择的关系，我们可以作如下设想：高羞耻组的个体对羞耻事件很敏感，事件引起的强烈负性情绪往往使他们的注意范围变窄，固着于对事件后果的恐惧、后悔、焦虑中，并且会出现长期、持续的自责，对某些令人不快的行为过度反复回想，很难冷静下来分析事件的过程，也很难考虑利用自己身边可以利用的资源。为了减轻自己不愉快的情绪体验，他们只有采取回避出现问题的情境、等待的方法，通过减少对外部环境刺激的接受，减缓应激源对自己造成的影响。隐藏感情是一种以情绪为中心的行为应付策略。这种方法的使用可以减少外界对自己的关注、询问，同样起到逃避问题的作用。祈祷是一种认知策略，这种方法通过改变表达方式起到调整情绪的目的。较高的羞耻情绪使个体很难直接表达自己不愉快的情绪，祈祷可以使他们不用面对别人表达自己的感受。而低羞耻组在面对相同的事件时，产生的羞耻情绪较低甚至没有，在这种情况下个体能够更全面地考虑解决问题的方法，更开放地接受每种方法，而且由于没有强烈的负性情绪的影响，他们不必隐藏自己的感情，可以充分利用身边的社会支持网络，寻求多方面的帮助。

本研究的目的是了解羞耻感对应付的影响。以往对应付策略的研究

大多是通过被试对有关应付量表的自评进行的。本研究的创新之处在于采用了一种情境性的、实验性的方法。由主试以小故事的方式提供给被试几个情境,并且依据 Thoits 的四因素应付策略模型预先提出了 17 种应付方法。要求被试尽量真实地想象自己亲身经历这些情境,然后对采用各种应付方式的可能性进行评定,从而了解被试应付方法的特点。这种方法的好处在于利用羞耻事件可以有效的激发被试的羞耻情绪,使高、低羞耻组的差别更明显。应激源的具体化使研究更有针对性,可以直接了解被试在面对羞耻事件时的应付方式。具体情境的提供也有利于被试对应付方法的选择。同时,使每个被试面临相同的事件,有助于减少干扰变量。

一般来说,个体的应付方式不具有跨情境的一致性。在本研究中,用重复测量对被试在 5 个故事中应付方式的选择进行差异检验却没有发现存在显著的差异。这和本研究所采用的方法是有关联的。本研究的目的在于了解羞耻感对应付的影响,因此选择的故事情境本身具有的很大的一致性,即能够较好的激发个体的羞耻感。而羞耻感对个体行为的影响是具有指向性的,即退缩和回避。此外,在应付方式上本研究提供了固定的 17 种方法,并没有让被试开放性地填写,更为重要的是被试的任务并不是选择某些应付方法,而是评价每一种方法被其采用的可能性,不存在迫选的情况,这就很可能使对 5 个故事情境的应付方式趋于一致。

本研究拓展了羞耻感研究的领域。以往对羞耻感研究多停留在考察其与心理健康问题之间的相关关系或在理论与实验上探讨羞耻感与其它情绪的异同上。研究者们虽然普遍认为羞耻感与个体的心理健康有着密切的关系,但却忽略了羞耻感是如何影响健康的这一重要问题,即在羞耻感与心理健康之间的中介机制问题。本研究以应付方式作为切入点,观察了易羞耻者在应付方式上的特点,这有助于理解与羞耻感相关的心理障碍,并可以指导实际的临床治疗和咨询,使对易羞耻者的应付方式可以进行更有目的性的干预。同时在理论上也为今后进一步的研究提供了方向。

四、结 论

本研究得出以下结论:

第一, 大学生被试在面临羞耻事件时, 倾向于采用接受事件结果、

直接面对问题、让时间冲淡一切的方法解决问题，较少使用否认、逃避的方法。

第二，高羞耻组被试更可能使用回避、隐藏感情、祈祷和等待的应付方法；低羞耻组被试更可能使用寻求社会支持的方法。

附表 应付方法量表测查项目

应付方法	应付方法
1.直接面对问题，找出解决方法。	10.隐藏自己的感情，好像什么事情都没有发生一样。
2.回避对事件的讨论及相关的人、场所。	11.写下自己不愉快的感受。
3.向他人讲述这件事，并听取建议。	12.向他人讲述自己不愉快的感受。
4.不再想引起自己紧张和不愉快的这件事。	13.祈祷得到宽恕，或祈祷心中的不快消失。
5.干点别的事以分散注意力。	14.告诉自己实际感受并没有那么糟糕。
6.想象采取了一些方法改变了事情的结果。	15.自我解嘲，或跟别人开玩笑缓解尴尬。
7.让自己看到问题积极的一面。	16.让时间磨平一切。
8.事情已经发生了，每个人都会出现类似的问题，没关系。	17.告诉自己，下不为例。
9.吃东西、睡觉，或从事剧烈的体育运动排解不快。	

(北京大学心理系 钱铭怡 戚健俐 刘嘉 张哲宇)

第九章 下岗人员的心理压力和心理健康

内容提要

人的一生大多都在忙忙碌碌地扮演并完善自己的社会角色中度过。由于从业者在长期的社会角色形成的过程中，都会形成与职业的千丝万缕的联系，蕴含着与职业风雨同舟的认知、感情与态度，因此，当离开自己的工作岗位成为“无可奈何花落去”的事实时，很多从业者无法从心里马上切断这种职业情愫，进而形成种种压力以致影响他们正常的情绪及生活状态。本章集中探讨了下岗和离退休人员所承受的压力和心理调节，内容较广泛地涉及压力对健康的影响以及用来缓解压力、进行心理调节的方法等问题。了解这些问题，有助于我们制订有效的策略和方法，以便帮助他们适应和应对由下岗和离退休所带来的各种问题、维护心理健康。

应激是怎样影响下岗与离退休人员的心理健康呢？他们又是通过何种方式来缓解压力，进行心理调节呢？本章将在以往研究的基础上对上述问题进行深入地探讨。

第一节 关于下岗人员的心理压力、心理健康和影响因素的研究资料

下岗人员是指由于企业调整、任务变化和机构改革等原因离开工作

场所，在企业无工作岗位三个月以上，但尚未与企业解除劳动关系，且未在社会上从事其他职业的人员。据有关资料显示，从 1998 到 2001 年的四年间，全国累计有 2991 万国有企业下岗职工。据劳动保障部的抽样调查显示，这部分人具有年龄偏大、文化程度偏低、技能单一的特点。

下岗人员作为一个特殊的社会群体，有着与其他人群不同的独特的体验和认知，进而形成特有的心理特点。西方心理学界早在 20 世纪 30 年代就从心理学角度对失业进行研究，概括起来包括三个方面：第一是个性心理特征，如自我效能、人格、归因、信念等；第二是情绪状态，如焦虑、抑郁；第三是行为方式，如应对、放松、锻炼等。但国外的失业与我国目前的下岗尚有质的不同，国外的失业大多是选择性的，而我国的大规模下岗则仅仅始于 20 世纪 90 年代，它是经济调整的必然，很大程度上具有行业性和结构性的特点，职工并无多大选择的余地，这表明中国的下岗具有鲜明的本土特色^[1]。

“下岗”作为我国国有企业深化改革过程中一种过渡产物，是计划经济向市场经济转轨过程中的必然要求，是经济发展过程中多年积累的诸多深层次矛盾的综合反映，也是在现有国情下改革和发展过程中不可避免的结果。下岗给人们带来了直接和间接的压力，使人们在心理上产生了极大困惑和不安，同时也给家庭生活带来了不同程度的困难，给社会带来了不安定的因素。所以下岗人员的应激和健康问题关系到整个社会的稳定和发展，对于顺利实现国有企业改革目标、加快国民经济发展、有效减弱社会震荡、促进社会进步有着极为重要的意义。

一、下岗人员感受到的不支持压力

对个体而言，失去工作岗位不但增加了生活压力、生活安全感降低、归属感下降、成就感丧失、面临经济危机，还要面对家人、亲友、邻居及社会各界对他(她)的重新认识、接纳与评价等心理压力。调查发现，89% 下岗人员认为，难以承受的压力不只是再就业问题本身，还有他人对自己苦闷情绪、失落心态及无助状况不关心、不理解和不尊重等问题的困扰。国内研究也发现，与在岗人员相比，下岗人员更缺少可以为之提供

支持或帮助的来源，家庭成员的支持也较少¹。这种不支持性的行为势必妨碍下岗人员的自我调适。但目前还很少有研究关注不支持压力对健康的影响。Vaux 指出，不支持压力产生不利影响的过程与社会支持发挥积极作用的过程是相同的²。对癌症患者的研究发现，配偶的不支持行为加重了患者的焦虑情绪³。下岗人员与癌症患者均属身处困境的人，更需要来自家庭和社会的帮助与支持。因此，他们对不支持压力表现出高度的敏感性与脆弱性。但不支持压力对下岗人员的心理健康影响程度如何，是否与心理中介因素有关尚需研究。已有研究只证实了癌症患者采用逃避的应付方式有利于缓解配偶不支持行为带来的负性情绪⁴，但还没有考察下岗人员在面对不支持压力时采用何种心理中介因素来维护心理健康。

二、下岗人员的心理健康状况

健康泛指个体生理、心理与社会行为的健全状态。随着人类对健康本质的深入认识，以及逐渐意识到心理异常是由这三者的共同作用所决定的，心理健康就愈来愈成为健康概念中的核心内容。

在国外，失业作为重大的应激性生活事件，使失业人群的生活产生危机，同时对他们的身心健康产生了很大的威胁。许多研究表明失业本身可导致焦虑、抑郁、自杀，物质滥用、成瘾行为等一系列心理问题。在我国，下岗引发了一系列“涟漪效应”，经济收入减少、交往人群变得复杂、自我价值及效能感受到威胁等这些应激性生活事件使那些习惯于计划经济思维方式的下岗人员一时还难以适应，心理平衡遭到破坏，随之而来的失落感和挫折感必然会影响到他们的情绪、生活，增加他们的思想负担和心理压力，加重对心理健康的损害。

¹武浩然等《下岗职工心理卫生状况及其相关因素研究》，《中国心理卫生杂志》，2001年第1期，第16-

18页

² Vaux, A. *Specific models of social support*. In A. Vaux (Ed), *Social support, theory, research and intervention*. New York: Praeger, 1988, p133-157

³ Manne, S.. *Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: The role of spouse avoidance and criticism*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67(1), p 539-546

⁴ Manne, S., Glassman, M.. *Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress*. *Health Psychology*, 1998, 19(2), p155-164

国内外研究反映出一个不容忽视的问题——下岗人员是心理障碍的高发群体。针对这一现状，我国许多心理学工作者和社会工作者对下岗人员心理健康问题进行了一些有益的探索，下岗人员的心理咨询、心理热线工作也相应地得到了较广泛的开展。

三、影响下岗人员健康的内在心理因素

面对不支持性的社会关系，下岗人员如何进行自我调节、维护身心健康、实现自身的发展呢？这涉及许多因素，而进行心理调节是一个至关重要的有效因素。应激与健康心理学研究指出，当压力超过人的承受能力、威胁个体的幸福感时，心理适应会受到威胁，身心健康就遭到损害。而在压力的作用过程中，压力源只起直接的激发作用，人们心理调节能力的高低和优劣决定着应对的质量。在面对压力时，下岗人员出于生存需要会自觉或不自觉地调动自身内部或社会资源来应付压力源的影响，因此，在压力状态下进行积极的心理调节既是必要的又是可行的。当人面对压力时，主要的心理调节策略包括应付方式、控制感等等。

（一）应对方式

应对方式（Coping styles）是指个体面对压力事件时所采用的认知调节和行为努力的策略和方法。应对方式可简单的理解为人们对付内外环境要求及其有关的情绪困扰而采用的方法、手段或策略，有时又可称作应付策略（coping strategies）或应付机制（coping mechanisms）。应付方式是构成一个人在特定应激情境模式（coping pattern）和带有个人特点的、可能是有某些跨情境一致性的应付风格的基本成分。

大量文献认为，应付是压力过程的中介因素，作为一种中介因素，应付方式影响着应激反应的性质与强度，并进而调节着应激同疾病间的关系。在很大程度上影响着压力的结果及其严重性，其质量优劣也影响着压力反应的性质和强度，并直接决定应付的效果，传递着压力与身心健康的关系。良好的应付方式有助于缓解精神紧张，帮助个体最终成功地解决问题，从而起到维持心理平衡，促进心理健康的作用。

关于应付方式如何分类的问题，很多学者从不同的角度进行了思考和探索。如 Lazarus(1966)⁵把应付分四种主要类型：采取积极的行动、回

⁵ Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill

避、攻击、听之任之，Antonovsky (1979)⁶根据反应的针对性分为问题取向应付和情绪取向应付，前者的目的是直接缓解应激或消除应激源，后者的目的在于稳定个体的情绪，恢复心理平衡；我国学者姜乾金等 (1993)⁷将应付方式区分为消极应付风格和积极应付风格两种，前者包括“易陷入幻想和回忆之中不能摆脱”，“通常会苦苦思索，矛盾重重”等题目，后者包括“当作事情根本未发生”、“能较快地将消极因素转化为积极因素”等题目。

应付是一个动态过程，随着情境、认知评价的变化而变化，并与个体拥有的资源有关，这说明人的应付方式不是僵化、刻板的，应付能力的高低体现了个体是否能灵活地处理应激情境。应付方式在选择和使用过程中受到多种因素的影响。从性别差异来看，女性在面临应激情境时更倾向于求助、回避，自我安慰等被动的应付方式；从年龄的差异来看，随着年龄的增长，面临的问题情境将发生变化，解决这些问题的方法也趋于成熟；就人格差异来看，A 型性格的人（表现为喜欢赶时间、具有很强的攻击意识和攻击性）应付方式呆板且多采用否认的应付方式；内向、神经质、急躁、敌意强的人倾向于采用敌对、转移、攻击和强迫等不良的应付方式。

尽管应付有成功克服困难的含义，但根据应付方式的调节效果确有积极与消极之分。有些应付方式有利于缓和压力影响的作用，有些应付方式则有加强压力危害的趋势。研究表明，个体在高压状态下如果缺乏良好的应付方式，心理损害的危险率可高达 43.3%，为普通人群的两倍⁸。张虹等人研究发现，问题解决、求助及合理化等策略比自责、退避、发泄与幻想等策略对人的心理健康有更积极的调节作用⁹。

（二）控制感

控制感（perception of control）是指人相信自己能对客观情境和内心

⁶ Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass

⁷ 姜乾、金黄丽、卢抗生等《心理应激：应对的分类和心身健康》，《中国心理卫生杂志》，1993 年第 4 期，第 145-147 页

⁸ Andrews, G. *Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. Journal of Nervous and Mental Disease*, 1978, 166(4), p307-316

⁹ 张虹等《高中生心理应激及其中介变量的研究.》，《心理科学》，1999 年第 3 期，第 508-512 页

感受加以改变和操纵的知觉，也就是对自己能在多大程度上影响活动结果的知觉。控制感作为保持心态平衡的一种重要心理资源，它的强弱决定着个体能否积极主动地改善自己的处境。

控制感与控制源(locus of control)的概念既有区别又有联系。“控制源”这个概念来自 Rotter 的社会学习理论¹⁰，是指对个人性格或行为与事件结果之间关系的泛化性期待，是个体对外界或自身控制环境的感知。它表现为内控、外控两种类型。Seligman 将内控定义为结局由自身努力决定的信念¹¹，即自己可以控制事件的发展方向和结果；外控则指事情的结果不由个人努力所决定，而受外部因素如机遇、社会背景或他人影响。一般说来，外控者比内控者更难应付外界的压力情境或事件，因而更难应付应激性生活事件，健康水平也更差¹²。控制感与控制源之间的联系在于个体越趋向于内控，对任务的心理控制感就越强，否则相反¹³。由此可见，控制感与控制源的涵义在实质上是统一的。

研究者们针对不同的研究领域对控制感这一心理调节能力进行了广泛的探索，主要集中在工作压力、考试压力及失业压力等方面。在工作压力研究中，控制感在角色认知对压力感的影响中具有明显的调节作用¹⁴。控制感与人的积极性、工作绩效密切相关，当对工作的控制感下降时，工作满意度也随之下降，还会出现紧张、焦虑、易怒等心理症状¹⁵。在考试压力研究中，控制感可以在认知评价和高考压力之间起调节作用，认为升学考试的成败与自身努力密切相关、可以由自己把握的学生，其身

¹⁰ Rotter, J.B.. *Internal Versus External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable*. *American Psychologist*, 1990, 45(4),p489-493

¹¹ Seligman, M.. *Helplessness*. San Francisco: *Freeman*, 1975,p46-53

¹² 赵国秋等《心理控制感对心理健康水平的影响》，《中国心理卫生杂志》，2000年第6期，第370-372页

¹³ 郑全全等《中学生心理应激的初步研究》，《心理科学》，2001年第2期，第212-215页

¹⁴ 马剑虹《角色认知、控制感及工作压力的关系分析》，《人类工效学》，1999, 5(4),p 15-19

¹⁵ 徐长江《工作压力系统研究：机制、应付与管理》，《浙江师范大学学报》（社会科学版），1999年第5期，第69-72页

心理健康状况较好¹⁶。在失业压力情境下，丧失控制感可能导致两种后果：一种是导致心理疾病，另一种是导致应付失败。控制感丧失之所以会造成疾病是因为控制感的下降会导致安全感下降，对自我价值产生怀疑，这样就伴随着强烈的紧张体验和焦虑唤起。研究也表明，一般的控制感是压力对个体影响的“缓冲器”，能减缓失业等压力对沮丧的影响¹⁷。控制感丧失之所以会导致应付失败是因为缺乏控制感的人在面对应激事件时，往往对自己的应对能力有所顾虑，以各种保护性的退缩行为或防卫行为的方式来应对环境，这些行为方式限制并妨碍了个体正常发挥自己的能力。

另外，控制感还与其他多种因素交互影响共同发挥调节作用。从控制感和应付方式之间的关系看，在人应付压力的过程中，两者通过相互作用影响着压力状态的最终结果。最近的研究表明，高控制感的个体在遇到应激环境时总是倾向于通过积极努力去应付所面临的问题，往往与成功应对、较好的调节和康复联系在一起；低控制感的个体在面临问题时，往往迫使自己放弃解决问题的多种办法，并显出被动的特点¹⁸。

综上所述，当下岗人员处于不良人际关系环境时，应付方式、控制感等心理中介因素将帮助他们维护心理健康。实证研究表明，应激的作用过程是以事件或刺激为压力源，既可以对心理健康产生直接影响，又可以以个体的应付方式、控制感、认知评价、人格特征等为中介机制对心理健康产生间接影响。这两种方式如同相互交织的两条线索并行其道，共同发挥作用¹⁹。近年来的压力调节研究多集中在青少年和精神病人、癌症患者身上，还缺乏对处在人生重要转折时期的下岗人员进行的研究，尤其是对处于不支持压力下的下岗人员如何通过心理中介进行调节的研究。另外，支持与被支持是一个连续的互动过程。但目前下岗人员可利

¹⁶ 张向葵等《认知评价、心理控制感、社会支持与高考压力关系的研究》，《心理发展与教育》，2002年第3期，第74-78页

¹⁷ 徐惠兰等《下岗工人心理健康状况研究》，《中国临床心理学杂志》，2001年第4期，第263-265页

¹⁸ Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankovsky, L., & Cruzen, D. *Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. Journal of Personality and Social Psychology*, 1993, 64, p293-304

¹⁹ 俞国良、王燕《日常生活压力与学生的心理健康》，《教育科学研究》，2000年第3期，第33-36页

¹⁹ 张友琴《社会支持与社会支持网》，《厦门大学学报》，2002年第3期，第94-98页

用的社会资源（财力、人力、物力、权力、能力、信息等）具有两大缺陷：一方面社会支持的数量较为匮乏，使其很难获得再就业的机会，提高生活质量，增强抗压力能力；另一方面，社会支持表现为单向给予，即仅仅视下岗人员为社会支持的接受者，这种观念将导致个体自身处于被动受助的地位，无法充分发挥自身的能动性和潜能去合理地获得和利用支持资源²⁰。支持与被支持实质上是一个连续的互动过程，对不支持压力下的下岗人员心理中介的研究可以调动下岗人员的自身资源，提高他们的主体地位，展开互助和自助，通过人际网络去摄取各种社会力量，整合社会支持资源，实现自身增能而解决困难，从而促进下岗人员的主动参与和自身发展。

第二节 关于下岗人员的心理压力、应对和心理健康的调查研究

下面介绍我们对于下岗人员所面对的不支持压力及其应对和心理健康的调查研究。

一、研究方法

（一）被试

采用分层抽样的方法，从长春市下岗人员比较密集的冶金、纺织、机械、化工、社会服务等行业随机抽取 324 人为被试，其中男性 164 人，女性 160 人。被试的平均年龄为 37 岁（ 37 ± 9.5 岁），20-29 岁组为 86 人，30-39 岁组为 100 人，40-49 岁组为 100 人，50-59 岁组为 38 人，符合总体的年龄构成比例。

（二）研究工具

1. 不支持压力量表

该量表是在深入家庭、社区、自由市场、再就业服务公司、劳动力市场及待业服务站等对下岗人员进行逐个访谈，参考了肖水源的《社会

支持行为量表》²¹和 Manne 等人的《配偶不支持行为量表》²²等有关资料，并向专家咨询的基础上编制而成的。

对于自编的下岗人员不支持压力量表，首先以 120 名下岗人员为对象，采用个别施测的方法进行预测，而后依据下面所列的两种方法对预测问卷的题目进行筛选：

（1）项目分析

采用鉴别力分析，高分组和低分组的人数各占总人数的 27%。剔除决断值未达 0.01 显著性水平的题目；剔除与各自分量表总分的相关系数未达到 0.30 的题目。

（2）探索性因素分析

利用主成分分析法（principal components analysis）抽取共同因素，再以最大变异法（varimax）进行正交旋转，依据因素负荷值、表述不清、归类不当等原则剔除题目。

正式量表共 10 道题目，采用 4 点计分，从“1=很不符合”到“4=很符合”。因每个分量表所包含的题目数不同，所以以各个分量表得分的平均分数（即分量表原始分数的总和÷该分量表的题目数）为指标进行数据分析。

利用探索性因素分析，确定结构效度。采用主成分分析法（principal components analysis）抽取共同因素，再以最大变异法（varimax）进行正交旋转。经因素分析抽取出 3 个因素，分别命名为物质、情感及信息方面的不支持压力，3 个因素能解释总方差的 68.90%。

各分量表与其总量表的相关可以作为考察量表内容效度的指标之一，从表 8-1 数据中可以看出，各维度与总量表分有显著相关。

²¹ 肖水源《社会支持评定量表》，《心理卫生评定量表手册增订版》，《中国心理卫生杂志增刊》，1999 年，第 42 页

²² Manne, S.. *Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: The role of spouse avoidance and criticism. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67(1),p539-546

表 8-1 他人不支持压力分量表与其总量表的相关

	总量表	所属题项
物质不支持压力	.69**	.69**-.83**
情感不支持压力	.80**	.71**-.85**
信息不支持压力	.54**	.86**-.88**

注：* $P<.05$ ，** $P<.01$ ，*** $P<.001$ ，下同

采用 Cronbach's α 系数来估计量表的一致性，采用 Spearman-Brown 分半相关系数计算折半系数，如表 8-2 所示。

表 8-2 他人不支持压力量表的信度分析

	物质不支持压力	情感不支持压力	信息不支持压力	总量表
Cronbach's α	.75	.88	.68	.83
折半系数	.67	.82	.68	.71

2. 应付方式量表

该量表是在深入家庭、社区、自由市场、再就业服务公司、人才市场、劳动力市场及待业服务站等场所进行调查，参考解亚宁的《简易应付方式问卷》²³和肖计划的《应付方式问卷》²⁴等有关研究材料，并咨询专家意见的基础上编制的。

预测问卷首先以 120 名下岗人员为对象进行预测，正式问卷的题目筛选方法与上同。

在项目分析的过程中发现“问题解决”分量表的所有题项均没有区分度，予以删除。筛选之后正式量表共包含 17 道题，由 5 个分量表组成，分别为合理化、自责、退避、求助和发泄。采用 4 点计分，从“1=很不符合”到“4=很符合”。因每个分量表所包含的题目数不同，所以以各个分量表得分的平均分数（即分量表原始分数的总和÷该分量表的题目数）为指标进行数据分析。

下岗人员应付方式量表的一个效度指标为根据探索性因素分析确定

²³ 解亚宁《简易应对方式问卷》，《心理卫生评定量表手册增订版》，《中国心理卫生杂志增刊》，1999 年，122-123 页

²⁴ 肖计划《应对方式问卷》，《心理卫生评定量表手册增订版》，《中国心理卫生杂志增刊》，1999 年，第 109-114 页

的结构效度。采用主成分分析法抽取共同因素，再以最大变异法进行正交旋转。经因素分析抽取出 5 个因素，根据各因素构成的分量表及各分量表的内容可以看出每个因素的具体含义，将下岗人员的 5 种应付方式概括为合理化、自责、退避、求助和发泄，5 个因素能解释总方差的 69.54%。

各分量表与其总量表的相关可以作为考察量表内容效度的指标之一，从表 8-3 中数据可以看出，各维度与总量表分有显著相关。

表 8-3 应付方式分量表与其总量表的相关

	总量表	所属题项
合理化	.65**	.79**-.91**
自责	.68**	.82**-.86**
退避	.50**	.67**-.77**
求助	.76**	.67**-.87**
发泄	.72**	.73**-.81**

采用 Cronbach’s α 系数来估计量表的一致性，采用 Spearman-Brown 分半相关系数计算折半系数，如表 8-4 所示。

表 8-4 应付方式分量表的信度分析

	合理化	自责	退避	求助	发泄	总量表
Cronbach’s α	.78	.79	.70	.77	.66	.83
折半系数	.89	.76	.55	.77	.58	.88

3. 控制感量表

该量表是在参考 Averill 的《工作压力控制感量表》²⁵和 Manne 的《控制感量表》²⁶以及征求专家意见的基础上编制而成的。

预测问卷首先以 120 名下岗人员为对象进行预测，正式问卷的题目筛选方法与上同。

²⁵ Averill, R.. *Personal Control over stimuli and Its Relationship to Stress*. *Psychological Bulletin*, 1973, 80 (4),p 286-301

²⁶ Manne, S., Glassman, M.. *Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress*. *Health Psychology*, 1998, 19(2),p 155-164

筛选之后正式量表共包含 12 道题，由 4 个分量表组成，分别为情绪、环境变化、人际关系及生活控制感。采用 4 点计分，从“1=很不符合”到“4=很符合”。

根据探索性因素分析确定下岗人员控制感量表的结构效度。采用主成分分析法抽取共同因素，再以最大变异法进行正交旋转。经因素分析抽取出 4 个因素，分别命名为情绪、环境变化、人际关系及生活方面控制感，4 个因素能解释总方差的 72.40%。

各分量表与其总量表的相关可以作为考察量表内容效度的指标之一，从 8-5 中数据可以看出，各维度与总量表分有显著相关。

表 8-5 控制感分量表与其总量表的相关

	总量表	所属题项
情绪	.59**	.76**-.85**
环境变化	.49**	.80**-.86**
人际关系	.51**	.79**-.90**
生活	.72**	.76**-.79**

采用 Cronbach ’ s α 系数来估计量表的一致性，采用 Spearman-Brown 分半相关系数计算折半系数，如表 8-6 所示。

表 8-6 控制感量表的信度分析

	情绪	环境变化	人际关系	生活	总量表
Cronbach’s α	.45	.43	.59	.63	.55
折半系数	.46	.56	.62	.74	.59

4. 症状自评量表（SCL-90）

此量表由 Derogatis, LR. 编制（1975），王征宇修订²⁷，是近年来国内、外普遍应用的一种衡量应激后果的身心症状自评量表，经证实有较好的信、效度。许多研究表明，生活应激与 SCL-90 总分及各因子分有较

²⁷ 王征宇《心理卫生评定量表手册增订版》，《中国心理卫生杂志增刊》，1999 年，第 31-35 页

高程度的正相关。本研究将下岗人员在症状自评量表上的总量表分作为其心理健康的指标。该量表包括 9 个分量表，分别为躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执和精神病性，此外还有一个附加因子。采用 5 分制计分，从“0 = 从无”到“4 = 严重”，总分越高，症状越严重。

（三）施测过程

使用统一的书面指导语进行个别施测（被试有报酬），历时半年。实际印发问卷 400 份，收回有效问卷 324 份，回收有效率为 81%。

（四）数据处理方法

在 SPSS10.0 软件下，对数据进行方差分析、相关分析、多元回归分析和路径分析。

二、研究结果

（一）不支持压力、应付方式、控制感和心理健康的一般状况

1. 不支持压力的特点

对不支持压力进行考察发现，最大的压力为信息不支持压力（ $2.28 \pm .83$ ），其次为情感不支持压力（ $1.16 \pm .85$ ），最小为物质不支持压力（ $.96 \pm .79$ ）。

不同性别、年龄下岗人员的不支持压力如表 8-7 所示，对三种压力分别进行 2（性别） $\times$ 4（年龄）多因素方差分析表明，交互作用不显著。物质、情感不支持压力上均存在性别差异（ $F=4.15, P<.05; F=15.18, P<.01$ ），男性对这两方面压力感受更多；信息不支持压力上存在年龄差异（ $F=2.78, P<.05$ ），进一步分析发现，30-39 岁组比 40-49、50-59 岁组得到更多的支持（见表 8-7）。

