

壓力模式與壓力分析在家庭醫學部病人之應用： 初探

鄭逸如^{1,4} 呂碧鴻^{1,2} 陳秀蓉³ 李宇芬¹ 吳英璋⁴ 陳慶餘^{1,2}

隨著身心醫學的發展及疾病型態的轉變，1977年Engel提出之「生物心理社會模式」的醫療照顧廣受重視。由之衍生的「壓力模式」嘗試應用於臨床實務中，提供病患壓力衡鑑與調適之服務，根據研究結果，這項醫療服務具有具體的臨床效果。

某醫學中心家庭醫學部，在提供以壓力模式為基礎的壓力診療多年後，於1999年正式成立「身心諮商特別門診」。本研究即以此門診第一年之個