表 8-7 性别、年龄因素对不支持压力的影响（ $M \pm SD$ ）

	性 别		年 龄 组			
	男 (n=164)	女 (n=160)	20-29 岁 (n=86)	30-39 岁 (n=100)	40-49 岁 (n=100)	50-59 岁 (n=38)
物质	1.07 $\pm$.71	.81 $\pm$.75	1.00 $\pm$.67	.97 $\pm$.75	.84 $\pm$.75	.98 $\pm$.90
情感	1.40 $\pm$.75	.88 $\pm$.78	1.25 $\pm$.76	1.18 $\pm$.83	1.00 $\pm$.78	1.13 $\pm$.92
信息	2.21 $\pm$.84	2.33 $\pm$.82	2.27 $\pm$.72	2.05 $\pm$.96	2.43 $\pm$.68	2.56 $\pm$.87

2. 下岗人员应付方式的特点

调查发现,下岗人员最常采用的应付方式是退避 ($1.83 \pm .66$), 其次是合理化 (1.53 ± 1.09)、求助 ($1.26 \pm .63$)、自责 ($1.11 \pm .84$), 最少采用发泄 ($1.00 \pm .72$)。

不同性别、年龄下岗人员的应付方式如表 11 所示,对五种应付方式分别进行 2 (性别) $\times$ 4 (年龄) 多因素方差分析表明,交互作用不显著,性别、年龄主效应上均有差异。女性明显更多地采用合理化 ($F=3.10$, $P<.01$)、自责 ($F=1.79$, $P<.05$)、退避 ($F=2.72$, $P<.01$)、求助 ($F=2.69$, $P<.01$)、发泄 ($F=2.36$, $P<.01$) 五种应付方式。不同年龄组的差异表明,合理化 ($F=5.57$, $P<.001$)、退避 ($F=5.84$, $P<.001$) 均存在差异。随后的多重比较发现:20-29 岁组比 40-49 岁组、50-59 岁组较少地采用合理化、退避 (见表 8-8)。

表 8-8 性别、年龄因素对应付方式的影响 ($M \pm SD$)

	性 别		年 龄 组			
	男 ($n=164$)	女 ($n=160$)	20-29 岁 ($n=86$)	30-39 岁 ($n=100$)	40-49 岁 ($n=100$)	50-59 岁 ($n=38$)
合理化	$1.35 \pm .88$	1.65 ± 1.20	$1.16 \pm .89$	$1.54 \pm .86$	1.72 ± 1.38	$1.88 \pm .96$
自责	$.92 \pm .75$	$1.23 \pm .87$	$1.01 \pm .78$	$1.12 \pm .85$	$1.22 \pm .87$	$1.01 \pm .86$
退避	$1.75 \pm .61$	$1.88 \pm .68$	$1.63 \pm .64$	$1.78 \pm .69$	$1.98 \pm .60$	$2.04 \pm .62$
求助	$1.21 \pm .66$	$1.28 \pm .61$	$1.17 \pm .60$	$1.33 \pm .63$	$1.29 \pm .61$	$1.14 \pm .72$
发泄	$.97 \pm .76$	$1.02 \pm .70$	$.93 \pm .71$	$1.07 \pm .76$	$1.02 \pm .69$	$.82 \pm .76$

3. 下岗人员控制感的特点

调查表明,下岗人员的控制感水平普遍较高,其顺序由低至高依次为生活 ($1.56 \pm .76$)、情绪 ($1.73 \pm .60$)、人际关系 ($2.22 \pm .72$) 及环境变化 ($2.33 \pm .88$) 控制感。

不同性别、年龄下岗人员的不支持压力如表 12 所示,对四个方面控制感进行 2 (性别) $\times$ 4 (年龄) 的多因素方差分析发现,交互作用不显著,四个方面的控制感均不存在年龄差异,只有环境变化控制感存在着年龄主效应 ($F=5.99$, $P<.05$),即 30-39 岁组比 40-49 岁组的下岗人员更能控制环境变化 ((见表 8-9)。

表 8-9 性别、年龄因素对控制感的影响 ($M \pm SD$)

	性 别		年 龄 组			
	男	女	20-29 岁	30-39 岁	40-49 岁	50-59 岁
	($n=164$)	($n=160$)	($n=86$)	($n=100$)	($n=100$)	($n=38$)
情绪	1.70 $\pm$.56	1.75 $\pm$.63	1.55 $\pm$.56	1.78 $\pm$.63	1.75 $\pm$.58	1.84 $\pm$.62
环境 变化	2.39 $\pm$ 1.04	2.27 $\pm$.70	2.35 $\pm$ 1.36	2.20 $\pm$.78	2.45 $\pm$.58	2.25 $\pm$.80
人际环境	2.15 $\pm$.72	2.28 $\pm$.73	2.01 $\pm$.66	2.21 $\pm$.81	2.37 $\pm$.63	2.21 $\pm$.79
生活	1.53 $\pm$.70	1.58 $\pm$.81	1.55 $\pm$.75	1.41 $\pm$.80	1.76 $\pm$.72	1.37 $\pm$.69

4. 下岗人员的心理健康状况

以下岗人员 SCL-90 各因子分数是否达到或超过轻度水平 (≥ 2) 为界划分有无健康问题, 发现轻度不良健康问题发生率为 9.56%-19.75%, 依次为精神病性(9.56%)、恐怖(9.81%)、抑郁(14.81%)、强迫(19.75%)。但下岗人员出现严重健康问题 ($SCL-90 \geq 3$) 的人数不多, 依次为偏执(2.16%)、焦虑(2.47%)。

性别、年龄对健康状况的影响如表 13, 对健康状况进行性别(2) $\times$ 年龄(4) 多因素方差分析。结果表明, 不存在交互作用, 在主效应上, 性别、年龄在五种应付方式上均有差异。性别主效应表明, 女性在躯体化($F=2.75$, $P<.01$)、强迫($F=2.69$, $P<.01$)及抑郁($F=2.04$, $P<.01$)因子上均高于男性, 说明女性在躯体化、强迫、抑郁 3 个因子上表现突出。不同年龄组差异发现, 躯体化、偏执及精神病性因子上存在差异($F=3.08$, $P<.05$; $F=2.80$, $P<.05$; $F=2.92$, $P<.05$)。多重比较表明在躯体化因子上, 20 岁组优于 40 岁组, 这与年轻被试身强力壮有关; 在偏执因子上, 20 岁组高于其它各组, 说明年轻被试更偏执; 在精神病性因子上, 20 岁组、40 岁组高于 50 岁组, 说明年老被试精神病性症状更少(见表 8-10)。

表 8-10 性别、年龄因素对心理健康状况的影响 (M±SD)

	性别		年 龄 组			
	男	女	20-29 岁	30-39 岁	40-49 岁	50-59 岁
	(n=164)	(n=160)	(n=86)	(n=100)	(n=100)	(n=38)
躯体化	.88±.78	1.31±.80	.82±.70	.97±.80	1.18±.87	1.05±.78
强迫	1.27±.63	1.47±.67	1.35±.63	1.33±.70	1.46±.65	1.27±.60
人际敏感	1.06±.70	1.04±.73	1.12±.66	1.01±.70	1.04±.72	.98±.83
抑郁	1.06±.75	1.25±.77	1.01±.68	1.11±.81	1.29±.77	1.22±.76
焦虑	.99±.83	1.05±.73	1.01±.67	.96±.76	1.11±.90	.91±.71
敌对	1.10±.78	1.02±.71	1.10±.83	.98±.68	1.08±.78	1.10±.60
恐怖	.71±.79	.74±.69	.77±.74	.74±.78	.72±.70	.50±.70
偏执	1.15±.77	1.09±.74	1.31±.84	1.08±.70	1.06±.72	.92±.78
精神病性	.92±.76	.84±.60	.97±.68	.84±.71	.93±.66	.56±.62

(二) 不支持压力、应付方式、控制感与心理健康的相关

不支持压力与应付方式、控制感的相关表明（见表 8-11），物质、情感和信息的不支持压力与退避、合理化、自责、求助、发泄五种应付方式呈正相关，而情感不支持与环境变化、人际关系和生活控制感呈负相关，信息不支持与情绪、生活控制感呈正相关。不支持压力与心理健康的关系说明，物质、情感不支持与心理健康呈正相关。应付方式、控制感与心理健康之间的关系证明，除退避外，四种应付方式与心理健康呈正相关，环境变化控制感与心理健康亦呈正相关，人际关系控制感与心理健康则呈负相关（见表 8-11）。

表 8-11 不支持压力、下岗人员的应付方式、控制感与心理健康之间的相关

	不支持压力				应付方式					控制感		心理 健康
	物 质	情 感	信 息	合 理 化	自 责	退 避	求 助	发 泄	情 绪	环 境 变 化	人 际 关 系	
合理化	.14*	.00	.30**	—								
自责	.36**	.24**	.08	.40**	—							

退避	.03	-.02	.14**	.32**	.10	—								
求助	.01	.18**	.11	.31**	.46**	.10	—							
发泄	.10	.28**	.03	.23**	.41**	.03	.47**	—						
情绪	.03	.02	.16**	.18**	.08	.22**	.05	.11	—					
环境变化	-.06	-.17**	-.07	-.16**	-.18**	.18**	-.13*	-.19**	.01	—				
人际关系	-.01	-.12*	.03	.00	-.11	.22**	-.14*	-.16**	.41**	.27**	—			
生活	-.02	-.16**	.17**	.05	-.11	.35**	-.10	-.19**	.29**	.40**	.40**	—		
心理健康	.16**	.47**	.09	.29**	.53**	.07	.33**	.39**	.02	.13**	-.16*	-.05	—	

（三）应付方式、控制感对不支持压力与心理健康之间关系的回归分析

1. 不支持压力对下岗人员应付方式、控制感的影响

运用多元回归（Enter）的方法，首先分别以应付方式、控制感为因变量，分别考察不支持压力对两者的预测作用（见表 8-12、8-13）；

表 8-12 不支持压力对下岗人员应付方式的回归分析

	物质不支持压力	情感不支持压力	信息不支持压力
合理化	.08	.15*	.28***
自责	.22***	.25***	.05
退避	-.01	-.03	.14*
求助	.10	.10	.10
发泄	.20***	.18***	.01

注：表中只列出标准偏回归系数和显著性水平

表 8-13 不支持压力对下岗人员控制感的回归分析

	物质不支持压力	情感不支持压力	信息不支持压力
情绪	.07	-.11	.17**
环境变化	-.08	-.12	-.08
人际关系	-.03	-.17*	-.01
生活	-.07	-.15*	.18***

注：表中只列出标准偏回归系数和显著性水平

2. 不支持压力、应付方式、控制感对心理健康的影响

以心理健康为因变量考察不支持压力对其预测作用，再考察不支持压力、应付方式和控制感三者对心理健康的预测作用（见表 8-14）。

表 8-14 不支持压力、下岗人员的应付方式和控制感对心理健康的回归分析

	不支持压力			应付方式						控制感		
	物质	情感	信息	合理化	自责	退避	求助	发泄	情绪	环境 变化	人际 关系	生活
心理健康 ¹	.13	.46***	.02									
心理健康 ²				.08	.41***	-.04	.06	.20**	.05	.08	-.13*	.07
心理健康 ³	.05	.26***	-.08	.07	.31**	-.03	.08	.14**	.03	.09	-.10*	.12

注：表中只列出标准偏回归系数和显著性水平

心理健康¹为以不支持压力为预测变量所得到的结果

心理健康²为在控制了不支持压力的情况下，以应付方式和控制感为预测变量所得到的结果

心理健康³为以不支持压力、应付方式及控制感为预测变量所得到的结果

从不支持压力与应付方式的关系看，情感、信息不支持压力能预测合理化（见表 8-12），物质、情感不支持压力能预测自责和发泄，信息不支持压力能预测退避。从不支持压力与控制感的关系看，信息不支持压力能预测情绪控制感；情感不支持压力能预测人际关系控制感（标准偏回归系数为负值）；而情感不支持压力（标准偏回归系数为负值）、信息不支持压力能预测生活控制感（见表 8-13）。表 8-14 显示，情感不支持压力对心理健康有直接预测作用。此外，自责、发泄这两种应付方式、人际关系控制感（标准偏回归系数为负值）对心理健康亦有直接预测作用。当应付方式、控制感加入以心理健康为因变量的回归方程后，情感不支持压力的标准偏回归系数由 0.46 下降到 0.26，说明应付方式和控制感在不支持压力与心理健康之间发挥了中介作用。

（四）应付方式、控制感对不支持压力与心理健康之间关系的路径模型

根据多元回归分析所得到的标准偏回归系数（即路径系数），建立路径模型图（图 8-1）。

路径模型显示，情感不支持（ $\beta=0.46$ ）可以直接影响心理健康，同时情感不支持（ $\beta=0.26$ ）通过影响自责（ $\beta=0.31$ ）、发泄（ $\beta=0.14$ ）的应

付方式和人际关系控制感 ($\beta=-0.10$) 而间接影响心理健康。以不支持压力、应付方式和控制感预测心理健康, 其决定系数 $R^2=0.41$, 即不支持压力、应付方式和控制感可以解释心理健康的 41% 的变异。

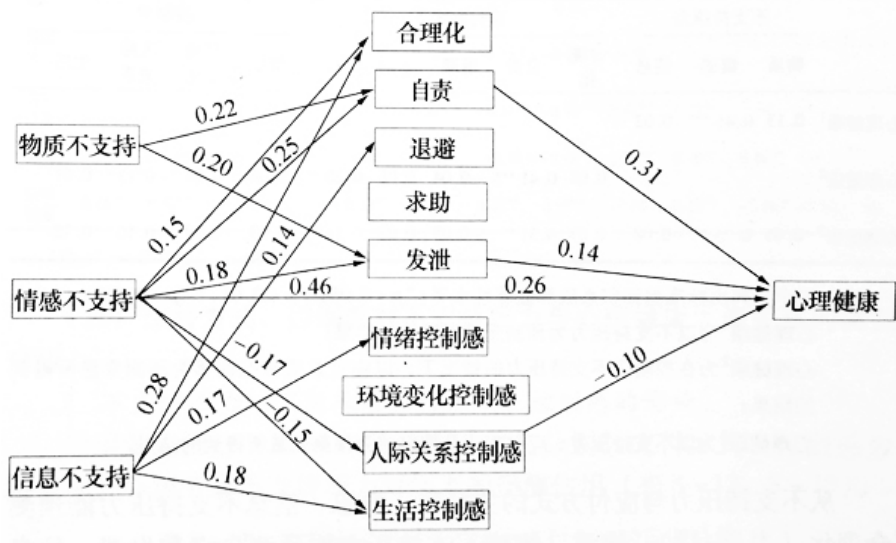


图 8-1 下岗人员的应付方式、控制感对不支持压力与心理健康关系的中介作用路径模型图

三、对于研究结果的分析与讨论

(一) 下岗人员所承受的不支持压力

下岗人员作为弱势群体, 承受着巨大的压力, 心理上具有高度的敏感性, 成为社会结构的“薄弱带”, 一旦社会矛盾激化, 经济压力和心理负荷达到相当程度并影响到他们生存时, 社会风险将首先从这一群体身上爆发, 而良好的人际关系网络将有利于他们的生存和发展。

从人际关系的角度来看, 当前我国正处于急剧的社会转型时期, 自我独立意识增强, 社会角色呈现分化性, 使人际关系表现出一定的距离和冷漠, 日益激烈的职业和学业竞争导致了人际关系的淡薄和疏远, 削弱了来自同事和同学的社会支持; 社会支持系统出现了严重的结构紊乱和功能下降, 原有社会支持在迅速衰退, 而新的体系尚在建立中, 容易出现由生活危机诱发的心理危机。

本研究发现，下岗人员感受到较多的不支持压力，他们非常渴望能得到与再就业、生存有关的信息指导，也需要周围的人能给予情感慰藉。相对而言，物质上的帮助和支持对于下岗人员作用并不是很大。

帮助这一群体减轻压力，是政府和社会共同的责任。对下岗人员的帮助包括物质上的救济、生活上的服务、精神上的慰藉、道义上的声援等。我们有必要倡导全社会人士来帮助下岗职工，使他们感受到社会大家庭的温暖，为其缓解心理压力提供更大的空间。就非政府的社会支持而言，各单位要提供必要的物质或精神上的帮助，为下岗职工营造健康和谐的心理环境；各级工会、共青团、妇联要利用自己的独特优势，积极开展送温暖工程；社区服务组织可以根据不同层次的下岗职工的需求，提供诸如义务抚养、受托照顾、心理安慰等内容广泛、形式多样的服务。就个人支持而言，家庭成员要及时给下岗职工以安慰和关怀，发挥其他社会支持所无法替代的作用，帮助亲人度过难关；要发展以地缘和业缘关系为基础的个人支持，邻里及同乡之间互相帮助，同事之间进行互惠互利的帮助²⁸。

（二）下岗人员应付方式的特点

需要指出的是，在下岗人员应付方式访谈结果中居首位的问题解决在预测量表的因素分析中因缺乏区分度予以删除，即所有被试采用问题解决的程度相当。并且在正式量表中各种应付方式的采用仅为中度水平，这意味着问题解决是下岗人员最常应用的应付方式，说明在下岗人员的应付方式认知过程中有较多的理性加工成分。

正式量表中，下岗人员应付方式采用程度的排列次序引人深思，这既与我国社会文化背景有关，又与应付的效果有关。退避排在首位，可能是因为这种应付方式有助于下岗人员暂时逃避残酷现实的折磨，可以缓解压力、提高自信。合理化排在第二位可能与我国传统文化中的“中庸”哲学思想对人的长期影响有关，下岗人员通过寻找借口、推卸责任、自我辩护等来应付多重压力，达到心理平衡，反映出人在认知上的自我防御机制所发挥的积极疏导作用。与之相比，其它两种应付方式的使用明显减少，求助本身与下岗人员的依赖性过强有关，而且导致他人断定求助者能力有限，有损下岗人员的自尊心，并且在不完善的社会支持系

²⁸ 曾长秋、毛冬宝《国企下岗职工的失衡心理及其调适》，《怀化师专学报》，2000年第3期，第25-29页

统中求助对象的匮乏和不可靠是影响求助策略效果的一个原因；自责使用较少是因为下岗及其继发压力更大程度上被知觉为由国家经济体制改革的客观环境造成的，与个人能力、素质关系不大。而发泄采用最少也可能是与其对于改善处境收效甚微有关。

调查发现，女性比男性更能积极地调动应付资源，而且年老下岗人员更偏爱合理化、退避的方式来应付挫折、烦恼。国外也有研究表明，老年人的应付更有局限性，其特点是被动、不灵活²⁹。另外 20 岁组与 40 岁组、50 岁组应付方式差异非常显著，这表明 30 岁可能是下岗人员应付方式发生转折和调整的时期，也是他们心理调节发展的重要时期。因为该阶段的下岗人员感受到强大的压力，体验到更多的心理冲突与矛盾，所以应付挫折的方式有所变化。

综上所述，下岗人员的应付方式是由多种因素决定的，既有共同性又有特殊性。这提示再就业管理部门在进行心理健康指导时，一方面要把握下岗人员应付方式的整体特征，鼓励广大下岗人员改变陈旧观念，积极挖掘自身资源，正确对待各种困境，以增强下岗人员应付挫折的心理素质；另一方面要加强个别疏导，深入分析个别下岗人员的具体情况，针对特殊情况采取灵活对策，以更有效地引导下岗人员调节不良心理。

（三）下岗人员控制感的特点

个体的控制活动总是针对一定的对象或事件的，它具有情境性的特定含义³⁰。Averill 将工作压力中的控制感划分为行为控制感、认知控制感和决策控制感三种，并发现个体所体验到的来自环境的压力是由其所体验到的控制感所调节的³¹。Sharon 从情感控制感、身体症状控制感、人际关系控制感和医疗控制感四种维度来研究癌症病人的控制感，发现其

²⁹ Douglas, A., Clarke-Stewart, A., Wickens, C. D., Roy, E. J., & Roy, E. *Psychology*, Houghton Mifflin, 1997, p431-443

³⁰ 潘军《对于个体控制感问题的实验研究》，《心理学动态》，1995 年第 3 期，第 45-48 页

³¹ Averill, R.. *Personal Control over stimuli and Its Relationship to Stress. Psychological Bulletin*, 1973, 80 (4), p286-301

情感和医疗控制感较低³²。本文在参考以上研究的基础上,结合下岗人员的访谈结果,将控制感确定为生活控制感、情绪控制感、人际关系控制感及环境变化控制感四个方面。

从下岗人员各方面控制感的排列顺序可见,下岗人员对环境变化、人际关系方面的控制感很强,说明下岗人员能正视失去“铁饭碗”、下岗待业的现实,对下岗后的经济水平下降、社会地位降低、人际关系转变、生活场所变更等都有掌握感。但下岗人员在情绪、生活方面控制感相对较低,说明下岗人员控制情绪的能力被破坏了,处于情绪低落期,情感波动较大。而且下岗人员对改善现有困境信心不足、对未来生活的态度不太乐观。需要注意的是,过高的控制感可能脱离个人的实际能力和客观条件,造成预期效果与现实结果的差距,必然会瓦解下岗人员的自信心并产生强大的失落感。而过低控制感会使下岗人员对克服困难缺乏信心,觉得自己无力改变现状,产生行为结果不可控的结果期望,投入较少的时间和精力,导致努力失败,更加剧了他们对自己能力不足的负面判断,如此多次累积会导致下岗人员产生习得性无力感。所以提醒下岗人员在应付压力、克服逆境的过程中维持适当水平的控制感是必要的。

本研究表明,30-39岁组的下岗人员与40-49岁组的下岗人员在环境变化方面控制感更高,这进一步验证了前面的应付方式的年龄差异,即因为30岁是下岗人员应付方式发生转折和调整的时期,也是他们心理调节发展的重要时期,他们更愿意尝试采用多种应付方式来排解负性情绪、疏导心理痛苦、减少焦虑紧张,所以在压力状态下他们对环境变化的控制感更容易恢复。

(四) 下岗人员的健康状况

对下岗人员的健康状况进行分析发现,少数下岗人员在精神病性、恐怖、抑郁、强迫方面出现轻度问题,在偏执、焦虑方面出现严重问题,但仍需注意下岗人员的健康状况,及时帮助他们调整不良情绪、克服各种困扰。以往的有关研究也得出类似的结论³³。SCL-90因子的性别特点表明,女性在躯体化、强迫及抑郁因子上表现更突出,说明女性有较多

³² Manne, S., Glassman, M.. *Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. Health Psychology*, 1998, 19(2),p 155-164

³³ 李业平等《下岗职工心理健康状况调查》,《健康心理学杂志》,2000年第1期,第80-81页

的身体不适和负性情绪，这可能与很多女性缺乏知识技能、遭受下岗打击更大、就业更艰难有关。另外，在年龄特点上，年轻下岗人员比年老下岗人员表现出更多的偏执症状、精神病性症状，这可能是由于年轻被试刚刚掌握本领，但刚走上工作岗位就失去“铁饭碗”，内心不平衡造成。这说明女性、年轻的下岗人员属于压力易感人群，在再就业指导工作中应该把这些群体作为工作的重点，开展心理咨询，加强对他们的关怀力度。

（五）不支持压力对下岗人员心理健康的影响

下岗人员始终处于与家人、亲友、邻居及社会的人际交往网络中，这种人际交往的性质有良性和恶性之分，恶性的人际关系（即不支持压力）可能对下岗人员的心理健康产生不良影响。

不支持压力与心理健康之间的关系指出，物质、情感不支持压力与心理健康有显著的正相关，而情感不支持压力对心理健康有正向的预测作用，这说明不支持压力损害了下岗人员的心理健康。该结果与不支持压力降低了压力状态下个体的健康状况的结论相一致³⁴。由此可见，人际交往的性质在一定程度上影响着下岗人员的心理健康状况。假若人际关系是良性的，就能为下岗人员创造一个友善放松的环境，将有利于下岗人员排解压力，提高心理素质。首先，支持行为可以把对下岗情境的消极评价转化为积极评价，如舆论认为下岗为人的潜能开发提供了机会，从而可帮助下岗人员调整失落、悲观的情绪；其次，支持行为可帮助下岗人员克服困难和提供反馈，如向下岗人员提供信息，拓宽再就业渠道，对下岗人员的表现做出评价和指导；最后，安慰和关怀是下岗人员情感支持的重要源泉，这可使下岗人员觉得自己未被社会遗弃，仍有自我价值，从而提高自尊感，满足爱和归属的需要。这与社会支持有助于调整应付策略、家庭支持是应付能力来源的观点相吻合³⁵。然而在现实生活中，有些人往往自觉或不自觉地用不支持行为或态度来对待下岗人员，使他

³⁴ Manne, S.L., Taylor, K.L., Dougherty, J., et al. *Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. Journal of Behavioral Medicine*, 1997, 20(4),p101-125

³⁵ Holahan, C., Moos, R. *Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, 58(1),p 909-917

们在精神上承受很大压力。这不仅要求人们应为下岗人员开设沟通交流的渠道，而且也要求下岗人员自己主动去建立良好的人际关系网络，缓解心理压力。

（六）下岗人员的应付方式、控制感对不支持压力与心理健康的中介作用

压力过程中，下岗人员的心理调节策略是否能够在压力源和心理健康之间起中介作用，决定着下岗人员可否积极利用自身资源应付压力从而减弱其对心理健康的伤害。相关分析、多元回归分析和路径分析结果证实，应付方式、控制感在不支持压力与心理健康关系中起中介作用。

物质、情感、信息不支持与合理化、自责、退避、求助和发泄五种应付方式有正相关，对除求助外的四种应付方式有正向的预测作用，同时除退避外的四种应付方式与心理健康有正相关，自责和发泄对心理健康有正向的预测作用。这说明应付方式具有中介作用，即当他人表现出不支持压力、下岗人员没有机会向别人表达感受时，他们倾向采取合理化、自责、退避和发泄的应付方式，而自责和发泄导致心理健康水平下降。社会认知加工理论认为，压力对个体的关于生活的假定（认为个体不死不病、世界是公平的等）提出了挑战³⁶，只有积极地把生活体验整合到原有假定中才能成功地对事件进行认知加工。而与他人分享自己的想法和忧虑是个体对自身体验进行认知加工的一种方式。如果处在恶性的人际关系氛围中，无法向他人分享想法和感受，个体就倾向于采取自责和发泄等应付方式。交流感情、分担忧虑的机会越少，个体不愿考虑自己的烦躁焦虑、不愿直接解决问题的可能性就越大，健康水平就越差。这与不当的应付方式不仅无助于减缓压力甚至会加重压力的结果相一致³⁷。

情感不支持与环境变化、人际关系、生活控制感有负相关，并对后两者有负向的预测作用，而信息不支持与情绪、生活控制感有正相关，并有正向预测作用，同时尽管环境变化、人际关系控制感分别与心理健康有正、负相关，但只有人际关系控制感对心理健康有负向的预测作用。

³⁶ Horowitz, M.J.. *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Aronson, 1986,p258-264

³⁷ Murgatroyd, S. & Woolfe, R. *Coping with crisis, understanding and helping people in need*. Cambridge: Harper & Row, 1982

这说明控制感在不支持压力与心理健康之间起了中介作用。不被接纳、不受欢迎会直接损害下岗人员的人际关系控制感,并对健康造成了伤害。一方面,不支持压力会使个体产生被抛弃、被拒绝、被排斥的感觉,他人的负向反馈直接削弱了个体对生活的控制程度³⁸;另一方面,个体的控制感决定着他们能否成功地改变自己的处境,弱的控制感易使他们产生消极的自我意象,降低对自身价值的评价,怀疑自己是否有能力走出困境,从而陷入焦虑、恐慌的负性情绪中。

路径模型图表明,情感不支持既对心理健康产生直接危害,又通过强化自责和发泄两种应付方式以及降低人际关系控制感的方式对心理健康产生间接威胁。不支持压力、应付方式及控制感能解释心理健康状况的 41%,说明还有其它心理中介因素在起作用,未来的研究应深入考察压力过程的总体状况。

已有研究表明,心理疾病主要是由于个体在压力情境下应付失败而导致的³⁹,所以采取有效的应付方式是预防心理疾病的关键。鉴于不良应付方式、控制感的效果,下岗人员的心理保健重点应放在诱导和帮助下岗人员根据自身特点矫正不良应付方式,掌握有效的多种应付方式,维持适度的控制感,可以采用心理咨询、板报宣传、相互交流等多种形式开展压力调节培训,以使下岗人员全面提高心理素质,有效地预防心理疾病,保持良好的健康状态,顺利度过人生转折时期的心理危机。

下岗问题在中国是一种行业性的、结构性的普遍问题,并在相当长的时期内具有持续性。下岗人员的健康和发展(主要体现为再就业)在一定意义上对社会稳定和经济繁荣具有决定性的作用。本研究采用问卷法对长春市的下岗人员的压力过程进行调查,试图在考察下岗人员的不支持压力、应付方式、控制感及心理健康状况的基础上,了解他们对应付方式、控制感两种心理调节策略的运用情况,探讨应付方式、控制感对压力调节的中介作用。因此本研究具有重要的理论意义和实践意义。

在理论方面,任何一个理论的完善和发展都需要多方面、多角度的实证数据的支持。本研究在借鉴国内外应激研究成果的基础上,考察处于不支持压力下的下岗人员如何运用应付方式和控制感来调节自身的心

³⁸ Pearlin, L., Turner, H.. *The family as a context of the stress process*. In S.V. Kasl and C.L. Cooper (Eds.), *Stress and health: Issues in research methodology*. New York: Wiley, 1987, p143-165

³⁹ 赵耕源、黄铎香《医学心理学概论》,广东高等教育出版社 1999 年版

理健康，以期丰富我国下岗人员的压力研究，验证压力过程理论，并有助于应激理论的建构和完善。

在实践方面，通过探讨下岗人员压力的过程特点和影响因素，为下岗人员迅速适应社会角色转变的要求，改善与协调不支持行为，增进心理健康提供理论依据和实际指导。更重要的是，为劳动保障部门制定有关法规政策、为下岗再就业部门有针对性地开展下岗人员压力调节训练与干预提供准确的参考。

（东北师范大学 张向葵 于肖楠 郭娟）

第九章 中小学教师的心理 应激与心理健康

内容提要

近些年来，随着我国社会和教育的迅速发展，青少年心理健康问题已经越来越引起社会各界的广泛关注。目前，许多学校建立了专门的针对学生的心理健康教育机构，青少年心理健康教育工作正在我国蓬勃发展。学校心理健康教育工作需要全体教师的参与，因此提高学生的心理健康水平同提高中小学教师心理健康水平这两项工作必须一起抓，才能收到好的效果。本章聚焦于中小学教师的心理问题。第一节探讨了小学生所面临的生活压力及其同学业成就和适应行为间的关系，第二节介绍了一个对中小学教师的调查研究，分析了他们的主要心理困扰和应对方式。

第一节 小学生生活压力、学业成就与 其适应行为的关系

应激或压力事件是儿童生活的一部分。对于儿童来说，学习、考试、生病、与父母分离等都是常见的压力源；父母离异或死亡、住院、贫穷等也都深深地影响着儿童的生活。有时候成人本身便是儿童压力的来源，如身体或心理上的虐待；特别在学校，应试教育使得升学竞争异常激烈，而低素质教师的不当管教常造成孩子身体或心灵的伤害。这些事件对儿

童的影响可能是短期，也可能是长期的^[1]。面对许多可能的压力问题，儿童的心理状态及行为表现会有所不同。根据塞里提出的“压力反应的一般模式”，压力是造成不适应反应的主要成因^[2]。一般而言，儿童若有易怒、焦虑、发抖、口吃、尿床、做噩梦等，都表示有压力存在；感受到压力的儿童在情绪上会表现出混乱、紧张、难过、生气、感到挫折等，在行为方面则有和他人打架、和教师顶嘴、挑剔别人等，在生理上则是头疼、胃痛、肠胃不适等。在这些情况下，会造成人际距离加大，而且降低学业成就^[3]。小学儿童处于成就与自卑(accomplishment versus inferiority)的阶段，此阶段求知欲特别强烈，因此学习上的困难是此阶段的主要压力来源^[4]。但是，小学生的生活压力、适应行为与其学业成就的关系如何，这是本研究要探讨的，也是家长、教师和关心儿童的人士所希望了解的。

下面报告我们开展的一项调查研究的结果。这个研究以小学生为研究对象，着重探讨了生活应激或压力与学业成就以及适应行为之间的关系。

一、研究方法

（一）研究对象

了解小学生的压力与适应状况，需要他们具有一定的阅读理解及表达力，故从北京市 2 所小学里选定四、五、六三个年级，每个年级随机抽取 3 个班，共 9 个班级，共计 428 人进行研究。

（二）研究工具

本研究采用的研究工具包括小学生生活压力量表和小学生压力反应量表。

1、小学生生活压力量表

小学生生活压力量表为自编问卷。在量表的编制过程中，主要参考

[1] Pynoos R S, Frederick C , etal. *Life threat and post traumatic stress in school-age children. Archives of General Psychiatry*, 1987,44(12),p1057—1063

[2] Seyle H. *Stress with out distress*. Vie Medical AU Canada Franc ais, 1975,4(8),p964—968

[3] D’auroria D L, Fimian M J. *Dimensions of life and school stress experienced by young people. Psychology in The School*, 1988,25,p44—53

[4] Chandler L A. *The Stress Response Scale: An Instrument for Use in Assessing Emotional Adjustment Reactions. School Psychology Review*, 1985,12(3),p260—265

了 J.H.Johnson 与 S.M McCutcheon(1986)所编制的量表^[5]，并根据文献资料及各个相关主题，以及小学生在学校、家庭、社会及发展四方面的生活状况，同时向专家进行咨询，结合研究三年的小学生心理咨询实践，整理归类出常见的压力事件，编成预试量表 95 题，并选取四、五年级学生共 90 人，进行预试;通过预试之后，根据预试中自由填写的题目及对四、五年级各 5 位同学的访谈，进行题目筛选工作。经由以上程序，删除了 12 题，增补 7 题，正式量表共计 90 题。在计分方式方面，采取 4 点量表记分，根据被试所勾选的“发生过”且“感觉坏”的事件予以累积积分，作为被试所有已发生过的负向事件数之和，简称负性事件。另外，就被试所发生的负向事件和所勾选的各事件的影响程度，予以累积积分加总，为负性生活压力感受值，简称负性压力值。在本项调查中，有效的小学生问卷为 398 份，量表的内部一致性以被试的“负性事件”、“负性压力值”进行考验，其 α 系数为 0.86，说明其信度可以接受。

2、小学生压力反应量表

本量表是李源煌(1989)根据 Chandler(1985)的“儿童压力反应量表”(The Stress Response of Children)修订而成的中文量表，分为冲动、依赖、压抑及消极抵抗四个维度，共 56 个题目，该量表采用六点记分，从“完全没有”到“总是如此”。量表由了解被试的关系人填写，如家长、教师等，本研究中除请教师填写外，同时也请家长对儿童进行评价，但以教师评价为主，因为教师填写的量表更为客观。测查中，有效的教师问卷为 394 份，量表的信度系数为 0.954。在学业成就评量方面，取得被试最近一次的语文、数学期末成绩，以各学校、各年级为单位，将每个被试的语文、数学成绩分别转换为标准分数(Z 分数)，再予以加总处理。最后，对小学生的家庭背景进行调查，以作为家庭变量的参考，内容包括父母的教育程度、父母对孩子的期望教育水平、家庭月收入等。

二、研究结果

(一)小学生生活压力

1、小学生生活压力的来源

小学生生活力量表的调查结果显示，在日常生活中，小学生发生

^[5] Johnson J H. *Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence*. Beverly Hills, California: Stage Publications Inc,1986

比率最高的前十项生活压力事件依次为：考试(96.3%)、爸妈表扬我(92.1%)、上课要背书、听写(91%)、爸妈拿别的孩子与自己比较(82.7%)、只有自己一个人在家(82.3%)、考试考坏了(80.6%)、爸妈对我期望很高(74.4%)、忘记带作业、课本或文具(69.3%)、与同学发生摩擦(64.8%)、爸妈和我意见冲突(64.1%)、爸妈说我成绩不好(64.1%)。而在小学生的日常生活中，负性压力事件发生比率最高的前十项分别为：考试考坏了(79.4%)、忘记带作业、课本或文具(67.9%)、爸妈拿别的孩子与自己比较(65.6%)、与同学发生摩擦(61.4%)、爸妈说我成绩不好(60.2%)、看到或听到残暴事件的报道(56.6%)、爸妈和我意见冲突(51.8%)、学习成绩不好(51.7%)、爸妈不给我买想要的东西(51.3%)、上下学交通混乱(50.7%)。

2、小学生生活压力的性别、年龄差异

从表 9-1 可以看出，无论是负性事件数还是负性生活压力感受值均无性别差异，也就是说负性压力事件的数量和强度都与性别变量无关。

表 9-1 小学生生活压力的性别差异

生活压力	男（196）		女（202）		t
	M	SD	M	SD	
负性事件数	25.90	12.18	24.01	11.67	1.305
负性压力值	49.89	15.56	44.56	13.95	1.254

表 9-2 小学生生活压力中负性事件数的年级差异

四年级（n=125）		五年级（n=145）		六年级（n=128）	
M	SD	M	SD	M	SD
21.02	12.12	24.69	11.56	27.81	12.36
M ₅ -M ₄ =3.67		t ₍₄₋₅₎ =8.71***			
t M ₆ -M ₅ =3.12		t ₍₅₋₆₎ =7.38***			
M ₆ -M ₄ =6.79		t ₍₄₋₆₎ =15.43***			

注：*** p<0.001（以下同）

表 9-3 小学生生活压力中负性压力值的年级差异

四年级 (n=125)		五年级 (n=145)		六年级 (n=128)	
M	SD	M	SD	M	SD
40.61	25.69	47.46	28.59	52.25	24.54
$T_{(4-5)}=10.79^{***}$		$t_{(5-6)}=7.08^{***}$		$t_{(4-6)}=18.47^{***}$	

从表 9-2 和表 9-3 我们看到,无论是在负性事件数的发生率还是负性压力值方面,各年级间均有显著差异,六年级大于五年级大于四年级,五年级较四年级平均多 3.68 件压力事件,六年级较五年级平均多 3.12 件压力事件,较四年级平均多 6.79 件压力事件,显示负性压力事件和负性压力值随年龄的升高而有增加的趋势。在表 9-4 中比较了男、女生在量表 5 个维度上的表现,可以看出除了在依赖维度上,双方表现并无差异外,其他 4 个维度均表现出一定的差异。这说明在教师的评价中,认为男生较于女生有更多的不适应性行为,此结果与国外研究认为在面临压力时,男生的适应较差的结论相符^[40]。

表 9-4 小学生适应行为的性别差异

适应行为	男 (185)		女 (209)		t
	M	SD	M	SD	
反抗	35.4	18.79	22.75	15.03	6.81***
过度好动	23.31	10.31	16.02	8.83	6.97***
依赖	17.26	8.69	15.78	8.88	1.54
压抑	27.47	13.47	21.77	12.96	3.97***
消极抵	23.88	10.32	17.54	10.28	5.66***
全量表	101.01	32.50	78.20	33.66	6.97***

(二) 小学生的适应行为

根据表 9-5,在年龄差异方面,教师显然认为六年级学生表现出更少

^[40] Longfellow C, Belle D. *Stressful environments and their impact on children*. In: *JH Humphreys. Stress in Childhood*, N Y: Ams Press, Inc, 1984,p63-78

的依赖行为，似乎有更多的独立倾向，因此六年级学生在依赖维度的得分与四、五年级差距较大;而他们在过度好动、消极抵抗两个维度上也得分较高，这可能是六年级学生比四、五年级学生在生理发育和个性、社会性方面的心理发展水平较高所致。

表 9-5 小学生适应行为的年级差异

适应行为	四年级（121）	五年级（145）	六年级（128）	F
反抗	26.65	29.13	30.75	1.29
过度好动	17.79	18.98	21.69	4.18*
依赖	18.95	19.39	14.61	11.83***
压抑	23.21	23.58	26.73	2.35
消极抵抗	21.23	18.84	22.12	3.25*
全量表	85.97	91.92	95.21	1.52

（三）生活压力、学业成就与适应行为的关系

从表 9-6 考察压力与学业成就的关系，发现两者并无显著相关;但学业成就与适应的相关则较为显著。适应行为与负性事件相关很低，而和负性压力值存在较显著正相关，但相关系数不高。为了更清楚了解它们的关系，我们再对压力与适应行为的各维度的关系进行探讨。

表 9-6 生活压力、学业成就与小学生适应行为的相关矩阵

维度	负性事件	负压力值	语文成绩	数学成绩
负性事件				
负压力值	0.805***			
语文成绩	-0.011	-0.055		
数学成绩	0.018	0.001	0.714***	
适应行为	0.081	0.146**	-0.421***	-0.321***

注：* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001（以下同）

表 9-7 生活压力、学业成就与小学生适应行为各维度的相关

项目	反抗	过度好动	依赖	压抑	消极抵抗
负性事件	0.103	0.140**	0.054	-0.017	0.070
负压力值	0.165***	0.178**	0.065	0.030	0.136*
语文成绩	-0.316***	-0.311***	-0.221***	-0.341***	-0.404***
数学成绩	-0.197***	-0.208***	-0.258***	-0.250***	-0.345***

从表 9-7 的数据来看，过度好动维度与负性事件、压力值都有相关，表示在这个维度与负性事件、负压力值的联系都较强；反抗维度及消极抵抗维度两者与负性事件的相关不高，和压力值的相关却较明显，可能表示在这两个维度与负压力值的联系较强；依赖维度及压抑维度则与压力变量的联系不强。各维度与语文成绩、数学成绩的联系都较明显，尤其是语文成绩，相关系数也较高。

（四）小学生适应行为的预测

表 9-8 以逐步回归预测小学生适应行为的结果

效标变量	R	R ²	ΔR ²	F	ΔF	β	t
学业成绩	0.456	0.216	0.216	69.82***	69.82***	-0.446	-0.830***
性别	0.531	0.282	0.066	49.51***	23.10***	0.253	4.77***
家庭收入	0.549	0.301	0.019	36.06***	6.86**	0.154	2.92**
负性压力值	0.565	0.319	0.018	29.37***	6.79**	0.122	2.31**
年级	0.577	0.332	0.013	24.82***	4.82*	0.155	2.196*

表 9-8 为诸变量经过逐步回归分析的结果，有 5 个自变量进入了回归方程，这 5 个因素共可以解释小学生适应行为 33.2%的变异量。按照它们对小学生适应行为影响力的大小排列，分别是学业成绩可解释小学生适应行为 21.6%的变异量，性别可解释 6.6%的变异量，家庭收入可解释 1.9%的变异量，负性压力值可解释 1.8%的变异量，年级可解释 1.3%的变异量。

三、分析与讨论

显而易见,在小学阶段,小学生生活重心主要是在学习、同学相处和家庭生活方面,其中又以学习和亲子关系方面为最。从负性压力事件的排序可以看出,令小学生感觉坏的压力事件,主要在于成绩、课业、父母要求、同学相处和社会环境几方面,而其中又以学习成绩为主。而在小学生自评的日常生活压力方面,男女生并无显著差异,这一现象可能和独生子女家庭中,父母较少传统的重男轻女的观念,以及在儿童中期阶段性别分化不甚明显有关。然而在适应行为方面,教师认为女孩比男孩适应较佳,这一方面可能表示在相同的压力情况下,女孩由于发展较超前的缘故,较男孩更能调适压力带来的影响;另一方面也可能是由于在目前的社会教育观下,倾向认为安静、乖巧的孩子是适应较好的,而那种活动量较高、浮躁不安的孩子(这些通常是男孩),被认为有较多的问题行为。在年龄的差异方面,小学六年级学生所遭遇的负性事件数及所感受的负性压力值都高于四、五年级学生,而五年级学生又高于四年级。这可能是随年龄的增加,社会对年长小学生的课业要求、人际要求都高于年幼小学生,而他们的社会知觉、观察力也更胜于年幼小学生所致。

考察压力与学业成就的关系,发现两者并无显著相关。这表示有几种可能性,压力大小与学业成就的高低无关、压力与学业成就间有重要的中介变量,或压力与学业成就并非呈线性相关。无论就个人经验还是前人的研究来看,第一个假设显然不如二、三个假设值得采纳。在压力研究中,从实验、临床或是纵向研究皆支持压力会影响能力及智力,从本研究结果来看,压力对学业成就的直接影响并不明显,可能是通过某些中介变量而起作用,如自我效能或自我能力的知觉。另外,学业成就与适应的相关较为显著,这一方面可能是教师有依成绩好坏判断小学生适应的倾向,但同时也说明了学习成绩的好坏影响着小学生生活的适应。在生活压力与适应行为的关系中,过度好动、反抗与消极抵抗 3 个维度都是适应行为中属于主动的人格倾向,这可能是因为主动性高的人活动性强,倾向于投入情境之中,对情境的体会比较积极,因此在面对负性的压力事件时,相对于被动性高(依赖、压抑)的人的冷漠态度、惰性更容易感受深刻;而在目前父母、教师的教育价值观中,儿童的依赖及压抑方面的行为问题,并不如反抗、过度好动方面的行为问题更受重视,所以

有依赖及压抑问题的儿童，相对地可能所受到的外界压力较小。

在对小学生适应行为的回归方程预测中，有 5 个变量进入回归方程，共计可解释 33.2% 的变异量。学业成就能够解释 21.6% 的变异量，相对于其他变量，学业成就显然具有较高的预测力，显示了小学生在课业上的表现可以有效地预测他的适应行为，这与认为儿童的认知能力可以有效地预测儿童的适应行为的推论相符。在小学生自身的背景变量方面，性别及年龄都进入了回归方程，分别可解释 6.6% 及 1.3% 的变异量，并显示出男孩和年龄大的孩子有适应较差的趋势，这可能与男孩活动力强、问题行为多，年龄大的孩子自我意识强有一定的关系。而在家庭背景变量方面，家庭月收入凸显出重要性，可解释 1.9% 的变异量，并显示出家庭收入较高者的孩子有适应较差的趋势，对于这个结果可能有几方面的推测：一是在收入高的家庭中，父母对孩子关于家庭义务的要求较少，物质供应充沛，缺乏责任感的锻炼，孩子可能较为幼稚、任性；二是在收入高的家庭中，父母可能较为忙碌，对孩子的照应较少，而孩子也可能为争取父母的注意，产生问题行为。总之，家庭作为儿童生活的主要阵地，其重要性不言而喻。

需要指出的是，生活压力对适应行为的主效果预测力不强，可能是其间的中介变量众多，交互作用较强。许多文献皆提出压力与适应相关偏低的问题，并力求从全面性的压力环境角度来改善评量方法，也只能取得一点成效。发展心理学家一直试图在寻找其中的原因，以解释两个同年龄、同性别的孩子在遭遇同样的压力事件时，却产生迥异的适应情况。一些研究因此而提出了许多“保护因素”，这些因素可以减少压力的影响^{[1][2]}。而从另一个角度，我们也许可以把儿童的适应行为看成是这些“保护因素”和压力在交互作用下的结果。许多文献指出重大或突发的压力事件、社会支持、自我效能、认知评估、个人的气质、家庭结构与活动及学校、同伴影响等都是影响适应结果的重要变量，这些“保护因素”及“易受损因素”，如何在儿童的压力—适应过程中发挥作用，还

^[1] Rutter M. *Psychosocial Resilience and Protective Mechanism*. In: J Rolf et al. *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. N Y : Cambridge University Press, 1990

^[2] Luthar. *Vulner ability and resilience: As tudy of high risk adolescents*. *Child Development*, 1991,62,p600—616

有待作进一步的探讨。

(中国人民大学 俞国良、陈诗芳)

第二节 中小学教师心理健康与应对的研究

本节由两个相关的部分组成，一个部分采用 SCL-90 作为工具，对于天津市部分中小学教师的心理健康受损情况做了调查研究^[1]，另一个部分探讨了中小学教师应对方式同其心理健康之间的关系^[2]。

一、中小学教师心理健康的现状

教师的心理健康水平不仅影响教师个人的生活质量，也会影响学生的身心健康乃至健康人格的形成。本研究采用 SCL-90 对中小学教师的心理健康状况进行测查，并在中小学教师人群内进行多维度的比较研究，希望为其他研究者和教育行政部门提供中小学教师心理健康状况的具体资料，以此为依据采取切实有效的措施，提高中小学教师的心理健康水平，进而促进学生身心健康成长。

(一) 研究的对象与方法

本研究以天津市中小学教师作为总体，以学校为单位随机抽取，在天津市区、郊区分别随机抽取中、小学各 4 所。在 16 所学校中，发放问卷 581 人，剔除不合格问卷，有效问卷 566 人。其中中学教师 240 人，小学教师 326 人；郊区教师 179 人，城市教师 387 人；男教师 168 人，女教师 398 人。任课教师 489 人，行政人员 77 人。

调查测量工具为 SCL-90。该量表被广泛应用于心理健康水平的筛选中，具有较好的信度与效度。本调查所有数据均采用 SPSS 10.0 FOR WINDOWS 统计分析软件处理。

(二) 结果与分析

1. 中小学教师的 SCL-90 测查整体结果

^[1] 李百珍、王凯《中小学教师心理健康状况的调查研究》，《心理与行为研究》，2004 年第 1 期，第 360-362 页

^[2] 李百珍、李焕稳、王凯《教师应付方式及其与心理健康的相关研究》，《心理学探新》2004 年第 3 期

表 9-9 天津市中小学教师 SCL-90 测量的结果

项目		<2	轻度	中度	重度
总均分	人数(N)	485	76	4	1
	百分比(%)	85.7	13.4	0.7	0.2
躯体化	人数(N)	481	77	8	0
	百分比(%)	85.0	13.6	1.4	0
强迫症状	人数(N)	393	156	16	1
	百分比(%)	69.4	27.6	2.8	0.2
人际敏感	人数(N)	452	95	17	2
	百分比(%)	79.9	16.8	3.0	0.4
忧郁	人数(N)	452	100	12	2
	百分比(%)	79.9	17.7	2.1	0.4
焦虑	人数(N)	485	68	11	2
	百分比(%)	85.7	12.0	1.9	0.4
敌对	人数(N)	443	110	12	1
	百分比(%)	78.3	19.4	2.1	0.2
恐怖	人数(N)	510	51	5	0
	百分比(%)	90.1	9.0	0.9	0
偏执	人数(N)	449	106	10	1
	百分比(%)	79.3	18.7	1.8	0.2
精神病性	人数(N)	513	51	2	0
	百分比(%)	90.6	9.0	0.4	0

注：评定标准是各项均分<2； 3> 轻度 ≥ 2； 4> 中度 ≥ 3； ≥4 重度

本研究教师的心理健康受损情况，以总分、因子分≥2 为标准。从表 9-9 中可见：566 名中小学教师中，从整体上看有 485 名均分<2，占测量教师总人数的 85.8%，心理健康受损检出率为 14.2%。从单项因子看，有精神病性症状者最少，占总人数的 9.4%，按所占百分数从少到多依次是恐怖、焦虑、躯体化、人际敏感和忧郁、偏执、敌对等症状，有 30.6% 的教师有强迫症状。

2. 中小学教师人群中不同群体 SCL-90 调查结果的比较

(1) 不同性别教师 SCL-90 总均分和各因子分的比较

表 9-10 不同性别教师 SCL-90 调查结果比较

项目	男性		女性		t 值	P 值
	M	SD	M	SD		
总均分	1.58	.41	1.57	.41	.30	.76
躯体化	1.47	.42	1.54	.51	-1.59	.11
强迫症状	1.80	.50	1.77	.53	.62	.54
人际敏感	1.64	.52	1.59	.55	.91	.36
忧郁	1.62	.51	1.63	.53	-.34	.73
焦虑	1.50	.51	1.50	.50	-.64	.51
敌对	1.67	.54	1.59	.51	1.63	.10
恐怖	1.32	.45	1.34	.42	-.45	.65
偏执	1.64	.56	1.52	.49	2.49	.01
精神病性	1.41	.44	1.37	.40	1.15	.25
其它	1.65	.48	1.65	.51	.09	.93

表 9-10 显示，男教师（168 人）比女教师（398 人）偏执因子分高，且存在显著差异，其他各项均无显著性差异。

(2) 中学教师与小学教师 SCL-90 调查结果比较

表 9-11 中学教师与小学教师 SCL-90 调查的结果比较

项目	小学教师		中学教师		t值	P值
	M	SD	M	SD		
总均分	1.60	.43	1.55	.39	1.6	.12
躯体化	1.58	.53	1.47	.45	2.75	.006
强迫症状	1.78	.53	1.78	.52	.19	.85
人际敏感	1.62	.56	1.60	.52	.37	.71

忧郁	1.67	.57	1.60	.50	1.7	.09
焦虑	1.59	.56	1.47	.44	2.82	.005
敌对	1.64	.55	1.60	.52	.92	.36
恐怖	1.35	.40	1.32	.45	.88	.38
偏执	1.54	.50	1.56	.53	-.64	.52
精神病性	1.40	.44	1.36	.40	.95	.34
其它	1.68	.53	1.63	.48	1.10	.27

从表 9-11 可见，小学教师（240 人）躯体化和焦虑因子比中学教师（326 人）高，且存在非常显著性差异，其它各项均无显著性差异。

（3）城市、乡村教师 SCL-90 测查的结果比较

表 9-12 城市、乡村教师 SCL-90 调查结果的比较

项目	城市教师		乡村教师		t值	P值
	M	SD	M	SD		
总均分	1.53	.42	1.65	.38	-3.0	.003
躯体化	1.56	.52	1.42	.38	3.4	.001
强迫症状	1.73	.53	1.89	.50	-3.40	.001
人际敏感	1.52	.51	1.79	.57	-5.0	.000
忧郁	1.60	.54	1.70	.49	-2.24	.025
焦虑	1.50	.51	1.56	.47	-1.29	.20
敌对	1.58	.52	1.69	.56	-2.27	.024
恐怖	1.29	.41	1.43	.46	-3.77	.000
偏执	1.49	.51	1.69	.50	-4.28	.000
精神病性	1.31	.37	1.54	.45	-6.39	.000
其它	1.62	.49	1.71	.53	-1.89	.06

从表 9-12 可见，城市教师（387 人）的忧郁和敌对因子分显著低于乡村教师（179 人），城市教师的总均分、强迫症状、人际敏感、恐怖、偏执和精神病性等因子分比乡村教师低，且差异显著。城市教师的躯体

化均分非常显著地高于乡村教师。这表明，乡村教师的心理健康水平远远低于城市教师。乡村教师的强迫症状、人际敏感、恐怖、偏执、精神病性等症状显著地重于城市教师，而乡村教师的躯体化症状却较城市教师轻。

(4) 不同教龄教师 SCL-90 调查结果的比较

表 9-13 不同教龄教师 SCL-90 调查的结果

	教龄段	M	SD
总均分	A	1.62	.39
	B	1.53	.41
	C	1.52	.44
躯体化	A	1.42	.38
	B	1.55	.52
	C	1.67	.58
强迫症状	A	1.83	.49
	B	1.72	.53
	C	1.76	.58
人际敏感	A	1.73	.56
	B	1.54	.51
	C	1.45	.48
忧郁	A	1.69	.52
	B	1.57	.50
	C	1.59	.56
焦虑	A	1.57	.47
	B	1.50	.51
	C	1.43	.52
敌对	A	1.79	.56
	B	1.54	.50
	C	1.45	.45
恐怖	A	1.38	.43

	教龄段	M	SD
偏执	B	1.30	.41
	C	1.29	.45
	A	1.66	.49
	B	1.50	.49
	C	1.40	.55
	A	1.47	.43
精神病性	B	1.33	.38
	C	1.26	.37
	A	1.64	.51
其它	B	1.62	.49
	C	1.70	.52

注：表 9-13 中 A 表示 1—10 年教龄组（264 人），B 表示 11—20 年教龄组（171 人），C 表示 20 年以上教龄组（131 人）。以下同。

表 9-14 不同教龄教师 SCL-90 测量的结果方差分析基础上的验后多重比较

项目	A 与 B	A 与 C	B 与 C
总均分	.09*	.10*	.01
躯体化	-.13**	-.25**	.12*
人际敏感	.19**	.28**	.09
焦虑	.07	.14*	.07
敌对	.25**	.34**	.09
偏执	.16**	.26**	.10
精神病性	.14**	.21**	.07

由表 9-14 可见：

①1—10 年教龄组教师的总均分、躯体化、恐怖和精神病性等因子分比 11—20 年教龄组教师高，且存在显著差异，其中躯体化、人际敏感、敌对、偏执、精神病性因子存在非常显著差异。

②1—10 年教龄组教师的总均分和焦虑因子比 20 年以上教龄组教师高，存在显著差异。在躯体化、人际敏感、敌对、偏执和精神病性因子分高，且存在非常显著性差异。

③11—20 年教龄组教师的躯体化因子比 20 年以上教龄组教师低,且存在显著差异。

(5) 不同职务教师 SCL-90 测查的结果的比较

表 9-15 不同职务教师 SCL-90 测查的描述统计表

项目	教师		行政人员		t值	P值
	M	SD	M	SD		
总均分	1.57	.41	1.58	.39	-.32	.75
躯体化	1.52	.48	1.50	.53	.25	.81
强迫症状	1.77	.52	1.85	.57	-1.3	.20
人际敏感	1.61	.55	1.57	.47	.69	.49
忧郁	1.63	.53	1.64	.51	-.18	.86
焦虑	1.52	.51	1.50	.42	.31	.76
敌对	1.61	.53	1.66	.55	-.71	.48
恐怖	1.33	.44	1.34	.38	-.04	.97
偏执	1.54	.51	1.63	.51	-1.5	.39
精神病性	1.38	.42	1.40	.39	-.38	.71
其它	1.65	.50	1.64	.52	.16	.88

不同职务教师 SCL-90 测查比较的结果显示：任课教师（489 人）和行政人员（77 人）无显著性差异。任课教师与行政人员的心理健康水平相当。

(三) 讨论

1.中小学教师心理健康状况

调查显示，有占 30.6%教师对强迫症的诊断有重要意义的强迫症状因子偏离正常。应该重视对教师强迫症状，乃至强迫症形成的心理、社会因素进行研究^[1]。

^[1] 李百珍《强迫症形成原因之分析》，《社会改革与社会心理》，兰州大学出版社 2000. 年版，第 221-226 页

^[2] 邱莲《广东省中小学教师心理健康状况调查》，《中国临床心理学杂志》2003 年第 3 期，第 216-218 页

2.不同教师群体的心理健康的分析

本研究结果和其他有关研究结果^[2]不一致的是,男女教师除偏执外,心理健康水平相当。这可能和本研究样本所在地区天津的经济、文化较发达,作为具有较高文化素养的男女教师的角色职责差异缩小,男女教师有着相同的自我发展的社会需求,也同样承受着来自于家庭、职业的压力,因而健康水平相当。但由于社会文化的熏陶和男性社会角色的认知,男性更具有自信和果断的性格,若走向极端,便使其变得偏执。

与有些研究^{[1][2]}表明的小学教师的心理健康问题较为严重不同的是,本调查结果表明:天津中学教师与小学教师心理健康水平相当,只有小学教师的躯体化和焦虑症状重于中学教师。究其原因,因为天津为小学教师提供了多种进修学习的渠道,并且提供了与中学教师相近似待遇的政策——小学教师可评定高级职称。小学教师的躯体化和焦虑症状重,也许由于小学教育的繁琐性,以及目前小学生是生育低峰期出生的,学生人数有锐减的趋势,小学教师面临可能下岗的社会压力,比中学教师更容易影响身体健康和产生焦虑情绪。

任课教师和行政人员的心理健康状况无显著性差异。这可能是因为目前天津的中小学校调整合并,数量在逐渐减少,行政人员虽然没有教学的压力,却有着岗位危机的顾虑。

^[1] 邱莲《广东省中小学教师心理健康状况调查》,《中国临床心理学杂志》,2003 第3期,第216-218页

^[2] 杨顺英等《元江县乡村中小学教师心理健康状况调查研究》,《健康心理学杂志》,2003第4期,第309-311页

与有些研究结果^{[3][4][5]}相反,与有些研究结果^{[6][7][8][9]}相同的是乡村教师的心理健康水平大大低于城市教师。乡村教师的强迫症状、人际敏感、忧郁、恐怖、偏执、精神病性和其它等症状远远重于城市教师。但躯体化症状却比城市教师要好。原因是与城市相比,乡村教师工资较低,甚至有拖欠工资的现象。职称指标少,职称评定困难,而教学任务不低于城市教师,与城市教师相比有很强的失落感。因为求学为跳出“农门”,仍然是多数农家子弟走向城市的有效途径,这样也对乡村教师产生了更高的期望、更大的压力。但由于乡村教师多能吃苦耐劳,不娇气,所以躯体症状反而比城市教师感受性低。

与一些研究结果^[1]相同,与一些研究结果^{[8][9]}不同的是,年轻、教龄短的教师——10年以下的教龄组教师心理健康水平低,随着年龄、教龄的增长,心理健康水平提高。反映出青年教师阅历浅,经验不足,面临个人成长、事业、爱情、家庭的多方面的矛盾,有可能出现人际敏感、敌对、偏执等心理问题。青年教师的判别精神病倾向重要指标的精神病性症状也应该引起高度重视。日本学者青木民雄认为^[10]三十岁左右是精神疾病发病的高峰期,对青年教师应特别加以关注。教龄在20年以上的教师,一般家庭事业基本稳定,阅历丰富、生活积淀深厚,他们已经不

^[3] 自在等《基层中小学教师 SCL-90 评定结果的分析》,《中国心理卫生杂志》,1993 第 2 期,第 78 页

^[4] 贾林祥、宋广文《中小学教师心理健康的调查研究》,《中小学教育》,1999 年第 9 期,第 82 页

^[5] 陈静芳等《小学教师的 SCL-90 评定结果的分析》,《健康心理学杂志》,2002 年第 3 期,第 191 页

^[6] 周复初等《自贡市 200 名城乡中学教师心理健康状况调查》,《中国心理卫生杂志》,1995 年第 1 期,第 45 页

^[7] 高峰 袁军《上海市小学教师心理健康调查》,《上海教育科研》,1995 年第 3 期,第 40—45 页

^[8] 温卫宁《中小学教师 SCL-90 评定结果的分析》,《健康心理学杂志》,2000 第 2 期,第 238 页

^[9] 许宏《小学青年教师心理健康状况调查》,《健康心理学杂志》,2000 第 6 期,第 647 页

^[10] [日]青木民雄、小山田隆明《教师的心理卫生》,李洪元译,《青海师专学报》,1987 年第 2 期(综合版),第 82 页

过分奢求难以得到的东西，在心态上更加趋于平稳。所以，呈现随教龄增高症状减轻、心理健康水平提高的趋势。

本研究是从天津中小学教师中抽取的样本，虽不能代表全国中小学教师群体，但却能反映出相同背景下教师的心理健康水平。本研究表明青年教师、乡村教师的心理健康相对较差，为国家的未来，为数亿青少年的前途计，全社会都应对教师群体，特别是青年教师、乡村教师群体给予关注，采取得力的措施提高他们的心理健康水平。

二、教师应对方式及其与心理健康的关系

应激是由紧张刺激引起的，伴有躯体机能以及心理活动改变的一种心身的紧张状态。应付方式是个体为了处理被自己评价为超出自己能力资源范围的特定内外环境要求，而做出的不断变化的认知和行为努力，它是应激与心理健康的中介机制，对人的身心健康起着调节作用。国内外心理学工作者就这一问题对退休人员^[1]、中学生^[2]和大学生^[3]做了研究，但对教师人群中应付方式的研究还不够多。为此，本研究通过了解教师的应付类型及其同教师心理健康状况间的关系，以期为改善教师的应付方式、促进他们的心理健康提供资料。

（一）研究对象与方法

1. 被试

本研究以天津市中小学教师作为总体，采用分层随机取样的方法，以学校为单位随机抽取。按城乡分层，在天津市的市区抽取 338 人，其中中学 4 所 167 人、小学 4 所 171 人，在乡村抽取 243 人，其中中学 4 所 163 人、小学 4 所 80 人。16 所学校中总共抽取 581 人。其中男 178 人，女 403 人。

2. 研究工具

（1）症状自评量表(SCL—90)，用于测量教师个体的心理健康状况，得分越高症状越严重。该量表已被广泛应用于心理健康受损状况的调查

^[1] 张向葵等《退休人员的应付方式对其心理健康的调节作用研究》，《心理科学》，2002 年第 4 期，第 414~417 页

^[2] 冯永辉等《中学生生活事件、应付方式及焦虑的关系研究》，《心理发展与教育》，2002 年第 1 期，第 71~74 页

^[3] 李伟、陶沙《大学生应对策略的特点及其与社会支持水平关系的研究》，《心理发展与教育》，2002 年第 1 期，第 68~73 页

研究中，具有较好的信度与效度^[4]。

(2) 肖计划修订的《应付方式问卷》^[5]

该问卷共有 36 道题，由六个因子构成。分别是自责/回避、解决问题、求助、幻想、忍耐和合理化。该问卷具有较好的信度与效度，各题的因素负荷值均在 0.35 以上。六个因子重测相关系数分别是： $r_1=0.72$ $r_2=0.62$ $r_3=0.69$ $r_4=0.72$ $r_5=0.67$ $r_6=0.72$ 。

3. 实施与统计分析

使用统一的指导语进行了集体测试，实际发放问卷 581 份，回收 576 份。回收率为 99%，其中有效问卷 566 份，有效率 98 %。

本调查对所有数据进行差异显著性检验、方差分析和相关差异性检验，所有数据均采用 SPSS 10.0 FOR WINDOWS 统计分析软件处理。

(二) 结果

1. 中小学教师不同群体应付方式比较

(1) 城市、乡村教师应付方式比较

表 9-16 城市、乡村教师应付方式各因子比较表

项目	城市教师		乡村教师		t值	P值
	M	SD	M	SD		
解决问题	2.651	.484	2.0615	.432	.858	.391
求助	2.412	.612	2.342	.583	.371	.711
合理化	2.347	.459	2.251	.483	2.290	.022*
自责	1.767	.523	1.950	.530	-3.852	.000**
幻想	1.503	.507	1.677	.538	-3.714	.000**
忍耐	1.945	.562	1.856	.570	1.738	.083

注：解决问题、求助和合理化为正向分；自责、幻想和忍耐为负向分，下面各表均同

^[4] 李百珍、王凯 、李焕稳《中小学教师心理健康状况的调查研究》，《心理与行为研究》，2004 第 1 期，第 60~363 页

^[5] 肖计划、许秀峰 《“应付方式问卷”效度与信度研究》，《中国心理卫生杂志》，1996 年 第 4 期，第 164~168 页

从表 9-16 看出城市教师(387 人)和乡村教师(179 人)在应付方式上,有着非常显著的差异。城市、乡村教师在应付方式因子“合理化、自责、幻想和忍耐”上存在着显著的差异,其中后三项差异非常显著。表明:乡村教师比城市教师更多地采用“自责、幻想”应付方式应对生活、工作中的压力。城市教师较多地采用“合理化”的应付方式。

(2) 不同教龄的教师应付方式比较

表 9-17 不同教龄教师的应付方式各因子描述统计表

	教龄段	M	SD
解决问题	A	2.563	.443
	B	2.682	.424
	C	2.739	.544
求助	A	2.420	.620
	B	2.410	.587
	C	2.373	.592
合理化	A	2.292	.474
	B	2.288	.444
	C	2.405	.482
自责	A	1.831	.527
	B	1.822	.514
	C	1.815	.567
幻想	A	1.651	.513
	B	1.547	.527
	C	1.380	.491
忍耐	A	1.914	.563
	B	1.964	.591
	C	1.862	.534

注: A: 1~10 年教龄(264 人) B: 11~20 年教龄(171 人) C: 20 年以上教龄(131 人)

假设不同教龄教师的应付方式的方差相等，检验结果见表 9-18。

表 9-18 不同教龄教师应付方式各因子比较验后多重比较表

	A 与 B	A 与 C	B 与 C
解决问题	0.009**	.000***	.293
合理化	0.928	.024*	.031*
幻想	0.033*	.000***	.005**

注：A：1~10 年教龄 B：11~20 年教龄 C：20 年以上教龄

由表 9-17 和 表 9-18 可见，不同的教龄的教师相比，从教 1~10 年的教师与从教 11~20 年的教师在应付方式因子“解决问题、幻想”上有显著的差异，其中前者差异非常显著。表明年轻的教师不善于采用“解决问题”的方式，而较多采用“幻想”的应付方式来应对困难与压力。11~20 年与 20 年以上的教龄的教师相比，两者在应付方式因子“合理化和幻想”上有显著的差异，其中“幻想”有非常显著的差异。表明：老年教师比中年教师更多采用合理化，青年教师较多地采用幻想的应付方式。从教 1~10 年的教师与 20 年以上的教师相比，两者在因子“解决问题、幻想”有非常显著的差异，“合理化”有显著的差异。表明：老年教师比青年教师更多地采用“解决问题和合理化”，较少采用“幻想”这一应付方式。总之，年轻教师更多采用幻想的应付方式，随着年龄的增长，采用幻想的应付方式减少，而更多地采用解决问题和合理化的应付方式。

(3) 中学教师与小学教师的应付方式比较

表 9-19 中学教师与小学教师应付方式各因子比较表

	小学		中学		t 值	P 值
	M	SD	M	SD		
解决问题	2.612	.447	2.660	.482	-1.195	.233
求助	2.482	.566	2.350	.623	2.605	.009**
合理化	2.293	.422	2.334	.500	-1.023	.307
自责	1.916	.532	1.758	.523	3.527	.000**
幻想	1.633	.496	1.504	.536	2.923	.004**
忍耐	1.973	.553	1.876	.532	2.037	.042*

注：小学教师 240 人，中学教师 326 人

从表 9-19 中可见：中、小学教师在应付方式因子“忍耐”有显著的差异，“求助、自责、幻想”因子有非常显著差异。表明：小学教师在应对压力时，更多采取求助他人、自责、幻想和忍耐的应付方式。

(4) 男女教师应付方式的比较

表 9-20 男女教师应付方式各因子比较表

	男性		女性		t 值	P 值
	M	SD	M	SD		
解决问题	2.690	.420	2.618	.486	1.646	.096
求助	2.283	.604	2.458	.596	-3.172	.002**
合理化	2.373	.482	2.293	.462	1.866	.063
自责	1.842	.497	1.817	.546	.512	.609
幻想	1.495	.527	1.585	.519	-1.875	.061
忍耐	1.908	.523	1.921	.582	-.240	.810

注：男教师 168 人，女教师 398 人

由表 9-20 可见男女教师在应付方式“求助”因子差异非常显著。表明：女性在应对压力时，更多地采用向人求助的应付方式。

2. 中小学教师的心理健康与应付方式的相关和回归分析

(1) 教师的心理健康受损状况与应付方式的相关分析

采用 Person 相关分析法对教师(566 人)的应付方式及应付方式的各因子进行相关分析。结果发现：心理健康受损状况与应付方式各因子虽有一定的相关，但是并没有达到显著相关的水平。

表 9-21 教师的 SCL-90 总均分与应付方式的相关比较表

	M	SD	与SCL-90总均分的相关
SCL-90总均分	1.569	.409	1.000
解决问题	2.639	.468	-.136
求助	2.406	.601	-.036
合理化	2.316	.469	-.050
自责	1.825	.532	.033
幻想	1.558	.523	.320
忍耐	1.917	.565	.202

注：教师 566 人

(2) 中小学教师应付方式与其心理健康的回归分析

本研究假设建立在 J.C.Coyne 的理论基础上，所以采用 Enter 的方法进行多元回归分析。以心理健康受损状况为因变量，以应付方式各因子作为自变量，考察应付方式对心理健康的回归分析。见表 9-22。

表 9-22 应付方式及各因子对心理健康受损状况的多元回归分析

变异源	R	调整后的 R ²	β	t	Sig.
解决问题	-.136	.018	-.123	-2.37	.018
求助	-.036	.130	-.080	-1.82	.069
合理化	-.050	.003	-.009	-.177	.860
自责	.033	.001	-.009	.220	.826
幻想	.320	.102	.308	6.841	.000
忍耐	.202	.040	.097	2.174	.030

由表 9-22 可见，应付方式各因子均进入回归方程。除幻想项外，其他项 β 系数未达到显著 ($P>0.01$)

表明：自责、幻想和忍耐会加重教师的心理健康受损状况，幻想更是对教师的心理受损情况影响最为明显；而教师解决问题、求助和合理化可以降低教师的心理健康受损状况，也就是说可以维护教师的心理健康。

(三) 讨论

1. 中小学教师在其不同的人群中的应付方式有着明显的不同

这表现在乡村教师与城市教师、不同教龄教师、中小学教师和不同性别的教师之间。

乡村教师的心理健康水平在本研究的前一部分内容中已反映出他们是最值得关注的教师群体。他们的生存状态不良，承受着巨大的生活压力和心理压力，但维护自身权益的信息量较少；农村地方行政部门对教师的重视和关心不足导致乡村教师改变自身生存状态的信心和期望较低，因而应付方式多以“自责”和“幻想”等应付方式为主。

相比较而言，青年教师在应付方式上更多是采取“幻想”的应付方式，这主要和青年教师由于教学经验和处世经验不足，他们还没有建立起足够熟练的职业技能和足够的职业效能感，在遇到困难和面对压力时应付方式不足。而中老年教师则是更多地采用“解决问题和合理化”的

应付方式。这和卢抗生等人的研究结果^[1]，中老年比青年人更倾向采用合理化的应付方式有一致的地方。

另外中学教师和小学教师在应付方式上的差异主要体现在小学教师更倾向于采取“求助、自责、幻想、忍耐”的应付方式。这可能由于小学教师工作的繁重性、复杂性，比中学教师有更大的心理压力，而采取较多的应付方式。

男女教师中，女性在应对压力时，更多地向人求助和常常采取自责应付方式。这一研究结果同对其他人群（大学生、中学生）的研究结果^{[2] [4]}大致一致，即男女在应付方式上有显著的差异。男女教师的应付方式差异，具有明显的社会文化对男女性别角色的期望差异。Nolen-Hoeksema 曾指出，不同性别的个体在处理生活事件方式上的不同是形成个体消极体验的性别差异的一个重要因素，也就是说，不同性别的个体应付策略的差异可能会影响其心理健康发展水平^[3]。

以上表明应付方式会受到其个性特征、情绪状态、个人的生活阅历以及经验，个人所处的环境的影响。

2. 中小教师的心理健康受损状况与教师的应付方式有一定关系，但是关系并不非常密切

由表 9-21 的相关分析及表 9-22 的多元回归分析都发现，中小教师的心理健康水平与教师的应付方式有一定的关系，但并不是线性的关系。这和冯永辉等人对中学生应付方式与焦虑关系的研究结果一致

（ $r=0.053$ ）^[5]由此可见，应付方式作为影响人心理健康的中介因素，对人的心理健康起着一定的作用，人的心理健康还受个体其他因素的影响。可见，应付方式是应激和心理健康的中介机制，影响着应激反应的性质和强度^[6]，并不会直接影响教师的心理健康。

而且，Edwards 认为，应激能否引起健康损害与应激源的强度、社

^[1] 卢抗生《中老年应付方式初探》，《中国心理卫生杂志》，2000 年第 2 期，第 93~95 页

^[2] 李伟、陶沙《大学生应对策略的特点及其与社会支持水平关系的研究》，《心理发展与教育》，2002 年第 1 期，第 68~73 页

^[3] 黄希庭等《中学生应付方式的初步研究》，《心理科学》，2000 年第 1 期，第 1~5 页

^[4] 冯永辉等《中学生生活事件、应付方式及焦虑的关系研究》，《心理发展与教育》，2002 年第 1 期，第 71~74

^[5] 梁宝勇等《关于应付的一些思考与实证研究—应付的概念模式与效果估价》，《中国临床心理学研究》，1999 年第 3 期，第 188~190 页

会支持、其个性特征、情绪状态、个人的生活阅历以及经验、个人所处的环境的影响^[6]有关。

(四) 结论

1. 中小学教师人群中应付方式在城、乡教师之间；不同教龄教师之间；中、小学教师；男、女教师之间在有些应付方式上存在着明显的差异。表明应付方式会受到其个性特征、情绪状态、个人的生活阅历以及经验个人所处的环境的影响。

2. 中小学教师的应付方式与其心理健康受损状况之间有相关，但其相关程度并不显著。可见，应付方式是应激和心理健康的中介机制，并不会直接影响教师的心理健康。教师的心理健康受除应付方式之外的多种因素的影响，从一个侧面证明了应付方式在人的心理健康作用的有限和影响一个人心理健康因素的复杂性。

(天津师范大学 李百珍 王凯 李焕稳)

^[6] Edwards JR, Cooper CL: *Research in stress, coping and health –Theoretical and methodological issues*. *Psychological Medicine*, 1988, 18,p15~20

第十章 抑郁症患者的应激、认知偏差及相关的电生理机制

内容提要

随着社会竞争日趋激烈，抑郁症的发病率不断提高，而且发病年龄有年轻化趋势。此外，抑郁症因反复发作，需要反复求医，而且常伴有自杀念头和行为，给个人、家庭、社会带来了沉重的经济负担、精神负担和社会负担。因而抑郁症的病因、发病机理及其治疗的研究已成为当前国内外临床心理研究的重要课题。本章通过一系列研究着重探讨了应激性生活事件、认知偏差、应对方式、人格和社会支持等心理社会因素同抑郁症的关系，并揭示了抑郁症患者的 ERPs 特征。

抑郁症的发病原因目前尚不十分清楚，有研究发现，抑郁症的发病原因是多种的。从生物学角度看，遗传、生物节律、激素失衡、脑内神经递质失调与抑郁症的发生密切相关；而从心理学角度看，不同学派对抑郁症提出了不同的心理病理发生机制，认为反应性丧失（精神动力学派），对不真实（虚假）的反应（人本——存在主义学派），消退及令人反感的社会行为（行为主义学派），负性的归因方式及负性的自我认知图式（认知学派）均在抑郁症的发生中起着重要作用^[1]。

抑郁症除情绪低落外，常伴有相应的认知和行为的改变。所谓认知 (Cognition) 一般是指认识活动或认识过程，包括信念和信念体系、思维

^[1] Davison GC, Neal JM, Kring AM. *Abnormal Psychology* (9th edition). John Wiley & Sons, Ins. 2004, p267-317

和想象。认知过程一般由三部分组成：（1）接受和评价信息；（2）产生应对和处理问题；（3）预测和估计结果^[2]。抑郁症的认知过程存在偏差，主要表现在四个方面：自动思维、应付方式、归因方式和自我的认知模式。

本系列研究从认知心理学角度，提出抑郁症发生和发展的理论假设（图 10-1）：在一定的应激性生活事件的诱发下，通过中介因素（应付方式、自动思维、归因方式、社会支持、人格因素等），导致抑郁的发生、发展。以回顾性研究方法（抑郁症组与对照组）、前瞻性研究方法（追踪一个住院治疗前后病情变化）两种研究方法，对影响抑郁症发生和发展的心理因素进行了系列的研究，研究结果揭示了抑郁症患者的一些认知偏差的特征，本文是对这些研究结果的总结。

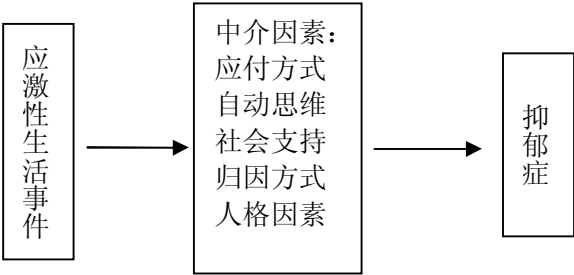


图 10-1 本系列研究的理论假设

第一节 抑郁症患者的应激性生活事件、 认知偏差和应对方式

一、抑郁症患者的应激性生活事件

抑郁症发病前遭遇的生活事件明显高于一般人群^[1]，本研究^[2]采用紧张性生活事件量表（SLE）和社会支持量表，对住院抑郁症患者进行了调查，结果发现抑郁症患者（96 例）较正常对照组（100 例）在过去一年内明显经历了较多的应激性生活事件（病人组：130.97±104.74，正常

^[2]蔡焯基《抑郁症——基础与临床》（第 2 版），科学出版社 2001 年版，第 73-77 页

^[1] Kendler KS, Karkowski LM, & Prescott CA. *Causal relationship between stressful events and the onset of major depression. Am J Psychiatry.* 1999; 156(6),p837-841

^[2] 郭文斌、姚树桥、卢永红等《抑郁症患者生活事件及社会支持特征的研究》，《中国心理卫生杂志》，2003 年第 1 期，第 693-695 页

对照组：99.65±91.51，t 值：2.23 ，P<0.05)，本组病人经历较多的六个生活事件依次为睡眠习惯的改变、工作量显著增加、受惊、性生活障碍、父母离婚及严重的疾病外伤。这些事件中除父母离婚外，其余的五个事件是抑郁症患者发病前经历的应激性生活事件，还是抑郁发作而相伴随的病理心理表现，或者因为患者发病导致各种功能受损，因而遭遇较多的生活事件，目前尚不十分清楚。但可以肯定的是，抑郁症患者因为经历较多的生活事件，进入了较严重的心理应激状态，使心理平衡失代偿，很可能促使抑郁症的发生^[3]。

以生活事件量表得分 200 分为界，将病人分为高（17 人）、低（79 人）应激状态的两组，对它们进行比较，发现低应激的病人得到的社会支持总分、主观社会支持分明显高于高应激组，生活事件量表得分低于高应激组，其它各指标无显著差异，说明低应激组获得总的社会支持以及主观的社会支持较多，最近一年经历的应激性生活事件较少（见表 10-1）。

表 10-1 高、低应激组比较（X±SD）

指 标	低应激组	高应激组	T
SDS	56.08±7.55	55.41±7.47	0.33
生活事件	91.32±56.09	315.24±77.21	-11.33**
社会支持总分	40.33±7.34	35.76±6.75	2.36*
客观社会支持	9.99±2.84	9.29±3.18	0.89
主观社会支持	23.32±4.84	19.53±5.35	2.87**
社会支持利用度	7.03±2.16	6.94±1.89	0.15

注：*P<0.05 ** P<0.01，下同

低应激状态的患者得到的总的社会支持及主观社会支持均高于高应激状态的患者，是由于低应激状态的患者得到的社会支持较多，从而减轻了一些生活事件的影响，回忆起的生活事件较少，还是因为这些病人经历的应激性生活事件确实较少，有待进一步研究。总之，该结果提示社会支持对于精神应激有缓冲作用，对心理健康有保护作用，可以有效的减少抑郁体验。

^[3] 范振国、陈家美、卢胜利等《老年抑郁与生活事件、社会支持的对照研究》，《中国心理卫生杂志》，1993 年第 5 期，第 230-231 页

二、抑郁症患者的认知偏差与应对方式

长期以来,人们致力于抑郁症的病因研究,早在1967年Beck研究发现抑郁症患者存在以认知过程歪曲为突出表现的负性认知三联征,主要是对自我、未来和周围世界的消极看法,这种自动出现的负性认知偏差(自动思维、自我认知图式等)往往影响患者的情感、行为、思维模式和应付方式。随后Seligman(1975)、Beck(1979,1983)等人作了进一步研究,肯定了负性认知偏差的存在^{[1][2]}。Nashat-Doost(1998)等还发现抑郁症组回忆和再认的负性词明显多于正性词,控制组大致相当^[3],另有一些研究表明,抑郁症病人偏好于与自身有关的负性信息^{[4][5]}。我们就抑郁症患者的应付方式、自动思维、归因方式等认知因素进行了较深入的研究,进而探讨抑郁症的认知偏差特征^{[6][7][8]}。

(一) 应对方式

应对(或应付)方式可简单理解为人们为对付内外环境要求及其有关的情绪困扰而采用的方法、手段或策略^[9]。抑郁症既是应激反应的一种结果,其发病后又可是一种应激源,因而应对方式和抑郁症之间的关系比较复杂。有研究表明,抑郁症患者常采用消极的应付方式,较少采

^[1] Seligman MEP. *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman,1975

^[2] Beck AT, Epstein R, Harrison R. *Cognitions, attitudes, and personality dimensions in depression*. **British Journal of Cognitive Psychotherapy**, 1983,1,p1-11

^[3] Neshat-Doost HT, Taghavi MR, Moradi AR, et al. *Memory for emotional trait adjectives in clinically depression yonth*. **J Abnorm Psychol**, 1998,107(4),p642-645

^[4] Nunn JD, Mathews A, Trower P. *Selective processing of concern-related information in depression*. **Br J Clin Psychol**, 1997,36(4),p489-503

^[5] Deijen JB, Orlebeke JF, Rijdsdijk FV. *Effect of depression on psychomotor skills, eye movements and recognition-memory*. **J Affect Disord**, 1993,29(1),p33-40

^[6] 郭文斌,姚树桥《认知偏差与抑郁症》,《中国行为医学科学》2003年第1期,第111-113页

^[7] 姚树桥、郭文斌、吴大兴《抑郁症患者自动思维及应对方式特征的研究》,《中国心理卫生杂志》,2003年第6期,第412-414页

^[8] 郭文斌、姚树桥、蚁金瑶等《归因方式问卷的初步编制》,《中国临床心理学杂志》,2003年第2期,第92-95页

^[9] Veiel HO, Kuhner C, Brill G, Ihle W. *Psychosocial correlates of clinical depression after psychiatric in-patient treatment: methodological issues and baseline differences between recovered and non-recovered patients*. **Psychol Med**. 1992 May; 22(2),p 415-427

用积极的应对方式^[10]，而改变患者的应对方式有助于减轻病情、缩短病程^[11]。应对方式是应激源与抑郁症之间的一个重要的中间变量，最近一些研究结果认为应对方式在抑郁症的形成和发展过程中起中介作用^[12]，与抑郁情绪关系密切，能预测抑郁症的严重程度。随着抑郁症状的好转，其应对方式亦会发生改变，表现在情绪集中应对方式的减少^[13]。我们采用应对方式量表和 SDS，在治疗前后测查抑郁症患者的应对方式和抑郁程度变化情况，探讨抑郁症患者的应对方式的特征及其与抑郁症变化之间的关系，发现如下结果：

1、治疗前后应对方式变化的特征

除“幻想、合理化”评分外，各指标的改变均达显著水平，其中“回避、自责、SDS”评分治疗后较治疗前显著降低，“求助、解决问题”评分则显著增高（见表 10-2）。表明治疗前后病人的大多数应付方式发生了显著变化，但“幻想、合理化”则较稳定。

表 10-2 病人治疗前后各指标的比较

指 标	治疗前	治疗后	t 值
SDS	56.04±7.49	37.05±8.42	16.94**
退 避	0.47±0.24	0.42±0.24	3.20**
幻 想	0.39±0.24	0.36±0.22	1.17
自 责	0.52±0.26	0.38±0.29	5.70**
求 助	0.40±0.29	0.46±0.30	-3.28**
合 理 化	0.38±0.22	0.35±0.24	1.36
解决问题	0.46±0.30	0.61±0.31	-5.87**

^[10] Ravindran AV, Griffiths J, Waddell C, & Anisman H. *Stressful life events and coping styles in relation to dysthymia and major depressive disorder: variations associated with alleviation of symptoms following pharmacotherapy. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1995,19(4),p 637-653

^[11] 汪向东、王希林、马弘《心理卫生评定量表手册(增订版)》，中国心理卫生杂志社1999年版

^[12] Lewinsohn PM, Mischel W, Chaplin W, & Barton R. *Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. Journal of Abnormal Psychology.* 1980,89,p 203-212

^[13] Folkman S. *Coping across the life span: Theoretical issues*, in Gummig EM, Greene AL, Karaker KH. *Life-span Developmental Psychology.* NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Pub. 1991,p3-19

大多数学者研究人们的应付过程主要采取两种不同的概念模式：一是自我心理学模式（ego psychology model），围绕心理发展的主题加以组织，应付被视为人格的一个方面；一是应激的关联模式（relational model of stress）^[1]，又称场合模式（contextual model），将应付视作个体用来处理内部和/或外部要求的一系列不断变化着的思考与行动^[2]。

依据这两种模式，抑郁症的应付方式有的会随着治疗的进行而发生改变，有的则不会改变。Veiel HO 等表明抑郁症患者常采用消极的应付方式，较少采用积极的应付方式。而改变患者的应付方式有助于减轻病情，缩短病程^[3]。本研究结果提示，治疗后“退避、自责”这两种消极的应付方式减少，“求助、解决问题”这两种积极的应付方式增加，而“幻想、合理化”变化不明显。但是治疗前后“退避”、“求助”均与正常对照差别不显著，而且相关分析显示抑郁症状的严重程度与“求助”相关不显著，表明治疗前后“退避、求助”的变化可能只具有统计学意义。因而对抑郁症患者而言，其治疗前后应付方式的变化主要表现在：“自责”减少，“解决问题”增加，表明这两种应付方式是状态性的，因此可以根据某些特征性应付方式的改变来预测抑郁症状的严重程度^[4]。而“幻想、合理化”则具有相对稳定性，患者较少采用这两种应付方式，可能为其偏爱的应付风格，较多地纳入人格特质之中，但究竟归属于哪些人格特质还有待于研究加以证实。

2、应对方式与抑郁症状的关系

随着抑郁症病人抑郁症状的减轻或缓解，“SDS、自责”的评分明显下降而趋向于与正常对照组一致，说明“自责”这一应对方式与抑郁症状严重程度关系密切。尽管抑郁症患者在治疗后“求助、解决问题”的评分显著增加，但与正常对照组比较仍存在显著差别；抑郁症患者在治

^[1] Folkman S. *Coping across the life span: Theoretical issues*, in Gummig EM, Greene AL, Karaker KH. *Life-span Developmental Psychology*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Pub. 1991, p 3-19

^[2] 梁宝勇、郭良才、郭倩玉等《关于应付的一些思考与实证研究 I 应付的概念模式与效果估价》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 3 期，第 188-190 页

^[3] Ravindran AV, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. *Primary dysthymia: a study of several psychosocial, endocrine and immune correlates*. *J Affect Disord*, 1996 Sep 9, 40(1-2), p73-84

^[4] Ravindran AV, Griffiths J, Waddell C, & Anisman H. *Stressful life events and coping styles in relation to dysthymia and major depressive disorder: variations associated with alleviation of symptoms following pharmacotherapy*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1995, 19(4), p637-653

疗后“幻想、合理化”评分减少无显著性（ $P>0.05$ ），而与正常对照组比较差异显著（见表 10-3），说明这四种应付方式在一定程度上独立于抑郁症患者的抑郁症状，具有抑郁症本身的病理心理学特征性意义。“退避”这种应付方式的评分治疗前后与正常对照组比较差异均无显著性（ $P>0.05$ ），提示该应对方式对抑郁症而言，既不具有特征性，也不能反映病情严重程度。

表 10-3 病人组治疗前后与对照组比较

指 标	病人组（前）	病人组（后）	对照组	t 值（前）	t 值（后）
SDS	56.04±7.49	37.05±8.42	36.10±7.50	18.63**	0.83
退 避	0.47±0.24	0.42±0.24	0.44±0.20	1.10	-0.50
幻 想	0.39±0.24	0.36±0.22	0.47±0.21	-2.30*	-3.21**
自 责	0.52±0.26	0.38±0.29	0.33±0.25	4.78**	0.99
求 助	0.40±0.29	0.46±0.30	0.57±0.22	-4.36**	-2.84*
合 理 化	0.38±0.22	0.35±0.24	0.43±0.19	-1.82	-2.42*
解决问题	0.46±0.30	0.61±0.31	0.83±0.18	-9.93**	-5.62**

与正常对照相比，治疗前患者较多地“自责”，治疗后“自责”这一应付方式与正常对照差别不显著，表明“自责”是抑郁症的特征性症状之一。有研究结果证实，抑郁症患者的自我评价较真实，而正常人的自我评价则略高于客观实际^[1]，这也许可以解释抑郁症患者的“自责”评分总是高于正常人。今后通过系统的纵向追踪研究，可能会有结论性发现。

（二）归因方式

人们对生活中发生的事件进行分析，指出其性质或推论其原因的过程就是归因。在分析某一事件的原因时，个体可以从三个方面来进行评价：内在--外在的（Internal-External），持久--暂时的（Stable-Unstable），整体--局部的（Global-Specific）。例如，对“在公共场合与别人发生争执”这一事件，某人归因为别人不小心踩了自己一脚，这是一种外在的

^[1] Nunn JD, Mathews A, Trower P. *Selective processing of concern-related information in depression. Br J Clin Psychol*, 1997,36(4),p489-503

242

归因，这种是暂时的，不会影响自己生活的所有方面，也就是说他对这一事件归因为外在的、暂时的、局部的，对“某次考试取得好成绩”他可能归因为自己长期努力的结果，这种归因方式是内在的、持久的、整体的，这种对正负性事件的不同归因方式有自我服务偏向，有助于身心健康的维持。

然而抑郁症患者的归因方式与正常人群存在差别，归因方式的这些差别可能是抑郁发生的因素之一。Abramson 等^[2]提出了抑郁症的归因假设：患者倾向于将负性事件归因为内在的、持久的、整体的，而将正性事件归因为外在的、暂时的、局部的，具有这种归因方式的个体很可能表现出抑郁症状。此后，学者们对这一理论及归因假设加以了验证，研究结果不一致^{[3][4]}，造成结果不一致的可能原因在于有些研究的技术方法不适当，采用的归因方式问卷仅包含单个事件。

1、病人组与对照组归因方式的比较

采用作者自编的归因方式问卷^[1]，对抑郁症病人组（98 例）治疗前后的归因方式变化及其与正常对照组（100 例）的归因方式进行测查，结果发现将病人治疗前的各指标与对照组相比（表 10-4），除负性事件的内在性维度外，本研究结果基本上验证了 Abramson 等关于抑郁症的归因模型：抑郁症的归因方式与正常人有明显的差别，正常人倾向于将正性事件归因为内在的、持久的和整体的，而将负性事件归因为外在的、暂时的和局部的，这种偏向称为“自我服务偏向”，能提高个体的自我效能感，有利身心健康。抑郁症患者缺乏这种自我服务的偏向，不能象正常人那样自我肯定，反而将正性事件归因为外在原因，将负性事件归因为内在原因，自我效能感下降，从而成为抑郁症发生的易感因素。Abramson 等关于负性事件的内在性的归因方式在本研究中并未得到验

^[2] Abramson LV, Seligman MEP, & Teasdale JD. *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology.* 1978,87,p 49-74

^[3] Dalgleish T, Neshat-Doost H, Taghavi R, Moradi A, Yule W, Canterbury R, & Vostanis P. *Information processing in recovered depressed children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry.* 1998,39(7),p 1031-1035

^[4] Needles DJ, Abramson LY. *Positive life events, attributional style, and hopelessness: Testing a model of recovery from depression. Journal of Abnormal Psychology.* 1990,99,p 156-165

^[1] 郭文斌、姚树桥、蚁金瑶等《归因方式问卷的初步编制》，《中国床心理学杂志》，2003 年第 2 期，第 92-95 页

证,可能原因为:一是归因方式的内在性维度的一致性较低($\alpha=0.390$),这与国内的研究结果一致^{[2][3]};二是内在性维度本身的不确定性,它可能还受其它因素(如可控制性等)的影响。

表 10-4 病人组与对照组比较

		病人组	对照组	t 值
负性事件	总体指标	3.03±0.78	2.70±0.45	-4.02**
	内在性	2.85±0.88	2.81±0.55	-0.43
	持久性	3.24±0.93	2.86±0.68	-3.82**
	整体性	3.01±0.91	2.45±0.73	-4.78**
正性事件	总体指标	3.59±0.47	4.00±0.52	7.13**
	内在性	3.76±0.68	4.00±0.64	3.34**
	持久性	3.83±0.60	4.14±0.60	4.54**
	整体性	3.19±0.95	3.86±0.72	6.58**

2、病人组治疗前后比较

将病人治疗前后各指标进行比较(表 10-5),发现随着治疗的进行,其归因方式发生了改变,表现在对负性事件治疗后更多地归因为暂时的、局部的、总体指标上为外在的,对正性事件治疗后更多地归因为内在的。这种改变有自我服务的偏向,提高了个体的自我效能感,有利于病情的康复。因而,可以根据抑郁症归因方式的这种改变来预测抑郁症病情的恢复程度^[4]。

^[2] 张雨新、王燕《归因方式和抑郁》,《心理学报》,1989 年第 2 期,第 141-148 页
^[3] 魏立莹、赵介城、巫善勤《抑郁与归因方式的研究》,《中国临床心理学杂志》,1999 年第 4 期,第 13-215 页
^[4] Beck AT, Epstein R, Harrison R. *Cognitions, attitudes, and personality dimensions in depression. British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1983,1,p1-11

表 10-5 病人组治疗前后比较

		治疗前	治疗后	t 值
SDS		55.96±7.50	37.21±8.33	16.84**
负性事件	总体指标	3.03±0.78	2.82±0.65	4.08**
	内在性	2.85±0.88	2.76±0.76	1.34
	持久性	3.24±0.93	2.98±0.79	3.67**
	整体性	3.01±0.91	2.70±0.97	3.96**
正性事件	总体指标	3.59±0.47	3.63±0.53	-0.87
	内在性	3.76±0.68	3.91±0.74	-2.74**
	持久性	3.83±0.60	3.89±0.63	-0.96
	整体性	3.19±0.95	3.10±0.86	1.07

(三) 自动思维

自动思维是指抑郁症患者处于一种特殊的情境中时出现的一种自动的、不随意的、持续存在的思维，常常伴有失落感，比如患者会经常出现一些“我不好”、“没有人理解我”等自动思维。然而大多数患者并不能意识到自己在产生不愉快情绪之前存在这些思想，因为这些思想已成为他们思维方式的一部分，并影响其情绪、行为等各个方面，成为抑郁症的重要特征之一。Leucht 等^[1]发现自动思维出现的频度与抑郁症的严重程度存在明显的正相关。自动思维在负性自我图式及抑郁症状之间起着中介作用，对抑郁症的发生和发展起着重要作用^{[1][2]}，识别自动思维有助于减轻病情、缩短病程。本研究发现^[3]，治疗后自动思维问卷的得分较治疗前明显下降（治疗前：84.27±23.81，治疗后：52.34±19.96，t 值 13.52，P<0.01），相关分析显示自动思维问卷的得分与 SDS 得分明显相关（r=0.61），表明自动思维出现的频度与抑郁症的严重程度存在明显

^[1] Leucht S, Wada M, & Kurz A. Are negative cognitions symptoms of depression or also an expression of personality traits? *Nervenarzt*. 1997,68(7),p563-568

^[2] Peden AR, Hall LA, Rayens MK, & Beebe L. Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nurs Res*. 2000,49(4),p 201-207

^[3] 姚树桥、郭文斌、吴大兴《抑郁症患者自动思维及应对方式特征的研究》，《中国心理卫生杂志》，2003 年第 6 期，第 412-414 页

的正相关，这与有些研究者^[4]研究结果相同。因此在抑郁症的诊治过程中，帮助患者识别自动思维，有助于病情的缓解。

第二节 社会支持和人格因素在抑郁症患者病情转归中的作用

社会支持通常被看作是影响抑郁症患者病情变化的一个环境因素，而人格则被视做一种影响抑郁症状的内在的心理因素。这两种因素都可以作为应激事件和抑郁间关系的调节因素和中介因素，起着重要作用。

一、社会支持因素在抑郁症患者病情转归中的作用

社会支持是指个体与个体之间、或个体与团体之间的依存关系，这种关系能应付短期挑战、应激和社会关系剥夺的能力。可以从三个方面来理解这个定义：其一是客观社会支持，指实际的或可见的社会支持，包括物质上的直接援助和社会关系网络；其二是主观社会支持，指的是能体验到的或情绪上的社会支持，即个体感到在社会中被理解、被尊重、被关怀的主观体验和满意程度，以个人的主观感受或体验为标准；其三是社会支持的利用度，指的是个体面对挑战或应激，有意识或无意识地利用自己社会支持系统来应付挑战或应激。

社会支持是应激性生活事件和抑郁症之间的中介因素之一，良好的社会支持系统能缓解应激性生活事件给个体带来的影响，对健康起着间接的保护作用。此外，社会支持还具有独立作用，不一定要在应激的情况下才能发挥作用，而在于维持个体良好的情绪体验，从而有益于健康。我们研究发现^[1]（见表 12-6），患者得到的主观社会支持明显高于正常对照组，可能原因为由于发病，家庭成员等对患者的关注程度较发病前明显的增加，但患者对这些社会支持的利用度却不如正常对照组，表明患

^[4] 梁宝勇、郭良才、郭倩玉等《关于应付的一些思考与实证研究 I 应付的概念模式与效果估价》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 3 期，第 188-190 页

^[1] 郭文斌、姚树桥、卢永红等《抑郁症患者生活事件及社会支持特征的研究》，《中国心理卫生杂志》，2003 年第 10 期，第 693-695 页

者得到的社会支持虽然较多，但对社会支持的利用却不够，于是面对众多的应激性生活事件，社会支持系统的缓冲作用不能很好的发挥，从而参与抑郁症发展过程。因而在治疗过程中，可以有意识地鼓励患者增加对社会支持的利用度，调动他们的主观能动性，鼓励他们平时多与家人、朋友交往，积极参加集体活动，遇到烦恼或困惑时积极向家人或朋友倾诉与求助，这样有助于增加社会支持的利用度，有利于个体的情绪表达，使社会支持系统的缓冲作用得以更好的发挥，对病情的康复起着重要作用。低应激状态的患者得到的总的社会支持及主观社会支持均高于高应激状态的患者，是否由于低应激状态的患者得到的社会支持较多，从而减轻了一些生活事件的影响，记忆起的生活事件较少，还是因为这些人遇到的应激性生活事件确实较少，但这从另一个侧面反映出社会支持对于精神应激有缓冲垫的作用，对心理健康有保护作用，可以有效的减少抑郁体验。

表 10-6 病人组与对照组比较 (X±SD)

指 标	病人组	对照组	t
SDS	55.96±7.50	35.70±7.55	18.80**
社会支持总分	39.52±7.42	38.01±7.94	1.37
客观社会支持	9.86±2.90	9.09±3.22	1.76
主观社会支持	22.65±5.11	21.06±5.00	2.19*
社会支持利用度	7.01±2.11	7.94±1.98	-3.17**

二、人格因素在抑郁症发生和转归中的作用

在人格和抑郁症之间的关系的研究中，人们更多地使用人格维度而不是人格特质，可能原因是维度水平是高阶人格（higher-order），而特质水平属于低阶人格（lower-order），维度比特质的范围更广，它属于型的水平，而特质水平被包括在型的水平内，例如外倾维度包括了冲动性、活动性、社会性、易激惹等特质。从概念上讲，人格与抑郁症之间有四种关系模型，即易感性模型、疾病形成模型、并发症模型（或“伤疤”模型）、光谱模型（或连续体模型）。

本研究（表 10-7）亦从人格维度来探讨人格与抑郁症的关系，采用龚耀先修订的 EPQ 对 87 例抑郁患者和 90 例正常对照组进行了测查^[1]，结果发现抑郁症患者的神经质、精神质两个维度的得分明显高于正常对照组，而内外倾维度的得分明显低于正常对照组，说明与正常对照组相比，处于发病阶段的抑郁症患者具有较高的神经质和精神质得分、较低的外倾性，这些可能是抑郁症的易感人格因素。已有的研究^[2]表明，抑郁症患者确实比控制组有更高的神经质得分，抑郁症的恢复与神经质得分逐渐下降相关（光谱模型），发病期的高神经质得分预示着较差的预后。外倾是一个稳定的、可遗传的、具有较高概括性的人格因素，与神经质有极为重要的关系。发病期的抑郁症患者外倾性维度得分较低，处于恢复期的患者外倾得分有明显的增加，低外倾性与较差的预后相关（疾病形成效应）。与以往研究不同的是，本研究发现处于发病期的抑郁症患者精神质得分明显较正常对照组高。由于精神质维度是新发展的一个维度，与神经质维度有一定的相关，就其内容来看，是一些人格问题的项目，没有或很少有这些问题的人应该是正常的，有这些问题的人则具有解释意义。相关分析（表 12-8）表明，抑郁症状的严重程度似乎与外倾性、精神质两个维度的关系更为密切，而神经质维度则未进入回归方程。

表 10-7 病人组与正常对照组的比较

指 标	病人组	正常对照组	t 值
SDS	51.59±8.02	33.88±4.54	16.56**
P	55.41±12.15	46.69±8.34	4.99**
E	48.45±10.67	59.29±9.17	-6.06**
N	61.99±9.13	45.33±10.88	9.63**
L	43.39±11.68	45.94±11.61	-1.24

^[1] 彭瑛、郭文斌、王国强《抑郁症患者抑郁症状\应付方式与人格关系的研究》，《中国临床心理学杂志》，2003 年第 3 期，第 192-194 页

^[2] 梁宝勇、郭倩玉、郭良才等《关于应付的一些思考与实证研究Ⅱ应付方式的评定》，《中国临床心理学杂志》，1999 年第 4 期，第 200-203 页

表 10-8 病人组各指标的相关分析

	SDS	P	E	N	L
SDS					
P	0.38**				
E	-0.50**	-0.11			
N	0.35**	0.28**	-0.31**		
L	-0.20*	-0.57**	0.06	-0.46**	

第三节 抑郁症病人的 ERPs 特征的研究

众多学者从病理心理学角度对抑郁症患者负性认知偏差进行了较深入的研究，发现病人负性认知偏差具有持久性存在，广泛涉及多个心理功能领域及内在指向性特征，并是抑郁症患者病理人格中的重要部分；负性认知偏差首先导致个体产生无助感、无望感及丧失感，进而促使抑郁症的发生；归因方式（**attribution style**）与个体自动产生负性认知偏差有密切关系，使个体倾向于从整体上持久性把外部事件判断为对自己有消极影响的行为模式，并从此作为外部事件导致个体抑郁症发生的心理学中介机制^[1]。从理论上讲，抑郁症患者的负性认知偏差作为一种稳定的、内在性的人格特征，除了具有上述的完整心理学上解释机制外，也必然有其相对应的脑神经生理机制，这方面证据甚至更为重要。最近，Dietrich 等(2000)采用事件相关电位（**event-related potentials, ERPs**）对抑郁病人进行了研究，发现正常对照组正负性词与中性词所诱发的 ERPs 波幅有差异以及存在新旧词效应（**old/new effect**），而抑郁症情绪词的比较无此类效应，认为这与病人的工作记忆容量使用减少有关，在一定程度上可能与负性思维有关^{[2][3]}。

^[1] Davison GC, Neal JM, Kring AM. *Abnormal Psychology*(9th edition). John Wiley & Sons, Ins. 2004,p267-317

^[2] Dietrich DE, Kleischmidt A, Houser U, et al. *Word recognition memory before and after successful treatment of depression. Pharmacopsychiatry*, 2000,33(6),p221-228

^[3] Dietrich DE, Emrich IM, Waller C, et al. *Emotion/cognition-coupling in word recognition memory of depressive patients: an event-related potential study. Psychiatry research*, 2000,96,p15-29

近年来,许多研究者开始采用能反映大脑认知功能的事件相关电位(ERPs)来探讨抑郁症患者情绪障碍,发现抑郁症患者听觉 P300 潜伏期延长,波幅降低,但听觉 P300 刺激简单,特异性不够,没有涉及抑郁症负性认知偏差内容及过程^[4]。现在许多研究者采用情绪词作为刺激材料,要求患者给予再认。Blackburn 等(1990)研究发现,不论正在患病的抑郁症病人,还是至少恢复 3 个月的病人,与正性词相比,他们对负性词反应的 P300 波幅较低,而正常健康对照组显示了相反的模式,即负性词诱发的 P300 波幅比正性词大,这可能与抑郁症病人的信息加工模式存在负性认知结构,引导他们对自己、周围世界和将来采用负性看法有关^[5]。但 Dietrich 等 (2000)研究结果相反,未发现抑郁症情绪词所诱发的 ERP 波幅之间的差异以及新旧词效应(old/new effect),而正常对照组的正负性词与中性词比较存在这种效应,他们认为与病人的工作记忆容量使用减少,可能在一定程度上与负性思维有关^{[2] [3]}。这些实验结果不一致可能与认知实验模式设计不同有关,因此本研究^{[6][7]}采用的实验模式是把正性词、负性词和中性词汉语情绪词随机呈现给被试,要求给予区分。结果发现,抑郁症患者视觉识别汉字情绪词所诱发的 ERPs 效应与正常组类似,但其 ERPs 成分有显著的不同之处,特别是负性词在前额区的 N2(N250)波与正常组显著不同,表现为宽大的负性波。Kiehl 等(1999)研究有相似结果,主要发现精神病患者组在中央前额区有较大的负性波(N350)^[8]。Schapkin 等(2000)情绪词分类研究认为 P2 波反映情绪词意义的综合评估,P3 反映与之相关认知作业的决定,正慢波(SPW)则与个体情绪体验有关^[9]。本研究发现抑郁症组 P3 波幅低于正常组,提示患者对刺激评价所投入心理资源数量的不足。正常组与抑郁症组比较,正性词 N4 两者有差异,而负性词 N4 两者无差异,抑郁症组的自动思维分

^[4] 张明岛、陈兴时等编著《脑诱发电位学》,上海科技教育出版社 1995 年版,143-179 页

^[5] Blackburn IM, Roxborough HM, Muir WJ, et al. *Perceptual and physiological dysfunction in depression. Psychological Medicine*, 1990,20,p95-103

^[6] 姚树桥,吴大兴,梁宝勇等.《抑郁症患者自动思维与识别情绪词诱发 ERPs 的相关研究》,《中国临床心理学杂志》,2003 年第 3 期,第 192-194 页

^[7] 姚树桥、吴大兴、郭文斌《抑郁症患者识别情绪词的 ERPs 实验研究》,《中华物理医学与康复杂志》2004 年第 4 期,第 218-222 页

^[8] Kiehl KA, Hare RD, McDonald JJ, et al. *Semantic and affective processing in psychopaths: an event-related potential (ERP) study. Psychophysiology*, 1999,36(6),p765-74

^[9] Schapkin SA, Gusev AN, Kuhl J. *Categorization of unilaterally presented emotional words: an ERP analysis. Acta Neurobiol Exp(Warsz)*, 2000,60(1),p17-28

数与正性词 N4 波幅呈负相关。这与 Neshat -Doost 等(1998)行为研究的结果不一致^[1]，按认知选择偏向的推论负性词 N4 应该存在差异，自动思维应与 N4 波幅呈正相关。因此，本研究结果是否提示另外一种可能性，即抑郁症患者对正性与负性情绪的体验不平衡所致，即对负性情绪信息选择偏向或体验并没有增加，而是对正性情绪偏向减少，导致负性情绪体验相对增多，从而临床表现为负性认知偏差占优势的状况。

对于颅脑区域分布的研究，Kayser 等（2000）认为抑郁症患者面对情绪刺激时表现为右侧枕颞区功能失调，P3 波幅表现大脑不对称性^[2]。本研究正常组正性、负性词 P3 波幅以顶部明显，呈对称性，但正负性差异波 P3 及显著性概率地形图（t-SPM）分析却显示右中央前额颞交界区有差异；正性、负性词 N4 在右前额区（FZ、F4、FCZ、FC4）分布明显，但 N4 差异负波则表现为左中央前额区显著性差异^[3]。自动思维分别与负性词 ERP 波 FZ、F3、F4 点 N3 高度负相关，提示抑郁症患者负性认知偏差 ERPs 机制可能涉及前额叶左右不同区域的功能紊乱^[4]。也就是说，可能由于抑郁症患者觉察和评估情绪刺激时，在不同阶段选择性抑制前额叶左右半球不同区域的功能整合，由此导致负性自动思维持续存在的局面。

当然，抑郁症的认知过程是一个连续的、统一的过程，这个过程较为复杂，相互影响相互作用。本实验也只是从一个侧面来探讨抑郁症负性认知偏差可能的脑神经生理机制，并且事件相关电位存在稳定性差、空间分辨率低、对颅脑激活区的精确度不够等局限性，因此详细阐明抑郁症负性认知偏差的脑机制有待进一步的深入研究。

^[1] Neshat-Doost HT, Taghavi MR, Moradi AR, et al. *Memory for emotional trait adjectives in clinically depression yonth. J Abnorm Psychol*, 1998,107(4),p642-645

^[2] Kayser J, Bruder GE, Tenke CE, et al. *Event-related potentials (ERPs) to hemifield presentations of emotional stimuli: differences between depressed patients and healthy adults in P3 amplitude and asymmetry. Int J Psychophysiol*, 2000,36(3),p211-36

^[3] 姚树桥、吴大兴、郭文斌《抑郁症患者识别情绪词的 ERPs 实验研究》，《中华物理医学与康复杂志》2004 年第 4 期，第 218-222 页

^[4] 姚树桥、吴大兴、梁宝勇等《抑郁症患者自动思维与识别情绪词诱发 ERPs 的相关研究》，《中国临床心理学杂志》，2003 年第 3 期，第 192-194 页

第四节 抑郁症的其它相关单因素研究

本节探讨两种因素——焦虑症状和性别因素同抑郁症的关系。

一、焦虑症状

目前对精神疾病的共病,尤其是焦虑与抑郁的共病研究较多。焦虑和抑郁的共病率各家报道不一,WHO 和美国 Michigan 大学曾进行流行病学调查,发现两者的共病率达 50%左右^{[5][6]}。Hamilton 研究发现,有 95%的抑郁症至少有过一次焦虑症状^[7]。

虽然已有大量研究试图研究抑郁与焦虑共病的关系,发现了是否伴有焦虑症状的抑郁症病人某些临床特征。但是在抑郁症的病理心理学上,是否伴有焦虑症状的抑郁症病人的应付方式与人格及其与抑郁症状的关系等基本问题并不十分清楚。因此,对是否伴有焦虑症状的抑郁症患者应付方式与人格关系作进一步研究,将对了解是否伴有焦虑症状的抑郁症患者的这些基本的病理心理学特征提供帮助。

我们采用焦虑自评量表(SAS)对病人组(87例)及正常对照组(90例)进行比较,发现病人组 SAS 与对照组存在显著差异(病人组: 57.16 ± 10.94 , 正常对照组: 37.20 ± 5.81 , t 值 14.04, $p < 0.01$),说明病人组的焦虑症状较对照组明显。

^[5] Sartorius N, Uston TB, Lecrubier Y, et al. *Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care*. Br J Psychiatry. 1996,168,p38

^[6] Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, et al. *Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US national comorbidity survey*. Br J Psychiatry. 1996, 168,p17

^[7] Nutt D. *Management of patients with depression associated with anxiety symptom*. J Clin Psychiatry. 1997, 58 (Supple 8),p 11

根据 SAS 的划界分 50^[1]将病人组分为有、无焦虑症状两组（分别为 63 人、25 人），两组在年龄、文化程度两个指标上无差异。从表 10-9 可以看出，有焦虑症状组的病人 SDS、SAS、P、N 的得分明显高于无焦虑组，积极应对方式的得分低于无焦虑症状组，而 E、L、消极应付方式无明显差异，说明有焦虑症状的抑郁病人其抑郁症状较严重，精神质、神经质比较明显，较少采用积极的应付方式。

表 10-9 有无焦虑症状的病人组各指标比较

指 标	有焦虑症状组	无焦虑症状组	t 值
SDS	54.25±7.61	44.60±3.59	8.05**
SAS	62.21±8.44	44.44±3.82	13.57**
P	58.06±12.23	48.28±8.74	4.20**
E	47.46±9.50	51.32±12.96	-1.35
N	64.03±8.57	56.52±8.34	3.74**
L	42.34±11.82	46.44±10.93	-1.49
积极应对方式	1.29±0.61	1.74±0.47	-3.33**
消极应付方式	1.27±0.50	1.17±0.57	0.85

进一步将病人组（87 例）各指标进行 Pearson 相关分析（表 12-10），发现 SDS 得分与 SAS、EPQ 的 P、N 二个维度的得分存在明显的正相关，与 EPQ 的 E、L 二个维度、积极应对方式的得分存在明显的负相关；SAS 得分与 SDS、EPQ 的 P、N 二个维度的得分存在明显的正相关，与积极应对方式的得分存在明显的负相关；积极应对方式的得分与 SDS、SAS、EPQ 的 P、N 二个维度的得分存在明显的负相关，与 EPQ 的 E、L 二个维度、积极应对方式的得分存在明显的正相关；而消极应付方式的得分只与积极应对方式的得分存在明显的正相关，与其它指标的相关性不明显。

^[1] 汪向东、王希林、马弘《心理卫生评定量表手册(增订版)》，中国心理卫生杂志社 1999 版

表 10-10 病人组各指标的相关分析

	SDS	SAS	P	E	N	L	积极应 付方式	消极应 付方式
SDS								
SAS	0.57**							
P	0.38**	0.42**						
E	-0.50**	-0.17	-0.12					
N	0.36**	0.35**	0.28**	-0.32**				
L	-0.25*	-0.19	-0.57**	0.07	-0.46**			
积极应 付方式	-0.49**	-0.31**	-0.50**	0.38**	-0.30**	0.39**		
消极应 付方式	-0.01	0.10	-0.01	0.02	0.06	-0.09	0.30**	

与无焦虑症状组相比，有焦虑症状组的患者 SDS、SAS、P、N 的得分明显高于无焦虑组，积极应付方式的得分低于无焦虑症状组，而 E、L、消极应付方式无明显差异，说明有焦虑症状的抑郁患者其抑郁症状较严重，相关和回归分析表明，抑郁症状的严重程度与焦虑症状的严重程度的关系密切，进一步说明抑郁和焦虑两者之间存在彼此相伴随的关系，这或者可以为解释它们的共病率高提供依据之一。有焦虑症状组患者的精神质、神经质两个维度的得分比较明显，说明有焦虑症状的抑郁患者其存在人格缺陷的可能性更大。

二、性别因素

有研究发现抑郁症的应对方式存在一些性别差异，女病人比男病人更多地采取消极的应对方式(除酗酒外)，而且表现出更多的抑郁症状^[1]^[2]，而一些研究则没有发现这种差异。

^[1] Hanninen V, Aro H. *Sex differences in coping and depression among adults. Soc Sci Med*[J]. 1996 Nov,43(10),p 1453-1460

^[2] Rudnicki SR, Graham JL, Habboushe DF, et al. *Social support and avoidant coping: correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. Women Health*[J]. 2001,34(3),p19-34

我们对不同性别的病人(男性 50 例, 女性 47 例)进行了比较, 发现男女病人治疗前、后“SDS”得分有显著差异, 女高于男, 女病人的抑郁体验较男病人严重。自动思维及应对方式六个因子治疗前后无明显差异, 显示不同性别病人的应对方式无性别差异(见表 10-11), 而男女对照组的各指标则无明显差异。

表 10-11 不同性别病人的比较

指 标	治疗前			治疗后	
	男病人	女病人	<i>t</i> 值	男病人	女病人
SDS	54.38 ± 7.42	57.89 ± 7.22	-2.33 *	35.34 ± 7.64	39.09 ± 8.86
自动思维	82.00 ± 23.36	86.68 ± 24.29	-0.97	49.20 ± 15.65	69.97 ± 22.98
退 避	0.46 ± 0.23	0.49 ± 0.24	-0.73	0.40 ± 0.24	0.44 ± 0.25
幻 想	0.38 ± 0.24	0.40 ± 0.24	-0.29	0.37 ± 0.24	0.35 ± 0.20
自 责	0.53 ± 0.28	0.52 ± 0.25	0.09	0.36 ± 0.28	0.40 ± 0.30
求 助	0.39 ± 0.29	0.42 ± 0.29	-0.53	0.48 ± 0.29	0.44 ± 0.30
合 理 化	0.39 ± 0.22	0.37 ± 0.22	0.47	0.35 ± 0.23	0.35 ± 0.24
解决问题	0.50 ± 0.31	0.42 ± 0.28	1.33	0.67 ± 0.30	0.56 ± 0.33

注: * $p < 0.05$ 。

有研究表明男女患者的应对方式存在性别差异, 女性患者较男性患者更多地采用情绪集中应对方式^{[1][2]}。然而本研究发现, 男女病人应对方式在治疗前无显著差别。造成结果不一致的原因可能有: 一是研究工具不一样; 二是研究对象不同, 我们的研究对象为住院的抑郁症病人, 前两个研究的对象来自有抑郁情绪的一般人群。在本研究中, 治疗前后 SDS 得分女病人高于男病人, 且有显著差别, 表明女病人的抑郁体验更为严重, 也表明女性患者更容易患抑郁症^[2], 这与 Nolen-Hoeksema S 等人(1993)研究结果一致。

第五节 自动思维与归因方式对抑郁症的多因素分析结果

我们进行了归因方式等中介变量在抑郁症治疗过程中作用的纵向（追踪一次住院过程）研究，在前面报告了应激性生活事件、归因方式、自动思维、应付方式等对抑郁症的影响以及在治疗过程中的变化。这些研究结果显示：抑郁症发病前一年中经历的应激性生活事件明显增加；治疗前倾向于将负性事件归因为整体的、持久的，而将正性事件归因为外在的、局部的、暂时的，治疗后患者对负性事件治疗后更多地归因为暂时的、局部的、总体指标上为外在的，对正性事件治疗后更多地归因为内在的；治疗后较治疗前的自动思维明显减少；治疗后较少采用“自责”、较多采用“解决问题”的应付方式，“幻想、合理化”这两种应付方式则变化不明显。然而，这些结果都是从单一的中介变量角度分析其在抑郁症治疗过程中的作用。本文依据抑郁症的认知理论，假设的研究分析框架（图 10-2）为：自动思维与应付方式作为抑郁症发生、发展的中介因素，它们对抑郁严重程度产生影响，同时它们之间可以相互影响。以回顾性研究方法（治疗前抑郁症组与对照组）、前瞻性研究方法（治疗后抑郁症组痊愈与否）两种研究方法，报告该研究中自动思维、归因方式在抑郁症治疗过程中作用的多因素分析结果，来探讨自动思维、归因方式对抑郁严重程度的影响，以为抑郁症的治疗与康复指导提供理论依据。

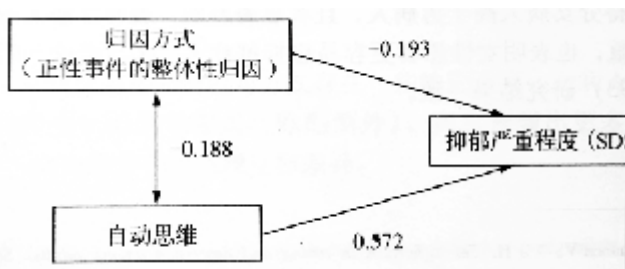


图 10-2 自动思维、归因方式对抑郁程度变化的路径分析模式 (n=97)

一、自动思维、归因方式各指标的 logistic 回归分析

对抑郁症组治疗前（97 例，取值为 1）、对照组（100 例，取值为 0）自动思维、归因方式各指标进行 logistic 回归分析，结果显示（表 10-12）显示，自动思维、对正性事件的整体性维度的归因方式有显著性（ $P<0.05$ ），归因方式其它各指标影响无显著性（ $P>0.05$ ）。

表 10-12 自动思维、归因方式各指标的 logistic 回归分析（ $n=197$ ）

	回归因素	回归系数（B）	Wald 检验	P 值
	自动思维	-0.073	42.324	0.000
负性事件	自身性	0.092	2.582	0.108
	持久性	0.027	0.259	0.611
	整体性	0.051	1.004	0.316
正性事件	自身性	0.016	0.073	0.787
	持久性	0.072	1.164	0.281
	整体性	0.103	4.228	0.040

二、治疗后抑郁症组自动思维、归因方式各指标的 logistic 回归分析

根据治疗后 SDS 的得分，可将抑郁症组分成未愈组（ $SDS \geq 40$ ，34 例，取值为 1）、治愈组（ $SDS < 40$ ，63 例，取值为 0）两组，对之进行 logistic 回归分析，结果显示（表 10-13）显示，自动思维、对正性事件的整体性维度的归因方式有显著性（ $P<0.05$ ），归因方式其它各指标影响无显著性（ $P>0.05$ ）。

表 10-13 治疗后抑郁症组自动思维、归因方式各指标的 logistic 回归分析（ $n=97$ ）

	回归因素	回归系数（B）	Wald 检验	P 值
	自动思维	0.126	18.950	0.000
负性事件	自身性	-0.010	0.010	0.919
	持久性	0.249	3.004	0.083
	整体性	-0.033	0.102	0.750
正性事件	自身性	0.044	0.124	0.725
	持久性	-0.228	3.643	0.056
	整体性	0.033	4.082	0.045

三、自动思维、归因方式差值对抑郁程度变化的路径分析

为了清楚、直观地了解自动思维、归因方式对抑郁程度变化的影响特征，我们采用了路径分析的方法，对单因素分析中有显著意义的两个指标自动思维、正性事件的整体性归因进行分析。依据抑郁症的认知理论，我们假设的研究分析框架（图 10-2）为：自动思维与应付方式作为抑郁症发生、发展的中介因素，它们对抑郁严重程度产生影响，同时它们之间可以相互影响。此研究路径图需要进行两个复回归分析：第一个，效标变量为 SDS 的差值，预测变量为自动思维、归因方式的差值；第二个，效标变量为自动思维（或归因方式）的差值，预测变量为归因方式（或自动思维）的差值。路径系数为复回归系数 β ，此系数反映了预测变量对效标变量的直接影响效应。本研究结果（图示）说明，自动思维的差值对 SDS 的差值的直接影响最大（路径系数为 0.572），归因方式中正性事件整体性归因的差值为其次（路径系数为 -0.193）。而自动思维的差值与归因方式中正性事件整体性归因的差值的相互影响较小（路径系数为 -0.188）。

不论治疗前抑郁症组与对照组数据，还是抑郁症组治疗后痊愈组与未愈组的数据，结果都证明自动思维以及对正性事件的整体性维度的归因方式对抑郁程度变化的影响具有显著作用，进一步支持了自动思维出现的频度与抑郁症严重程度呈正相关。此外，对本研究中患者的抑郁程度变化的自动思维、归因方式差值的路径分析结果说明，自动思维的变化对抑郁严重程度变化的直接影响效应最大，归因方式中正性事件整体性归因的变化的直接影响效应为其次，而自动思维的变化与归因方式中正性事件整体性归因的变化相互之间也有一定的影响。而国外的一些研究表明，抑郁症患者较正常对照组对负性事件的归因为整体的、持久的^[1]，研究结果不一致的可能原因为本研究中用的指标为治疗前后各指标的差值，表明的是各指标变化的多少，对正性事件的整体性归因在治疗后改变最明显，对抑郁严重程度变化的直接影响效应较大。因此，在治疗过程中考虑上述因素的影响，帮助患者识别自动思维、改变患者

^[1] Metalsky GI, Halberstadt LJ, Abramson LY. *Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression.* *Journal of Personality and Social Psychology.* 1987,52,p 386-393

的归因方式，尤其是对正性事件的归因方式，将正性事件归因为内在的、持久的、整体的，将有助于提高患者的自我效能感，这样有助于减轻病情、缩短病程^{[1][2]}。

这里值得注意的是，本研究仅仅是对抑郁症患者一次住院治疗过程资料的初步总结分析，所得到的抑郁症样本在以后的追踪调查中还可能发生变化，即有的以后可能不会再有抑郁发作，有的仍会发作抑郁，而且两次发作之间的间隔期长短不一，因而还不能确定自动思维、归因方式的变化对抑郁症严重程度的变化是持久的，还是暂时的，这些问题有待于对本研究样本继续追踪观测及对观测资料进行深入分析才能解决。

(中南大学湘雅二医院心理中心 姚树桥 郭文斌 吴大兴)

^[1] Peden AR, Hall LA, Rayens MK, & Beebe L. *Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women.* Nurs Res. 2000,49(4),p 201-207

^[2] Cohen L, van den Bout J. *A conceptual scheme for assessing evenhandedness and (counter) self-serving attributional biases in relation to depression.* Psychol Rep. 1994,75(2),p809-904

第十一章 抑郁障碍病人的应激、 应对和防御特点

内容提要

本章继续探讨抑郁症患者的心理应激和应对问题。抑郁是当代人最为常见的情绪困扰之一，抑郁症或抑郁障碍则是一种颇为常见的精神疾病。按照先进的精神医学观点，抑郁障碍是多种生物学因素、心理因素和社会文化（人际、家庭）因素相互作用的结果。本章首先讨论了影响抑郁障碍发病、发展和转归的心理社会因素，包括生活应激因素，人格特征因素，社会支持和个人的心理调节手段等。随后，研究者通过一个实证研究深入地探讨了抑郁障碍患者在归因方式、应对方式和防御机制使用等方面的特点。

在人的一生中，每个人都会遭遇由各种丧失和挫折所带来的抑郁情绪。这种一过性的情绪反应不属于疾病范畴，并且我们中的大多数人可以比较快地从这种不愉快中解脱出来。但是，仍然有些人长时间地受着抑郁的困扰，以至难以体验到正常人的快乐，这时抑郁就有可能是一种疾病状态了。抑郁障碍是以情绪低落、兴趣缺乏和乐趣丧失为主要特征的一组精神障碍。通常伴有相应的认知、行为、生理以及人际关系方面的改变或紊乱，躯体症状也很常见，甚至构成重要的临床相。抑郁障碍的表现具有很大的变异，较轻的可以是较短时间的情绪情感反应，重的则可成为一种严重的反复发作性疾病，甚至有自杀倾向，而导致生命丧失。我国抑郁障碍的总患病率低于欧美等国，但是近年来有日益增高的

发展趋势，抑郁障碍正威胁着人们的心理健康和生活质量^[1]。

第一节 抑郁障碍发生和发展中的心理社会因素

关于抑郁障碍发生、发展的理论和研究有很多，主要有生物学和社会—心理学两个大的方面的理论和研究。抑郁障碍生物学方面的研究包括人体生物化学、神经内分泌、神经免疫、脑电生理异常、脑影像学以及遗传学等方面。这些研究形成了众多的理论和假说，医学临床的各种治疗如药物治疗和电抽搐治疗即是以此为据^[1]。

但是，单一的生物学因素无法满意地解释情感障碍尤其是抑郁障碍的原因。即使生物学因素在抑郁障碍发病中起重要作用，社会心理因素的诱发乃至致病作用依然不容忽视。一般认为生物学因素在抑郁障碍发生中可能导致一种易感素质，例如某种神经递质系统或其他生理功能的不稳定。而具有这种易感素质的人可以在一定社会心理因素的促发下发病。易感素质并非全或无的，而是呈现出一种过渡状态。较为易感的人在较轻的环境因素影响下即可发病；而较不易感的人在较重大的环境因素的影响下仍可能发病，同时，易感素质并不一定完全来自遗传或生物学方面的改变，例如早年生活经历如童年创伤经历的影响也是不容忽视的。

在抑郁障碍发生、发展和转归的过程中，心理——社会因素的研究主要包括：生活应激、人格特点、心理调节手段和社会支持系统等几个方面。

一、生活应激

生活事件是造成人生活应激的主要因素，最近几十年来生活事件对人身心的影响日益受到人们的重视，许多研究报告了生活事件与某些疾病的发生、发展和转归的相互关系，其中生活事件与抑郁障碍之间的研究非常丰富。

众多的研究表明生活事件在某些特定类型抑郁障碍的发病中有着肯

^[1] 沈渔村《精神病学》，人民卫生出版社 2001 年第四版，第 426-433 页

定的致病作用。除了应激障碍和适应障碍等与应激性生活事件有明显的继起关系外，临床观察发现，各类抑郁障碍患者在发病前常常遭遇到较多的生活事件。但是在总体上，生活事件（应激）在抑郁障碍的发生上的地位还存在着不同的解释。对于某些类型的抑郁障碍，如适应障碍中的各类抑郁反应，有人认为生活事件是它们的病因性因素。而对另一些抑郁障碍，如恶劣心境等，生活事件则被认为只是诱因，促发了某种潜在的状态，使抑郁提前发作而已^[1]。

生活事件通常根据它的性质被分为两类——正性生活事件和负性生活事件（也有学者将其分为三类——正性、负性和中性）。很多研究显示，负性生活事件和抑郁有着显著的正相关。正性事件对抑郁的影响在不同的研究中存在着分歧。有研究发现在抑郁障碍患者和正常对照中前者遭遇负性生活事件的几率明显高于后者，而在正性事件上的差别不大^[2]。有的学者在研究中却发现，正性和中性生活事件也可以导致抑郁，如晋升按其性质属于正性事件，但是由于晋升或其他类似事件可以引起部分个体的不胜任感、身居高位的孤独感等从而引起抑郁^[3]。除了与抑郁障碍的发生之间的关系，生活事件对抑郁障碍的发展和转归也有明显影响。**Brown** 认为负性生活事件可以加剧抑郁症状的严重程度、延长疾病病程，而正性生活事件则在抑郁的康复中起着重要的积极作用。**Eellicott** 等也发现应激性生活事件与抑郁的复发有着显著的正相关。

任何形式的生活变化都需要个体动员机体的应激资源做出新的适应，因而产生紧张并可能由此导致疾病。生活事件作为应激源，使个体产生应激状态，适应不良者最终可导致包括抑郁障碍在内的各种心理和躯体疾病。但是，丢一件衣服和丧失一位亲人虽然同属于负性生活事件，可它们对人产生的影响显然是不能等量齐观的。研究也发现单纯的生活事件数与疾病的结局关系并不一致，在目前已有的研究中，几乎所有的

^[1] 刘贤臣等《生活事件、应付方式与青少年抑郁的相关研究》，《中国临床心理学杂志》，1997年第3期，第166-168页

^[2] 侯钢《生活事件、社会支持与情感性精神障碍的预后》，《中国心理卫生杂志》，1998年第2期，第101-103页

^[3] Sarason JG, et al, *Assesing the impact of life change: Development of life experience survey of consulting and clinical psychology*, 1978, 46, p 932

结果都显示严重生活事件致抑郁的作用最强^[1]。严重生活事件可以以单独致病的方式导致包括抑郁在内的各类疾病，轻度和中度生活事件则以合并易感素质为主要致病方式，即轻、中度生活事件的频度和积累增加了个体对疾病的易感性。从一定意义上，这种事件刺激强度的不同解释了生活事件在抑郁发生上的地位存在的不同（即病因说和诱因说），同时，也是目前生活事件刺激测量多采用综合加权评分的依据。科尼尔（Cornell, DG）发现，在抑郁性神经症患者遭遇的生活事件明显高于正常人，并以人际关系紧张和工作经济问题等轻中度事件最为常见，国内郑延平等也发现，在抑郁性神经症患者中病前最常见的是中等紧张程度的生活事件。

同一生活事件对于不同年龄、性别、职业、文化背景、受教育程度的个体甚至同一个体的不同时期都存在着不同的意义和影响，所以生活事件的轻重之分不应是整齐划一的。国外的研究报告，导致抑郁障碍发生的主要生活事件是“工作和经济问题”，而国内学者则发现，在我国导致抑郁发生的事件中“家庭关系问题”居于首位，这可能与家庭在我国文化中居于重要的核心地位有关。生活事件对不同年龄组的人群也有不同的影响，如在大学生中，对情绪产生影响最为广泛的是“家庭关系不良”和“社会适应不良”；老年人的抑郁发病尤其与“家庭关系”和“躯体疾病”相关；中青年的“自我发展问题”和“婚姻家庭问题”则在生活事件谱中发生率最高^[2]。“少年丧父，中年丧妻，老年丧子”被视为人生的大不幸，这表明亲人的丧失对个体而言是严重的应激事件，同时也可以看出生活事件不仅取决于外界事物，更取决于事物变化性质与个体得失之间的关系。

一般来说，抑郁障碍等适应不良表现是生活事件的作用结果，但是，这个结果也可以反过来成为影响个体遭遇生活事件的因素。一方面，抑郁状态相应地会使个体遭遇生活事件的几率增加，如婚姻问题导致的情绪困扰可以进一步影响其工作，从而使个体遭遇到“工作和经济问题”

^[1] 栾荣生等《生活事件及其影响因素的人群研究》，《中国行为医学科学》，1999年第1期，第15-17页

^[2] 陈卫旗《自我概念、生活事件与心理健康》，《中国临床心理学杂志》，1997年第4期，第212-215页

等新的事件；另一方面，疾病也可导致个体感知和应对事件能力的改变，使生活事件的相对刺激强度增加。总之，抑郁可以反作用于生活事件，不仅影响事件的频度，还可以影响个体对事件的主观感受强度。

生活事件在与抑郁障碍发生的时间关系上，多数研究认为，一年内生活事件的紧张总值（频度与加权数的积和）与抑郁障碍的发生率有关，甚至有学者认为过去一年内生活事件的应激值对抑郁障碍的发生有一定的预测作用^[1]。

二、人格特征

在抑郁障碍与人格特征的关系方面，有的学者认为人格因素对抑郁障碍的发生起着十分重要的作用，因此把某些特定的人格特征列为抑郁障碍的易感因素^[2]。对人格特征的作用存在两种观点。一是缓冲假说，Kosaba 认为健康良好的人格可以在生活事件对健康的冲击中起缓冲作用，人格对健康的影响表现在它们能缓冲生活事件对健康的损害作用，其本身与健康无直接联系。二是独立作用假说，Cooke 认为人格因素对抑郁症状的影响独立于生活事件，以独立作用为主，并无缓冲作用。

在抑郁障碍与人格特征的研究中发现，神经质与抑郁的发生有关，这可能是具有神经质特点的个体情绪不稳定，对各种刺激反应强烈，这种强烈的情绪反应影响了个体对自身行为的控制，从而不能保持一种克制、理性的稳定心态，当他们面对应激的时候，常常表现为自责、幻想、退避等不成熟和消极的处置方式，而较少采取解决问题等成熟和积极的应对方式。肖计划在对青少年的研究中发现，“解决问题”、“求助”等成熟应对方式的使用常常随个体的外倾程度增加而增加，这提示个体偏外

^[1] 王红等《生活事件与精神损害的关系》，《健康心理学杂志》，2001 年第 5 期，第 358-360 页

^[2] Brugha TS, Bebington PE, mearthy B, et al *Gender, social support and recovery from depressive disorders a prospective clinical Study Psychological Medicine*, 1990, 20, p147-157

向者在面对困难时，常常能以较灵活与理性的态度对待现实，他们不仅靠自己还善于利用外界的力量来应对困难^[3]，Cohens 也认为具有坚韧和控制特质的个体抑郁障碍的发病率很低。这些研究提示，神经症水平低、性格外向、个性坚强的个体较神经症水平高、性格内向懦弱的个体有更多的机会避免罹患抑郁障碍。同时显示出，人格因素对抑郁障碍发生的作用可能是通过影响个人对各种刺激的认知评价和应对方式，进而影响个体对环境适应而实现的。

三、社会支持

在和抑郁障碍发生发展有关的众多因素中，社会支持是颇受重视的一个。很多研究和临床观察发现，缺乏社会支持与抑郁障碍的发生有着很高的相关。很多学者认为社会支持在拮抗生活事件的冲击过程中有着重要的保护性缓冲作用。Caplan 认为有效的社会支持能够增强耐受、应对和摆脱紧张处境的能力，此外，社会支持还有助于个体在紧张事件发生前获得和发展自己的预见及应对能力，从而提高心理功能的整体水平^[1]。也有学者认为社会支持不具备缓冲作用，其作用是独立的，如 Parry 等在对工作阶层妇女心理健康的分析中发现，生活事件和社会支持的作用彼此独立的^[2]。

社会支持根据其来源和个体对它的主观体验不同，其支持作用也不同。就其来源而言，最重要的支持来自配偶、挚友、父母和同胞。研究表明，未婚及没有亲密人际关系者发生抑郁障碍的危险性高。就社会支持的性质和个体的体验来说，主观支持强于客观支持，个体对社会支持的满意度和需要时能够依靠别人的程度对抑郁障碍的影响最为显著。

有研究表明，社会支持低下者，其生活事件值也高，从而提示社会支持与生活事件尤其是负性生活事件有很强的相互作用，也有人以此为

^[3] 肖计划等《青少年学生不同个性的应付行为研究》，《中国行为医学科学》，1996 年第 2 期，第 79-83 页

^[1] Capan G: *Mastery of stress psychosocial aspects* Am J Psychiatry, 1981, 138, p413

^[2] Parry G Shapiro DA. *Social support and life event in walking class woman*. Arch Gen psychiatry, 1986, 43, p 315-323

依据认为社会支持对生活事件导致的精神损害有缓冲作用。除了抑郁障碍的发生外，社会支持还对它的转归和结局有影响，Bruha 发现社会支持与抑郁症状的改善有关，George 也发现主观社会支持是对抑郁障碍结局影响最大的因素^[3]。此外，还有学者发现，有过多客观支持的抑郁障碍患者，其社会功能反而下降，这提示盲目的支持会使患者的主动性下降，不注重协调周围关系、结交朋友和主动寻求帮助不利于疾病朝好的方向转归。

四、心理调节手段

人的一生中无时不面临着各种各样的问题和挑战，个体会通过采取各种手段来应对环境的改变，缓解精神紧张，维持心理平衡，度过情感危机。这些活动可以表现为内隐的心理过程，也可以表现为外显的行为，即可以是个体主观有意的，也可以是相对不随意的。

Beck 的认知模型从信息加工的角度出发，认为抑郁者具有消极、歪曲的认知特点。Beck 把抑郁看作是消极性认知的结果，非常强调抑郁者的思维方式。认为类似的环境刺激，对不同的个体会产生不同地影响。人们之所以形成抑郁，是因为他们用消极的方式来解释自己的体验。其理论包括三个主要成分：一个是消极的自动化思维（automatic thoughts），另一个是系统的逻辑错误，第三个是抑郁性图式（depressed schemata），又称功能性失调性态度（dysfunctional attitudes）^[1]。

Beck 在阐述自动化思维时，提出认知模式（cognitive patterns）的概念^[2]。把抑郁看作三种主要认知模式被激活的结果。这三种模式是：消极看待自身，消极看待周围环境，消极看待未来。这些模式使个体以特有的方式（即消极方式）看待事物，从而产生与抑郁状态相联系的各种现象，如抑郁心境、意志消沉、回避的愿望、依赖性增强、自杀念头等。

Beck 的理论指出抑郁者的认知具有系统的逻辑错误，并提出了认知

^[3] George LK, Blazer DG. *Social support and the outcome of major depression Br J Psychiatry*, 1989, 154, p 478

^[1] Beck, A.T. *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New york: Hoeber, 1967

歪曲(cognitive distortions)的概念^[2]。Beck 认为认知歪曲指个体对现实的错误解释与错误知觉。在这种情况下,抑郁者得出的结论使他们的消极期待更加坚定,抑郁者推理中经常出现的逻辑错误有:第一,任意的推断,在无证据情况下推断得出结论;第二,选择性注意,仅选择性地注意到众多可能性中的一种因素,且往往对自身缺点有高度的选择性;第三,过度泛化,从一个琐细的出发点做出很大的结论,尤其是对自身消极特点的过度泛化;第四,夸大和缩小,即把事物推向两个极端。Beck 认为这些人从自己经验中总是得出歪曲的推断,常常认为:“我真是太笨,所以我总是失败”,“我的未来一点希望都没有”。

在前两者的基础上,Beck 进一步运用图式概念来阐述抑郁的发生发展及其与前述两个概念的关系。“图式”是指对刺激进行扫描、编码、评价的认知结构。图式对过去和当前的经验进行组织、解释。抑郁者具有抑郁性图式,常以消极的方式组织和解释自我的经验,并且这种图式会持久发挥作用。这种对自我的认知概括,能组织和指导关于自我的信息加工。携带这种抑郁图式的易感个体在与外部刺激(如生活事件的打击)之间的相互作用,产生并激活了前述的两个认知产品——认知模式与认知歪曲,从而构成了抑郁的原因。

习得性无助理论及修正的习得性无助理论,从行为与结果的联结及归因角度出发,强调歪曲的认知在抑郁的发生、发展中起重要作用。消极的归因方式是此理论中的一个重要概念,抑郁者的归因方式是倾向于把好事情的原因归结为外部因素,是暂时的、局部的,而坏事情的原因归结为内部的、持久的、整体的。

Abramson 等人又将修正的习得性无助模型进行了修改,提出了关于抑郁的无望(hopeless)理论,强调无望而不是无助感是使个体产生抑郁的原因。这个理论认为当个体拥有失调的推理方式时,一旦面对消极的生活事件,就增加了抑郁的可能性。特别是当个体将消极的事件解释为是由于个体内部的、持久的、整体的原因时,更容易出现抑郁症状。

^[2] Beck, A.T. *Cognitive therapy of depression: new perspective*. In P. Clayton & J. Barrett, *Treatment of depression: old controversies and new approaches*. New york: Raven Press, 1983

Beck 的认知理论来自于对临床的抑郁症病人的观察，习得性无助理论来自实验室的动物研究，二者最初的联系是很有限的。当修正的习得性无助理论引入归因的概念后，两个理论便体现出许多共同点，它们都认为消极歪曲的认知是抑郁产生的重要因素。

认知模型建立所依据的基本假设是“黑箱理论”，即在刺激和反应之间存在着中介因素——认知成分。这个认知成分就是个体用于处理内外外部刺激的心理调节手段，同时也是影响个体对应激产生何种适应结果的重要通路。归因、应对和防御是个体实现认知成分的三种重要载体。

（一）归因方式

对同样的事件，不同的人会表现出不同的情绪反应，如对配偶的亡故，有人会感到悲痛，有人会感到内疚，还有人会更多地感到孤独和无助。情绪认知理论认为这是由于人们对环境事件归因方式不同而造成的结果。

对于生活中所发生的各种事件，人们往往做认知上的归因，就归因方式（Attribution style）来说，个体倾向于从三个维度上评价某一事件，即自身——他人(internal-external)、持久——暂时的（stable-unstable）、整体——局部的（global-specific）^[1]。例如某人在考试中失败，他可以将这次失败看作是由于自己的智力不如他人造成的，这就是一种自身的归因。因为智力水平不会随时间有明显变化，这一原因也是持久的。如果他认为智力还会影响除了学习以外的很多方面，这种归因就具有了整体性。相反，他也可以采用局部的归因方式，认为智力的高低仅会影响考试的好坏，对生活的其他方面并无影响。他也可能将自身的一时不努力看作失败的原因，这一原因虽然是自身的，却不必然是持久的。另一方面，他完全可能将失败看作是考题太难所致，这时的失败便不是自身的，而是他人或外部的。

Seligman 和 Abramson 提出了抑郁的认知归因理论，认为抑郁的产生可能是由于人们将负性事件归因为自身的、整体的和持久的原因。

在经过修正的关于正常人抑郁的模型中，Abramson 等人（1978）假设：归因方式的某些特征是导致人们抑郁的因素之一。如果一个人把坏事件的原因归结为自身的、持久的和整体的，而把好事的原因归结为

^[1] Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. (1978) and Teasdale, J.D: *Learned helplessness in humans Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology*, 1978, 87, p 49-74

他人的、暂时的和局部的，则有较大可能性要表现出抑郁症状；相反如果一个人倾向于把坏事件的原因归结为他人的、暂时的和局部的，而将好事情的原因归结为自身的、持久的和整体的，相对于前者来说，他表现出抑郁症状的可能性要小。

许多实验研究都曾经为该模型提供了支持的证据。Peterson, Seligman, Kaslow, Tanenbaum, Alloy, Abramson 研究了儿童的归因方式与抑郁程度的关系,他们发现儿童的归因方式与抑郁问卷得分的相关均达显著水平。然而来自另一些研究的结果并没有证实 Abramson 等人的关于抑郁的理论假设。有的研究者认为造成这种研究结果不一致的原因在于有些实验的技术方法不适当。那些没能证实上述假设的实验中，让被试填写的归因方式问卷常常仅包括单个生活事件，因此很难反映出被试对生活事件的稳定归因方式。在证实了 Abramson 等人的理论模型的实验中，所用的归因方式问卷一般包括了若干个生活事件，这较之前者有更大的可能性揭露被试的归因方式。

非抑郁者趋向把积极事件归因为内在的、持久的、整体的，负性事件归因为外在的、暂时的、局部的；而抑郁者对积极、消极事件的归因较为接近或与非抑郁者的归因特点相反。但是，归因的特点和归因的准确性并不是一回事，在归因研究中，有的学者指出抑郁者的消极归因特点只是针对非抑郁者的积极、乐观归因而言的，实际上，抑郁者是相当公正的，他们对事件的归因更接近事实本身，即“抑郁但明智”，这提示抑郁者的归因方式缺乏自我服务偏向（self-serving biases），自我效能感和胜任感低，缺乏正常人那样的自我肯定和倾斜^[1]。

（二）应对方式

应对（coping）的原意为：有能力或成功地对付环境挑战或处理问

^[1] 魏立莹《抑郁与归因方式的研究》，《中国临床心理学杂志》，1992年第2期，第69页

题。但是精神病学家和心理学家在使用中并没有拘泥于词典的解释，而是根据自己的研究和见解不断地赋予它新的内涵或变化它的外延。六十年代，应对被视为一种适应过程，七十年代，应对被视为一种行为，八十年代被看作是人的认知活动和行为的综合体，应对概念的演化反映了人们对应对认识的不断深入。Gentrey 甚至认为，我们正趋向发现一门“应对科学”。由于研究方法上的差异，迄今为止应对的定义尚无定论，比较公认的是 Folkman 所下的定义，即应对是个体在处理来自内部或外部的、超过自身资源负担的生活事件时，所做出的认知和行为上的努力^[2]。应对被认为是应激与健康的重要中介因素。是影响应激结果的重要中间变量。Edwards 指出应对处于个体对应激的评价和与应激有关的结果之间。

应对是继归因评价之后所表现出来的具体的应对活动。应对研究途径主要有两种：过程法（Process-oriented approach）和特质法（Trait-oriented approach）。过程法重点研究具体生活事件作用过程中个体采用了哪些应对策略，以及这些策略对应激结果的影响。过程性研究将应对分成许多类，但是由于不同学者的研究方法和对象不同，分类非常不统一，如 Billings 和 Moos 根据研究结果提出应对方式主要有三种类型：第一类，积极的认知应对，即指个体以一种有能力控制应激的乐观态度来评价应激事件，以便在心理上能更有效地对应激。第二类，积极的行为应对，即指个体采取明显的行为，以行为解决问题。第三类，回避的应对，即指个体企图回避主动对抗或希望采取间接方式，如过度饮食、大量吸烟等方式来缓解与应激有关的情绪紧张。根据应对活动的有形还是无形，可分为行动性应对方式（way of coping）和意念性应对方式；根据应对活动的针对性，可分为针对问题的应对方式和针对情绪的应对方式，前者指直接指向事件或改变情境的应对活动，后者指解决自身情绪反应的应对活动。根据应对效果，可分为积极的应对方式和消极的应对方式。Stone 则直接依据应对的表现提出八种应对类型：分散精神、重新评价环境、直接行动、宣泄、接受、寻找社会支持、放松、信仰宗教。有研究表明，在应激可以由行动直接处理时，指向问题的应对更有效，而在低控制情境，指向情

^[2] Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & ⁴¹Delongist, A., *Appraisal, coping, health, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50, p 571-579

绪的应对则更合理。可见很难离开具体的情境来评价应对方式的实际效果。Folkman 还因此认为应对方式可能没有好坏之分。

与过程法不同, 特质法研究个体是否存在个体倾向性的、相对稳定和习惯化的应对风格 (coping style or traits)。Kobasa 提出的韧性量表 (Hardiness Questionnaire) 就是典型的传统特质测量, 他认为一定的人格特质, 如对自身的赞许、对环境的积极态度、内部控制力等, 在应激事件中起积极的作用。Luzarus 的研究表明不同应对方式与人格特质之间存在着较高的相关, 如: 直接行动、计划的应对方式与乐观性、控制感、自尊、A 型行为有很高的正相关, 直接行动的应对方式与焦虑特质呈负相关。国内的研究也证实了人们的应对方式具有倾向性, 姜乾金将常见的 16 种习惯性应对方式分为消极和积极两类, 认为消极应对具有增加应激反应的作用, 不利于身心健康的维持。许秀峰的研究认为人格可能决定应对倾向性, 影响对生活事件的评价^[1]。钱铭怡等的研究认为应对方式主要有四种, 即分析问题采取行动、否认问题回避问题、求助他人宣泄情绪、转换视角自我保护。

应对方式的形成和保持与许多因素有关, 人格特征在许多研究应对方式的人都感兴趣的一个重要因素, 传统的观点甚至认为应对是人格的反映, 并主张借助主要人格类型的测定来评价应对。年龄与性别也是影响应对方式的主要因素, 研究发现随着年龄的增长, 成熟应对方式的使用不断增多。另有研究发现在面临应激环境时, 女性更倾向于使用消极、被动的应对方式。个体的自我评价也是影响应对方式的一个重要因素。

^[1] 许秀峰《人格生活、事件和应付方式与神经症症状关系的研究》,《中华精神科杂志》, 1996 年第 1 期, 第 43-45 页

一般来说，当个体确信他属于高层次群体中的一员时，个体常常能更有效地应对问题。研究发现被评定高能力组的学生在大学期间，遇到应激时总是倾向通过努力去应对所面临的问题，而那些住过精神病院组的学生，则缺乏这种倾向，并且在面临问题时显得被动、消极。Zubin认为：精神病的急性发作与个体易感性、引起应激反应的强度、社会支持的有效性和应对方式的多少有关，在前三个因素不变时，应对方式越多越有助于防止精神病的急性发作。

许多研究都证实了应对方式与身心健康之间的关系，积极的适应性的应对方式有利于适应和身心健康。相反，消极的、非适应性的应对方式不利与身心健康。在应对与健康的关系效应中，Karen(1989)等人对临床病人的研究表明：那些采取逃避策略的人报告更多的对工作、生活的不满和更多的躯体症状；在消极应对方式上得分高的患者有较严重的疼痛感，他们也较抑郁、不爱活动并且需要较多的护理。另有研究表明，抑郁水平与问题关注应对和回避有负相关，那些更多采用情绪关注策略的人有较高的抑郁水平和更多的现实焦虑。国内也有不少这方面的研究，肖计划等对青少年学生应对方式与精神健康水平的相关研究发现，较多运用“问题解决”和“求助”的应对方式的学生，不仅整体精神健康水平高，而且人际交往也较好。而较多运用“自责”“幻想”应对方式的学生，除了整体健康水平低，还伴有抑郁、焦虑和某些强迫症状。张雨新等人的研究表明采用非适应性应对方式的大学生报告较多的抑郁症状和恐怖症状^[1]。还有人认为不良的应对方式与某些躯体疾病，主要是身心疾病有着较高的相关。

（三）防御机制

防御机制，又称自我防御机制（ego defense mechanisms），不同于归因方式和应对方式，不是来源于认知心理学，而是基于精神分析理论。

^[1] 张雨新等《大学生应付策略的适应性和身心症状》，《心理学报》，1990年第2期，第218-222页

在经典精神分析关于人格结构理论的基础上, S. Freud 提出自我 (ego) 的功能是要协调本我 (id)、超我 (superego) 和外部环境之间的关系, 自我既要满足本我欲望释放的要求, 又要避免因本我欲望释放可能会引起的来自超我的苛责与外部环境的伤害, 为此自我要采取一系列措施来达到上述目的, 这些措施就是自我防御机制。防御机制建构的理论依据是精神分析的元心理学 (metapsychology), 在这个框架下, 自我防御机制的特点是, 第一, 防御机制是自我的功能; 第二, 它的工作过程大部分处于无意识领域; 第三, 它的基本功能是压抑因未解决的冲突而遭禁止的本我欲望。

在 S. Freud 最初提出防御机制的概念之后, A. Freud 和她的追随者系统地阐述和研究了它的分类及表现。Vaillant 依据防御机制的成熟程度, 将之分为 4 类: 第一类, 精神病性防御机制, 如妄想性投射 (delusional projection)、歪曲 (distortion) 精神病性否认 (psychotic denial) 和分裂 (splitting) 等。这一类防御机制通常见于 5 岁以前的幼儿, 在正常成年人的梦境及幻想中也很常见, 它在临床上的意义在于, 大多数精神病人主要采用这种防御类型。第二类, 不成熟性防御机制, 如非精神病性投射、分裂样幻想、疑病症、被动攻击、见诸行动等。这一类型常常见于 3—16 岁的儿童和青少年, 也常见于各种人格障碍和情感性障碍的病人。第三类, 神经症性防御机制, 如潜抑、置换、合理化、抵消等。这一类型的防御通常见于神经症患者中, 但也可以出现在正常成人在应对急性事件的过程中。第四类, 成熟的防御机制, 如幽默、升华。这些防御机制见于 10 岁以后的正常个体, 通常在青春期作为认同的副产品, 作为原始良知在发展自我理想化形象的取代产物。

加拿大学者 M Bond (1983), 编制了一种用于测量评估防御机制的自评问卷——防御方式问卷 (DSQ), 并于 1986 年和 1989 年两次修订。在该量表中, 作者列举了 24 种防御机制, 并把它们分为三类: 不成熟防御机制、中间型防御机制和成熟防御机制^[1]。Bond 大致地把 Vaillant 的精神病性防御机制与不成熟防御机制都划与不成熟类型之中, 由于神经

^[1] Bond M. et al. *Empirical study of self-rated defense style*. *Arch Gen Psychiatry* 1983, 40 (3), p 333

症型防御既见于神经症病人也常常见于正常个体,所以 Bond 把它们统称为中间型防御机制。

H. Hartman 修正了和发展了 Freud 的思想,改变了在经典的 Freud 理论中,自我“一仆三主”的地位,即自我不再是生活在本我、超我和外部环境的夹缝中,而是被认为拥有独立于本能冲动之外的自主适应机能、整和机能和对环境的调整机能。从而将自我防御机制视做个体应对体内外各种紧张性刺激、维护心理康宁的心理调节手段。精神分析中自我心理学(ego psychology)的发展,使得自我心理学家将防御机制视作个体应对应激的心理调节手段,研究表明防御的总成熟程度同心理健康与适应有密切的关系。

自我防御机制是一套极其复杂的功能系统,体现在个体生活的诸多方面,外显形式变化多样。以往对个体自我防御机制的评估,需要有经验的精神分析师通过对病人的个人史访谈、投射测验或行为观察的情况下做出。由于过程的复杂,和对操作人员的要求很高,因此长期以来,防御机制的评估只限于精神分析心理治疗的小圈子内。近年来,伴随防御机制的标准化问卷的出现,防御机制的评估变得比较方便、省时、全面,便于比较和研究,加之许多防御机制,如:否认、压抑、合理化等与起源于认知心理学的应对方式研究有很多交叉,而且防御机制的种类很多、涵盖内容广泛,勾勒个体心理和行为特点的功能更为强大和丰满,所以已经有学者采用防御机制的测查来评估个体应对内部、外部应激和冲突的认知应对特点,如董帝英、肖泽萍等在对焦虑性神经症患者防御机制特点的研究发现,焦虑障碍病人倾向于采用否认、伴无能之全能、假性利他、反向形成、理想化等等不成熟和中间型防御机制^[1]。在对抑郁障碍患者的防御方式的研究还较少,但是在对神经症的综合研究中发现,神经症患者包括神经症性抑郁患者,与正常人相比较多采用不成熟防御机制,而较少采用成熟防御机制。

五、参与抑郁障碍发生的各种心理社会因素之间的关系

归因、应对和防御都是个体用于处理内外部刺激的心理调节手段,

^[1] 董帝英等《临床精神医学杂志》,2002年第1期,第24-26页

它们的基本目的是寻求适应，尽管某些具体方式可以导致适应不良的结局。这些心理调节手段由于各自的特点和着眼点不同，可以表现为内隐和外显过程。归因是个体用于解释现象原因的一种手段，多为内隐过程，应对和防御既可表现为内隐过程也可表现为外显过程。防御多被看作无意识的心理自我保护过程，而应对则更强调个体主观地、有意地为维护心理平衡而做的种种尝试。防御更强调认知改变策略，如投射、否认等，其目的主要是防止和减轻情绪痛苦，而应对包括认知和行动两种策略，其功能是双重的——管理情绪、解决问题。当然应对与防御的区别是相对的，防御也可以表现为行动策略，如被动攻击、回避等。

在生活事件（应激）、人格特点、社会支持、各种心理调节手段与抑郁的关系中，有人把人格特点、社会支持、心理调节手段作为中介因素，置于应激和抑郁之间，认为应激是抑郁产生的源头，抑郁是个体对应激的适应不良的结果之一，而中介因素的作用是促进或延缓抑郁障碍的发生（见图 11-1）。

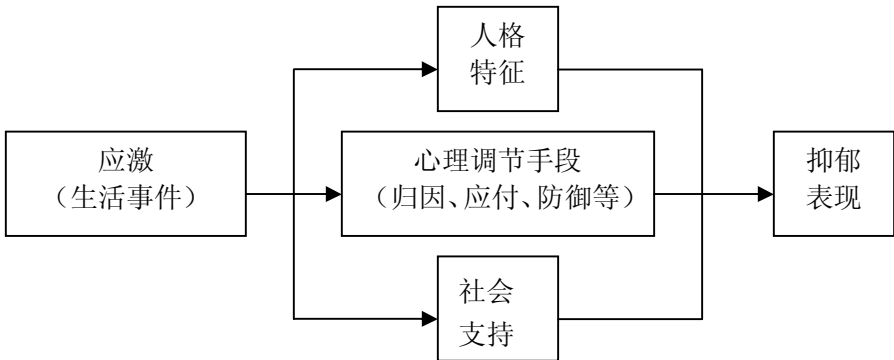


图 11-1 参与抑郁发作的心理社会因素及其关系

还有人把上述各因素之间的关系做了更复杂的描述，即人格特点、社会支持、心理调节手段等除了作为中介因素联结应激和抑郁之外，某些特定的心理调节手段可以通过增加个体遭遇生活事件和直接构成抑郁表现的方式与应激和抑郁相联系,此外，抑郁也可加剧个体对特定心理调节手段的依赖，固化病理人格、破坏其支持系统，并使个体遭遇更多的生活事件，这使上述各因素之间构成了更为错综复杂的环性关系（如图 11-2）。

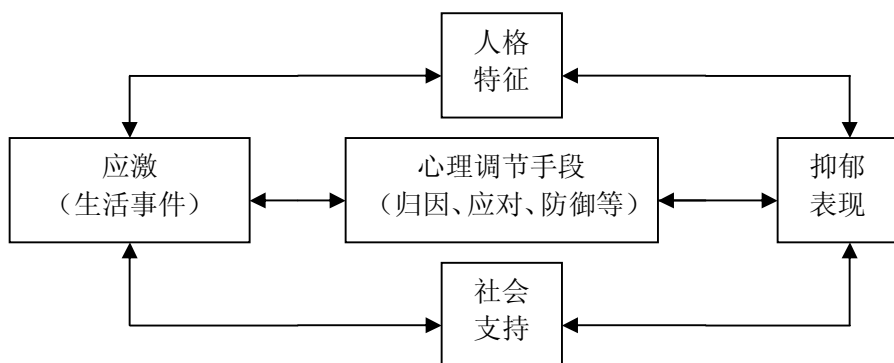


图 11-2 抑郁发作中各个因素间的复杂关系

第二节 关于抑郁障碍病人的归因、 应对和防御特点的研究

在以往对抑郁障碍患者归因、应对和防御方式的研究中，存在下述特点：第一，研究比较分散，尚无同时以归因方式、应对方式和防御方式为研究对象对抑郁障碍者进行综合探讨的研究。第二，多数学者特别是心理学家，大多是在正常人群中通过抑郁量表的筛查或根据作业绩效的评价对照来确定入组标准，这样的结果在研究被试的选择上不具备抑郁障碍的典型性，这种选择被试的方法在一定程度上忽略了抑郁可以仅仅作为一种暂时的情绪反应出现，单纯的症状学量表的测量意义有时局限性，难以确定抑郁表现为一过性情绪反应还是具有稳定性的特征，因而研究被试可能不具备典型的抑郁特征。第三，在精神病学领域的研究虽然在被试的选择上具有便利条件，但是，由于受我国旧有精神疾病分类标准的影响，存在“条块分割”的现象，即把“重症抑郁”与“轻症抑郁”区分对待，而在我国现行使用的新的疾病分类标准中（CCMD—III），各种以抑郁为主要临床象的疾病被划为一类，在目前的文献中还未有将抑郁症状作为划分条件探讨抑郁障碍患者归因方式、应对方式和防御方式的研究。鉴于上述原因，我们拟通过对已被临床诊断的各类抑郁障碍患者和正常人群的对照研究，探讨抑郁障碍患者的归因、应对和防御特

点，以及这些特点与抑郁障碍产生的关系^{[1][2]}。

采用对照研究的方式组织研究过程，其原因在于，所有的特点都是相对而言的，抛开对照的“绝对特点”是没有意义的。例如，在 Beck 的认知理论中，关于抑郁者“歪曲”的涵义是相当广泛的，比如在抑郁者身上常常观察到武断性的推论，一个人因他的朋友在路上没有跟他打招呼，便确信朋友对自己有意见，这是一种歪曲。这种歪曲不仅仅涉及自我评价的内容，而且与其消极性质密切相关的，我们并不能因此说非抑郁者就没有歪曲，非抑郁者，或说正常人身上也常常会有歪曲，但是这种歪曲常常是积极的、具有适应价值的歪曲。已经有研究表明，抑郁者对事物的评价反而和事实更为接近（王登峰等，1994）。所以，本研究试图通过对照比较，来呈现抑郁患者在归因方式、应对方式和防御方式上的特点，并探讨其在抑郁障碍发病过程中的作用。

本研究所提出的具体假设为：

第一，抑郁障碍患者与正常对照组相比较，在归因方式上倾向于把坏事件的原因归结为自身的、持久的和整体的，而把好事件的原因归结为他人的、暂时的和局部的。

第二，抑郁障碍患者与正常对照组相比较，倾向于采用逃避、忍让等消极的应对方式。

第三，抑郁障碍患者与正常对照组相比较，倾向于采用不成熟的防御机制，而较少采用成熟的防御机制。

第四，抑郁障碍患者与正常对照组相比较，在人格特质上具有神经质、精神质和内向性的特点。

第五，抑郁障碍患者与正常对照组相比较，遭遇过较多的生活事件。

一、研究方法

（一）被试

本研究为对照研究，被试被分为健康组和抑郁组，抑郁组分为轻症和重症两个亚组。抑郁组被试来自北京大学第六医院、北京安定医院、

^[1] 洪炜、姬雪松等《抑郁障碍患者的生活事件、防御方式与其发病关系的研究》，《中国临床心理学杂志》，2004年第1期，第20-22页

^[2] 洪炜、姬雪松等《抑郁障碍患者人格特征与发病关系的研究》，《中国行为医学科学》，2004年第5期，第502-504页

北京回龙观医院、河北省精神病医院、大连市第七人民医院、解放军 215 医院的 76 名住院和门诊病人，这些患者均为首次因各类抑郁障碍就诊或住院，此前未曾接受过药物或心理治疗。比照抑郁组被试的年龄、性别构成，在北京大学医学部等若干单位选取 84 名被试组成健康对照组。两组被试的性别与年龄构成没有统计学差异（见表 10-1）。据诊断，将抑郁组分为轻症组（恶劣心境、环性情感障碍）与重症组（抑郁发作），两亚组被试在性别构成上无显著差异，但重症组的平均年龄显著高于轻症组（见表 11-2），这与各类抑郁障碍的流行病学资料相一致。

表 11-1 全部被试人数、性别、年龄分布

	抑郁组			健康组		
	男	女	合计	男	女	合计
均数	34.8 [△]	34.1 [△]	34.4	33.5 [△]	34.5 [△]	34.1
标准差	11.0	10.3	10.5	8.7	9.9	9.4
中位数	33.5	33	33	30.5	32	31.5
最小值	20	18	—	20	18	—
最大值	54	55	—	53	53	—
人数（个）	28	48	76	32	52	84
构成（%）	36.8	63.2	100	38.1	61.9	100

注：[△] $P>0.05$

表 11-2 抑郁组被试人数、性别年龄分布

	轻症组			重症组		
	男	女	合计	男	女	合计
均数	25.9 [△]	26.9 [△]	26.5 ^{※※}	43.8 [△]	42.6 [△]	43.1 ^{※※}
标准差	5.3	7.0	6.4	7.1	6.3	6.6
中位数	25.5	26	26	44.5	42.5	43.5
最小值	20	18	—	29	33	—
最大值	38	47	—	54	55	—
人数（个）	14	26	40	14	22	36
构成（%）	35.0	65.0	100	38.9	61.1	100

注：[△] $P>0.05$ ；^{※※} $P<0.01$

被试的入组标准如下：

1、健康组

未曾罹患抑郁障碍和其他精神疾病，经自评抑郁量表（SDS）测查，总分在 0.5 分以下者。

2、抑郁组

（1）符合 CCMD—III 中有关抑郁障碍的诊断标准。轻症组入组的诊断标准为“恶劣心境”、“环性情感障碍”；重症组入组的诊断标准为“抑郁发作”。

（2）排除“躁狂发作”、和“双向障碍”的躁狂发作及病情严重无法完成问卷者。

（3）入组被试均为新发病例。

（4）经自评抑郁量表（SDS）测查，分数在 0.5 分以上者。

（二）测查工具

1、研究者自编的人口学资料及疾病情况调查表。

包括被试的姓名、性别、年龄、婚姻状况、职业、居住地、问卷填写时间、（后面部分仅适用于病例组）诊断标准及诊断、病例摘要。

2、生活事件量表（LES）^[1]

张明圆教授编制，用于评估个体所遭遇的应激事件及对个体心理影响的程度。LES 共 65 个项目，包括职业、学习、婚姻和恋爱、家庭和子女、经济、司法、人际关系等方面的生活事件，依据生活事件的权重赋分，同时鉴于年龄是影响生活事件的估价和反应的重要因素，常模分成若干年龄阶段：青年（18-29）、中年（30-49）、更年（50-59）和老年（60 以上）。在本研究中，生活事件测定期限为填写量表前一年。

3、应对方式评定量表（WCRS）

梁宝勇教授编制，用于测评个体对应激事件的态度及应对对策。由 20 个条目组成，5 点评分，分为 5 个有效因子：宣泄接纳、调节退避、偏向归因、防御策略和避免困扰，得分越高表示该应对方式的使用几率越高。

4、防御方式问卷（DSQ）^[2]

M Bond 编制，用于测量评估个体自我防御机制的类型。DSQ 包括

^[1] 张明圆《精神科评定量表手册》，湖南科学技术出版社 1998 年版，第 154-160 页

^[2] 汪向东等《心理卫生评定量表手册》，中国心理卫生杂志社 1999 年版，第 115-120 页

88 个条目，每个条目采用 9 级评分，该量表包括：不成熟防御机制、成熟防御机制、中间型防御机制和掩饰四个因子，共 24 种防御机制。条目得分越高，该条目标记的防御机制使用几率越高。

5、自评抑郁量表（SDS）

William W.K. Zung 编制，用于测评个体的抑郁程度。SDS 由 20 个条目组成，包括反映抑郁症状的四组特异性症状：精神性—情感症状；躯体性障碍；精神运动性障碍；抑郁的心理障碍。该量表为 4 级评分，指数范围为 0.25-1 分之间，0.5 分以下者为无抑郁，0.5 以上者为抑郁，分数越高抑郁程度越重。

6、归因方式问卷（ASQ）

姚树桥教授编制，用于测评个体的归因方式。问卷由 12 个事件情景构成，三个维度上评价某一事件，每个情景按自身——他人、持久——暂时的、整体——局部的三个维度设三个题目，共 36 个条目，采用 5 级评分。

7、艾森克人格问卷（EPQ）

龚耀先教授修订，用于测评个体的个性特征。EPS 由 88 个条目组成，为两点评分问卷，问卷共分四个分量表：精神质（P）、外向性（E）、神经质（N）、掩饰（L），P 得分越高，表示个体精神质程度高，E 得分越高，表示个体越外向，N 得分越高，表示个体神经质程度越高，L 得分越高，表示个体掩饰程度越高。

（三）研究程序

1、与协作单位合作采集抑郁组被试，选取由主治医师或以上职称的医生诊断或确认诊断为“恶劣心境”、“环性情感障碍”、“抑郁发作”的门诊或住院的新发病例，填写问卷。

2、依据抑郁组被试的人口学资料，在健康人群中选取与之相匹配的健康组被试。

3、对问卷回收整理，用 SPSS 统计软件包对数据进行统计分析。

二、研究结果

（一）轻症组与重症组的比较

1、轻症组与重症组生活事件量表得分的比较

在总分上没有显著差异，但是重症组平均遭遇的生活事件次数显著高于轻症组（见表 11-3）。

表 11-3 轻症组与重症组生活事件分数、与次数 t 检验结果

	LES 分数			LES 次数		
	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计
人数（个）	40	36	76	40	36	76
最小值	0	0	-	0	0	-
最大值	142	163	-	3	4	-
均数	43.92 [△]	57.19 [△]	50.21	1.18 [※]	1.64 [※]	1.39
标准差	33.3	46.19	40.21	0.78	1.2	1.02

注：1、[△] $p>0.05$ ；[※] $p<0.05$ ；^{※※} $p<0.01$ （以下同）

2、轻症组和重症组 SDS 得分的比较

两组差异有显著性，即重症组的平均抑郁程度高于轻症组（见表 11-4）。

表 11-4 轻症组与重症组 SDS 得分 t 检验结果

	人数	最小值	最大值	均数	标准差
轻症	40	0.46	0.8	0.62 [※]	0.078
重症	36	0.54	0.82	0.66 [※]	0.075
合计	76	0.46	0.82	0.64	0.078

3、重症组和轻症组在归因方式、应对方式、防御方式及人格特质上的差异

除了应对方式中“宣泄接纳”因子的平均得分重症组高于轻症组之外，两组在归因方式、应对方式、防御方式及人格特质等其他各项因子的比较中均无显著差异（见表 11-5、表 11-6、表 11-7、表 11-8）。

表 11-5 轻症组与重症组自我防御机制得分 t 检验结果

	不 DSQ			成 DSQ			中 DSQ			掩饰 DSQ		
	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计
最小值	4.36	4.46	4.36	2.23	2.45	2.23	2.26	3.37	2.26	3.41	3.27	3.27
最大值	6.82	7.13	7.13	6.52	6.43	6.52	7.85	7.54	7.85	6.91	6.54	6.91
均数	5.50 [△]	5.76 [△]	5.63	4.07 [△]	4.15 [△]	4.11	5.64 [△]	5.15 [△]	5.4	4.93 [△]	4.63 [△]	4.79
标准差	0.69	0.76	0.73	0.89	0.86	0.87	1.48	1.34	1.43	0.94	0.87	0.91

表 11-6 轻症组与重症组应对方式得分 t 检验结果

	宣泄接纳			退避调节			偏向归因			防御策略			避免困扰		
	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计
最小值	2.25	2.25	2.25	2.25	2.25	2.25	1.5	1.5	1.5	1.66	1.66	1.66	2	2	2
最大值	4	4	4	4.25	4	4.25	4	3.5	4	3.66	3.33	3.66	3.75	4.25	4.25
均数	3.02 [*]	3.25 [*]	3.13	2.94 [△]	3.06 [△]	2.99	2.70 [△]	2.60 [△]	2.65	2.41 [△]	2.52 [△]	2.46	2.87 [△]	3.06 [△]	2.96
标准差	0.47	0.49	0.49	0.44	0.45	0.45	0.65	0.52	0.59	0.54	0.49	0.52	0.60	0.66	0.63

表 11-7 轻症组与重症组归因方式得分 t 检验结果

	好自身			好持久			好整体			坏自身			坏持久			坏整体		
	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计
最小值	1.37	1.59	1.37	1.37	1.59	1.37	1.69	2.11	1.69	1.23	1.36	1.23	2.22	1.28	1.28	1.68	2.14	1.68
最大值	3.82	4.24	4.24	3.58	4.39	4.39	4.15	3.56	4.15	4.36	4.37	4.37	4.37	4.57	4.57	4.57	4.37	4.57
均数	2.91 [△]	3.04 [△]	2.97	2.63 [△]	2.77 [△]	2.70	2.86 [△]	2.81 [△]	2.83	3.09 [△]	3.23 [△]	3.16	3.22 [△]	3.22 [△]	3.22	3.19 [△]	3.22 [△]	3.21
标准差	0.61	0.73	0.67	0.51	0.74	0.63	0.64	0.50	0.57	0.66	0.60	0.63	0.51	0.71	0.61	0.59	0.62	0.60

表 11-8 轻症组与重症组艾森克人格问卷得分 t 检验结果

	N			E			P			L		
	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计	轻症	重症	合计
最小值	35	40	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
最大值	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
均数	52.88 [△]	53.33 [△]	53.09	48.75 [△]	47.97 [△]	48.35	52.13 [△]	52.78 [△]	52.43	50.25 [△]	50.69 [△]	50.46
标准差	7.67	6.97	7.3	6.38	7.5	6.89	7.42	6.26	6.86	7.07	7.29	7.13

（二）健康组与抑郁组的比较

1、SDS 得分的比较

抑郁组的 SDS 得分显著高于健康组（见表 11-9）。

表 11-9 健康组与抑郁组 SDS 得分 t 检验结果

	人数	最小值	最大值	均数	标准差
健康	84	0.25	0.49	0.41 ^{※※}	0.053
疾病	76	0.46	0.82	0.64 ^{※※}	0.078
合计	160	0.25	0.82	0.5162	0.134

2、生活事件次数与总分的比较

抑郁组遭遇生活事件次数与总分显著高于健康组（见表 11-10）。

表 11-10 健康组与抑郁组生活事件分数、与次数 t 检验结果

	LES 分			LES 次		
	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计
N	84	76	160	84	76	160
最小值	0	0	0	0	0	0
最大值	81	4	163	2	163	4
均数	14.15 ^{※※}	1.39 ^{※※}	31.28	0.48 ^{※※}	50.21 ^{※※}	0.91
标准差	20.59	1.02	36.2	0.67	40.21	0.97

3、人格特征的比较

在艾森克人格问卷的四个维度中，抑郁组神经质（N）与精神质（P）得分显著高于健康组，在外向性和掩饰两个维度上无显著性差异（见表 11-11）。

表 11-11 健康组与抑郁组艾森克人格问卷得分 t 检验结果

	N			E			P			L		
	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计
最小值	35	35	35	30	35	30	30	35	30	35	35	35
最大值	65	65	65	75	65	75	70	65	70	65	65	65
均数	49.82***	53.09***	51.38	50.17 [△]	48.35 [△]	49.31	49.88*	52.43*	51.09 [△]	51.31 [△]	50.46	50.91
标准差	8.12	7.3	7.89	10.22	6.90	8.82	8.39	6.86	7.78	7.92	7.13	7.54

4、应对方式的比较

应对方式测量的结果显示在“宣泄接纳”、“退避调节”两个因子上，抑郁组的平均得分低于健康组；而在“偏向归因”上高于健康组，在“防御策略”“避免困扰”两个因子上，两组没有显著差异（见表 11-12）。

表 11-12 健康组与抑郁组应对方式得分 t 检验结果

	宣泄接纳			退避调节			偏向归因			防御策略			避免困扰		
	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计
最小值	1.75	2.25	2.25	2.75	1.25	2.25	1.00	1.50	1.00	1.33	1.66	1.33	1.50	2.00	1.50
最大值	4.75	4.00	4.75	4.25	4.25	4.25	3.00	4.00	4.00	4.00	3.66	4.00	4.00	4.25	4.25
均数	3.83**	3.13**	3.50	3.56**	2.99**	3.29	1.99*	2.65**	2.31	2.49	2.46	2.47	2.83	2.96	2.89
标准差	0.41	0.49	0.57	0.39	0.45	0.50	0.46	0.59	0.62	0.70	0.52	0.62	0.61	0.63	0.62

注：* $p < 0.01$ 。

5、归因方式的比较

在归因方式问卷的得分中，抑郁组在负性事件归因的自身性、持久性和整体性均显著高于健康组，而在正性事件归因的持久性、和整体性方面显著低于健康组，两组在正性事件归因的自身性方面没有显著差异（见表 11-13）。

表 11-13 健康组与抑郁组归因方式得分 t 检验结果

	好自身			好持久			好整体			坏自身			坏持久			坏整体		
	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计
最小值	1.56	1.37	1.37	2.15	1.37	1.37	1.56	1.69	1.56	1.37	1.23	1.23	1.36	1.28	1.28	1.37	1.68	1.37
最大值	4.36	4.24	4.36	3.86	4.39	4.39	4.21	4.15	4.21	4.14	4.37	4.37	4.23	4.57	4.57	4.36	4.57	4.57
均数	3.03	2.97	3.00	3.04**	2.70**	2.88	3.09**	2.83**	2.97	2.74**	3.16**	2.94	2.63**	3.22**	2.91	2.77**	3.21**	2.98
标准差	0.60	0.67	0.63	0.47	0.63	0.58	0.54	0.57	0.57	0.58	0.63	0.64	0.64	0.61	0.69	0.63	0.60	0.65

注: ** $p < 0.01$ 。

6、防御方式的比较

在防御方式上抑郁组在不成熟防御和中间型防御两个个纬度上的得分显著高于健康组，而在成熟防御方式上则显著低于健康组，两组在及掩饰纬度上差异不显著（见表 11-14）。

表 11-14 健康组与抑郁组自我防御机制得分 t 检验结果

	不 DSQ			成 DSQ			中 DSQ			掩饰 DSQ		
	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计	健康	疾病	合计
最小值	3.41	4.19	3.41	3.75	3.50	3.50	3.89	3.85	3.85	2.37	3.27	2.37
最大值	5.04	5.96	5.96	6.62	5.87	6.62	4.92	5.38	5.38	7.64	6.91	7.64
均数	4.09**	5.19**	4.61	5.10**	4.55**	4.84	4.41**	4.66**	4.53	4.97	4.79	4.88
标准差	0.34	0.40	0.66	0.53	0.55	0.61	0.21	0.28	0.28	0.95	0.91	0.93

注: ** $p < 0.01$ 。

在成熟防御机制中，健康组的升华机制得分显著高于抑郁组，两组在压抑和幽默因子上没有显著差异（表 11-15）。在不成熟防御机制中，抑郁组的投射、被动攻击、见诸行动、幻想和躯体化五个因子的得分显著高于健康组（表 11-16）。在中间型防御机制中，抑郁组的伴无能之全能和否认因子显著高于健康组（表 11-17）。

表 11-15 抑郁组与健康组成熟防御机制各因子均数 t 检验结果

	升华		压抑		幽默	
	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病
均数	5.55 **	4.24 **	5.68	5.55	4.28	4.18
标准差	1.01	0.99	0.73	0.76	0.89	0.87
p	0.00	0.00	0.28	0.29	0.52	0.52

注: ** $p < 0.01$ 。

表 11-16 抑郁组与健康组不成熟防御机制各因子均数 t 检验结果

	投射		被动攻击		见诸行动		抱怨	
	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病
均数	3.98 **	5.60 **	3.91 **	5.56 **	4.18 **	5.29 **	4.07	3.87
标准差	0.62	0.74	0.53	0.68	0.88	0.87	0.80	0.53
p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	0.06

注: ** $p < 0.01$ 。

表 11-16 抑郁组与健康组不成熟防御机制各因子均数 t 检验结果 (续)

	幻想		分裂		退缩		躯体化	
	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病
均数	3.73 **	5.49 **	3.98	3.89	5.59	5.51	3.71 **	5.61 **
标准差	0.59	0.82	0.62	0.54	0.76	0.73	0.58	0.79
p	0.00	0.00	0.34	0.33	0.52	0.52	0.00	0.00

注: ** $p < 0.01$ 。

表 11-17 抑郁组与健康组中间型防御机制各因子均数 t 检验结果

	反向形成		解除		制止		退避		理想化	
	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病
均数	4.99	4.73	4.46	4.47	4.70	4.80	4.22	4.00	4.32	4.17
标准差	0.99	0.89	0.82	0.79	0.97	0.92	0.75	0.61	0.84	0.91
p	0.10	0.09	0.92	0.92	0.53	0.52	0.05	0.05	0.28	0.28

注: ** $p < 0.01$ 。

表 11-17 抑郁组与健康组中间型防御机制各因子均数 <i>t</i> 检验结果 (续一)										
	假性利他		伴无能之全能		隔离		同一化		否认	
	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病
均数	4.44	4.37	4.25**	5.38**	4.02	4.11	4.26	4.41	4.40**	5.82**
标准差	1.09	0.98	0.67	0.71	0.54	0.65	0.95	1.05	0.90	0.94
<i>p</i>	0.66	0.66	0.00	0.00	0.32	0.32	0.36	0.36	0.00	0.00
注:** <i>p</i> < 0.01。										
表 11-17 抑郁组与健康组中间型防御机制各因子均数 <i>t</i> 检验结果 (续二)										
	交往倾向		消耗倾向		期望		掩饰			
	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病	正常	疾病
均数	4.24	4.13	4.40	4.48	4.07	4.14	4.97	4.79		
标准差	0.74	0.68	0.82	1.02	0.68	0.80	0.95	0.91		
<i>p</i>	0.32	0.32	0.59	0.60	0.53	0.54	0.22	0.21		
注:** <i>p</i> < 0.01。										

(三) 抑郁组内各指标间的相关

1、在抑郁组中，抑郁程度，即 SDS 得分与防御方式、应对方式、归因方式及人格特质等各因子之间均无显著相关（见表 11-18）。年龄与中间型防御机制呈负显著相关，与生活事件的次数与得分呈显著正相关。除此之外的上述各因子之间均无显著相关（见表 11-19）。

2、抑郁组中，被试人格特质与防御方式和归因方式的各因子之间均无显著差异，在与应对方式的相关中，“神经质”与“宣泄接纳”、“退避调节”呈显著负相关。“外向性”与“宣泄接纳”、“退避调节”呈显著正相关，而与避免困扰呈显著负相关。“精神质”与“退避调节”呈显著负相关（见表 11-20）。

表 11-18 抑郁组 SDS 与防御、应对、归因各因子的相关

	不成	成	中	掩饰	LES	LES	宣泄	退避	偏向	防御	避免
与 SDS 的相	DSQ	DSQ	DSQ	DSQ	分	次	接纳	调节	归因	策略	困扰
关系数	-0.05	0.137	-0.043	-0.073	-0.015	-0.004	-0.021	-0.056	0.137	0.122	0.099
<i>p</i> 值	0.665	0.238	0.713	0.53	0.899	0.976	0.857	0.633	0.236	0.292	0.396

表 11-18 抑郁组 SDS 与防御、应对、归因各因子的相关 (续)

	N	E	P	L	好自身	好持久	好整体	坏自身	坏持久	坏整体
与 SDS 的 相关系数	0.101	-0.062	0.104	0.085	-0.02	0.132	0.057	-0.024	0.11	-0.018
p 值	0.387	0.592	0.371	0.467	0.867	0.257	0.625	0.834	0.345	0.875

表 11-19 抑郁组年龄与防御、应对、归因各因子的相关

	不 DSQ	成 DSQ	中 DSQ	掩饰 DSQ	LES 分	LES 次	宣泄 接纳	退避 调节	偏向 归因	防御 策略	避免 困扰
与年龄的 相关系数	0.05	0.038	-0.238 *	-0.175	0.253 *	0.297 **	0.208	0.183	0.055	0.045	-0.004
p 值	0.665	0.743	0.038	0.131	0.027	0.009	0.072	0.115	0.639	0.697	0.97

注: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ 。

表 11-19 抑郁组年龄与防御、应对、归因各因子的相关 (续)

	N	E	P	L	好自身	好持久	好整体	坏自身	坏持久	坏整体
与年龄的 相关系数	-0.141	0.01	-0.094	0.088	0.102	0.011	0.034	0.078	-0.079	-0.004
p 值	0.224	0.932	0.417	0.452	0.38	0.924	0.768	0.502	0.499	0.974

表 11-20 抑郁组各人格因子与防御、应对、归因各因子的相关

	不 DSQ	成 DSQ	中 DSQ	掩饰 DSQ	宣泄 接纳	退避 调节	偏向 归因	防御 策略	避免 困扰
与 N 的相 关系数	0.10	0.00	0.01	-0.19	-0.27 *	-0.474 **	0.084	0.182	0.158
p 值	0.38	1.00	0.93	0.10	0.018	0.000	0.473	0.116	0.172
与 E 的相 关系数	0.00	0.14	-0.04	0.24	0.251 *	0.229 *	-0.143	-0.115	-0.228 *
p 值	0.97	0.24	0.73	0.04	0.029	0.047	0.218	0.323	0.047

									续表
	不 DSQ	成 DSQ	中 DSQ	掩饰 DSQ	宣泄 接纳	退避 调节	偏向 归因	防御 策略	避免 困扰
与 P 的相 关系数	0.02	-0.03	0.07	-0.10	-0.217	-0.348**	0.023	0.205	0.082
p 值	0.84	0.82	0.53	0.39	0.059	0.002	0.843	0.076	0.481
与 L 的相 关系数	-0.04	-0.01	0.03	0.05	-0.081	-0.083	-0.072	0.181	-0.115
p 值	0.75	0.96	0.77	0.68	0.486	0.477	0.534	0.118	0.324

注：* $p < 0.05$ ，** $p < 0.01$ 。

表 11-20 抑郁组各人格因子与防御、应对、归因各因子的相关（续）

	LES 分	LES 次	好自身	好持久	好整体	坏自身	坏持久	坏整体
与 N 的相 关系数	-0.113	-0.05	0.197	0.123	-0.187	-0.051	-0.109	0.137
p 值	0.33	0.67	0.088	0.291	0.106	0.665	0.347	0.239
与 E 的相 关系数	-0.012	-0.049	-0.088	-0.047	0.143	0.001	-0.128	0.025
p 值	0.915	0.677	0.45	0.686	0.217	0.995	0.269	0.835
与 P 的相 关系数	-0.08	-0.025	0.096	0.108	-0.187	-0.122	-0.188	0.111
p 值	0.489	0.831	0.411	0.354	0.105	0.295	0.103	0.339
与 L 的相 关系数	-0.04	-0.071	0.025	0.121	-0.146	-0.106	-0.204	0.122
p 值	0.729	0.541	0.828	0.299	0.209	0.361	0.077	0.295

（四）影响抑郁障碍发病的各种因素的回归分析

在人格特点，归因、应对、防御方式，生活事件等各类因素中，对抑郁障碍发生影响最大的因素是躯体化、升华和否认，其中升华为抑制因素，躯体化和否认为促进因素（见表 11-21）。

表 11-21 影响抑郁患病因素的 logistic 回归结果

影响因素	回归系数	标准误	OR 值	P 值
躯体化	5.26	1.30	197.32	0.000
升华	-2.29	0.07	0.10	0.002
否认	1.02	0.45	2.76	0.008
常数	-17.86	4.87	0.00	0.000

三、讨 论

（一）轻症组与重症组在年龄、性别、生活事件遭遇、抑郁程度、人格特质及各种心理调节手段的比较。

轻症组的平均年龄为 26.5 岁，显著低于重症组的 43.1 岁，这与两组疾病在流行病学上的高发年龄相符合。两组被试的性别构成，轻症组男 35%、女 65%，重症组男 38.9%、女 62.2%，也与流行病学资料相一致。

重症组的遭遇的生活事件次数高于轻症组，这可能与两组被试的年龄差异有关，因为前者平均年龄在 40 岁以上，人过中年，正是一生中的“多事之秋”，所以可能遭遇更多的生活事件。

重症组的平均抑郁程度高于轻症组，这与相应的诊断有关。

轻症组为诊断“恶劣心境”、“环性情感障碍”患者，重症组为诊断“抑郁发作”患者。尽管这两组被试的诊断不同，在病因学上，“抑郁发作”更强调生物学因素的作用，但是我们从本研究的结果中可以发现：除了应对方式中“宣泄接纳”外，两组在归因方式、应对方式、防御方式及人格特质等其他各项因子均无显著差异。这说明尽管在病因学上，轻症与重症存在差异，抑郁严重程度也不同，但是两者在心理调节手段的使用上可能具有跨病因和抑郁程度的一致性。

（二）抑郁组与健康组各类心理调节手段的比较

1、归因方式

在归因方式上，抑郁组和健康组相比较，倾向于将把负性事件归因为自身的、持久的和整体的，而把正性事件归因为暂时的和局部的，这个结果基本上验证了我们的假设，也与 Beck 对具有抑郁表现的正常人的归因研究结果相近。

但是，在正性事件归因的自身性方面，抑郁组与健康组没有表现出显著差异。可能的原因是：无论正常人还是抑郁障碍患者都具有在归因方面的“自我偏向”，即倾向于把“好事情”的原因归为自身的因素，而抑郁者在自身性上的这种偏向比在正性事件归因的持久性和整体性方面更具稳定性，更不易受损。

2、应对方式

在应对方式上，抑郁组与健康组相比较，较少使用宣泄接纳、退避调节，而更多的使用偏向归因。这表明同正常人相比，抑郁患者较少通过参与文体活动等积极方式来减轻精神压力忘掉痛苦，也较少与别人交换意见、沟通思想或主动、有效地寻求亲朋好友的忠告与帮助。而是更多地寻找外在原因，向无关的人或事物发脾气，或反复回想矛盾冲突的情境和心事。

同时，抑郁患者常认为，和别人相比自己的烦恼算不了什么，不值得烦恼；幻想事情已经过去、问题已得到解决或情况有了转机；信奉“车到山前必有路”，暂退一步，等待时机以解决问题或换个环境以忘掉苦恼的事情。我们可以看出，当个体所面临的问题、环境难以处理和改变时，这些应对有其积极的一面。但是，当环境与困难本来可以通过努力发生改变时，这种应对就显示出其消极性质。抑郁组在退避调节这个因子上显著高于健康组，提示抑郁患者可能过多地依赖这些具有否认、回避特点的应对，而且对此类应对的使用过于泛化，缺少灵活性。

从对照结果来看，抑郁患者更倾向于采用指向自身情绪的“情绪取向”应对，而较少采用指向解决问题和改变环境的“问题取向”应对。同时，抑郁患者指向情绪的应对又以回避、否认和过度使用为特点，缺乏健康积极地转移不良情绪的能力。据此可以推测，由于病人的应对很少指向解决问题，且很少以积极的方式处理情绪，因而抑郁患者可能长期处于困境和抑郁情绪之中。

3、防御方式

在防御方式上，抑郁组与健康组相比较，总体上讲，更多地采用不成熟防御机制和中间型防御机制而较少使用成熟防御机制，这个结果与我们的假设基本一致。

在成熟的防御机制中，抑郁患者明显缺乏升华能力，缺少通过积极的工作和丰富的文体活动等能被他人和社会认可的方式对抗冲突、缓解情绪、满足欲望的能力。在不成熟防御机制中，抑郁患者表现为更多

地使用投射、被动攻击、见诸行动、幻想和躯体化等机制。在中间型防御机制中，伴无能之全能和否认的使用抑郁患者显著高于健康组。

从心理动力学角度讲，特定的防御方式反映患者特定的心理病理现象。投射是将个人不确认的感觉指向他人，这包括严重的偏见、由于不恰当地怀疑而导致的对亲密关系的拒绝及对外界危险的过度警觉。被动攻击是指攻击指向他人，但却以一种无效或间接的方式出现，如失败、拖延或生病对别人的影响胜于自己等，也包括自虐或自杀。见诸行动是指将潜意识的欲望做直接的表达包括各种动作性行动或冲动性行为以避免自身内在的感觉被觉察。躯体化是病人的内在冲突和冲动以躯体症状的形式表现出来，并能从症状中获得部分的、扭曲的满足。否认则是指拒绝承认自己的冲动和欲望。伴无能之全能带有自恋性质，通过过度的贬低和理想化自己与他人来否认自己的焦虑和沮丧。

从上述的结果可以看出，由于投射的过多使用，抑郁患者会使自己处于一个充满“敌意、不满和偏见”的人际环境中，或因为采用被动攻击和躯体化而使自己“屡遭挫折、百病缠身”，见诸行动能更直接地“制造出麻烦”。继发于这些防御的结果常常是，个体会遭遇到很多负性生活事件，这些事件作为应激，可以导致抑郁。此外，被动攻击、躯体化、见诸行动等本身就可以直接导致或构成抑郁障碍的特定症状。独立性依赖型抑郁者，可能更多倾向于使用伴无能之全能的防御，个体过度地夸大自己的能力或对自己有不切实际的期待来否认沮丧，但由于最终不能达到超乎寻常的高标准而导致对自己更多的批评，进而可能引发抑郁。除了伴无能之全能中潜藏的否认性质外，抑郁患者还存在过多使用否认机制的特点。抑郁患者无意识或相对不随意地否认自己的需要和冲动，这样虽然可以暂时的回避冲突，但是无法使内在要求得到满足，内在的精神张力不会因此降低，相反会逐渐积累增加，并且，进一步地处理这些积累的精神张力会消耗自我的大量能量，使个体更难以有效地应对来自内外部的刺激，这降低了个体耐受应激的阈值，对应激导致抑郁的过程起了易化作用。

除了成熟防御机制外，在不成熟和中间型防御机制中的很多因子上，抑郁组的得分都显著高于健康组，这表明抑郁患者较正常人有着较多和较强的防御，从心理动力学角度看，抑郁患者可能存在较多的内心冲突需要防御，而大量的使用不成熟和中间型防御无助于缓解内在冲突，不能使欲望得到有效的满足。抑郁患者以扭曲的方式如躯体化、被动攻击

等释放内在压力，而这种扭曲的方式如投射、付诸行动、幻想常常有可能使抑郁患者遭遇更多生活事件，从而导致抑郁无法缓解甚至加重抑郁程度。

（三）抑郁组与健康组人格特质的比较

在艾森克人格问卷的四个因子中，抑郁组与健康组在内外向与掩饰方面没有显著差异，但是，神经质和精神质显著高于健康组。神经质的高分表明，个体倾向于情绪不稳定，焦虑、紧张、抑郁、易怒，常常睡眠不好，容易患有各种心身障碍。情绪过分，对各种刺激的反应都过于强烈，情绪激发后很难平复，由于强烈的情绪反应常常影响个体的正常适应。精神质高分表明，个体倾向于脾气古怪、孤僻，缺乏同情心，不关心他人，对人抱有敌意，容易遇到各种麻烦。

从上述抑郁患者的人格特点看，有些因素可以直接构成抑郁表现，同时，这些人格特点容易使个体遭遇生活事件，使之常常处于不同程度的应激状态中。

（四）抑郁组与正常组在生活事件上的比较

抑郁组遭遇生活事件的频度（LES 次数）与强度（LES 分数）都显著高与健康组。抑郁组的生活事件得分高于健康组，一方面说明，生活事件可能是导致抑郁障碍的原因之一；另一方面说明，可能是病人惯用的各种心理调节手段容易使个体遭遇更多的生活事件。例如，从上述抑郁患者的归因、应对和防御特点以及人格特质来看，他们较常人更容易“主动地”制造生活事件，如失恋或朋友反目等。

（五）各种心理调节手段与性别、年龄、抑郁程度、文化程度的关系

抑郁组中，归因方式、应对方式和防御方式的各维度、因子与被试的性别、年龄、抑郁程度、文化程度之间均无显著的相关和差异。这提示，抑郁患者的认知特点可能具有跨性别、年龄、抑郁程度、文化程度的一致性。

（六）影响抑郁障碍发病因素的回归分析

从上述讨论的结果来看，个体的人格特点和心理调节手段并不是简单地作为中介因素处于“应激”和“抑郁”之间，它们之间的关系不是线性的，而是复杂的环性关系。

从我们以上的讨论分析中发现，抑郁患者的各种心理调节手段本身就存在“制造”生活事件的能力，如被动攻击、付诸行动等，此外，还有些因子可以直接构成抑郁症状表现，如躯体化。所以本研究提示，人

格特点和各种心理调节手段对与抑郁障碍而言,可能都具有病因性特征。在此假设的基础上,我们把人格特质,归因、应对和防御方式中的各因子做回归分析,发现影响抑郁患病因素中贡献最大的是躯体化、升华和否认。其中躯体化和否认是抑郁发病的促进因素,升华是其抑制因素。从前面的讨论中,我们知道,抑郁障碍患者无论在应对方式和防御方式中都显示出缺乏升华能力,难以通过积极健康的方式满足内在愿望、转移不良情绪。这种升华能力的缺乏和另一个因素——否认,一起使得个体心理紧张的程度增加,从而可以直接或间接地导致抑郁。躯体化对抑郁发病的贡献可能在于这种防御机制本身就可以构成抑郁症状。

(七) 研究条件的局限性、研究存在的问题与不足,及进一步研究的设想和展望。

本研究首次以抑郁表现为特征跨诊断地研究了各类抑郁患者的人格特点生活事件和心理调节手段。研究结果基本与研究假设相一致,也部分地验证了前人的研究结论。但是受研究周期和经费的限制,研究的样本量还较小,本研究提出的抑郁患者的心理调节手段可能存在跨多因素的一致性还是建立在阴性的研究结果之上,尚不足以十分肯定地得出这个结论。此外,本研究的结果提示,个体的认知风格可能具有对抑郁的病因性作用,这一点也尚需更多地在严格控制变量的基础上做进一步的研究验证。在未来的研究中,可以导入生物学因素,并探讨这些因素和心理调节手段之间的关系。此外,在有条件的情况下,研究可以引入干预因素,探讨各类心理调节手段在接受心理干预条件下的变化以及与抑郁相互关系之间的特点。

四、结 论

本研究通过对各类抑郁障碍患者与健康人群的对照比较发现,各类抑郁障碍患者在以归因方式、应对方式和防御方式为内容的心理调节手段使用上具有一致的特点。同正常人相比较,抑郁障碍患者的归因有消极特点,他们倾向于把坏事情的原因归结为自身的、持久的和整体的,而把好事情归因为暂时的和局部的。抑郁患者倾向于采用以“情绪取向”为主的消极应对,并以回避、否认和过度使用为特点,而较少采用“问题取向”的积极应对。抑郁患者使用防御机制的频度和强度均高于正常人,并以更多使用不成熟的防御机制和中间型防御机制为特征,具体表

现为：投射、被动攻击、付诸行动、幻想、躯体化、伴无能之全能和否认。抑郁患者的人格特质具有较高的神经质和精神质的特点。回归分析发现，影响抑郁患病因素中贡献最大的是躯体化、升华和否认。其中躯体化和否认是抑郁发病的促进因素，升华是其抑制因素。

此外，本研究发现，抑郁患者的归因方式、应对方式和防御方式与抑郁程度、年龄、性别、文化程度均无显著的相关和差异，这提示抑郁患者的心理调节手段可能具有跨上述因素的一致性。

(北京大学医学部 洪 炜 姬雪松)

书名：《精神压力、应对与健康——应激与应付的临床心理学研究》

估价：25 元

作者：梁宝勇 等著

开本：异 16 开（170mm×228mm）

出版时间：2006 年 2 月

ISBN 号：待补

读者对象：心理学、心理卫生和医学工作者，一般读者

内容简介：

本书是教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“应激与应付的临床心理学研究”的成果。最近几十年以来，伴随着我国社会和经济的发展，人们的生活条件与工作环境已经发生了巨大的变化。这些变化在给人们带来机遇、希望和实惠的同时，也会带来新的挑战、矛盾和心理问题，从而便会加重人们适应的压力或负担，甚至造成一些人情绪痛苦和心理障碍。因此，心理应激或“精神压力”在我国已经成为一个突出的心理卫生问题，正在成为许多学科共同探讨的重大课题。

本书是在课题组多年研究成果的基础上精心撰写的。前 6 章介绍了应激的基本的概念模型，应激源的类型及其致应激作用的评估；探讨了应激的心理反应及其中介和调节机制，应激的生理反应及其调节和中枢整合机制；讨论了人类适应社会生活挑战、维护心理健康的自我防御和应对机制及其评定和评价的策略与方法学问题；深入探讨了应激、应对同健康之间的关系，特别是心理应激对健康的负面影响及其可能的心理和生理机制。本专著的后 5 章介绍了作者们开展过的几项实证研究，即羞耻感及其应对策略，中小学教师心理健康状况以及同应对方式之间的关系，小学生的生活压力、学业成就与适应行为的关系；下岗和失业人员的心理健康状况及其相关因素；抑郁障碍患者的归因、应对和防御方式的特点以及视觉识别汉字情绪词所诱发的 ERPs 效应。

本书是我国第一部专门用来探讨心理应激、应对和健康问题的学术专著。对于进一步发展我国临床（医学、咨询和健康）心理学，维护、增进我国人民的心身健康，预防各种精神疾病和心身疾病，本书具有突出的理论意义和实际价值。

内容简介：

应激和应对是同人的生活质量密切相关的现象。本书整合了关于应激的心理学、社会学和生物学观点，全面深入地揭示了心理应激（精神压力）这个当代人最为突出的心理卫生问题，论证了心理应激和应对策略同身心健康之间的关系及其心理生理机制，探讨了心理应激条件下人的心理调适问题。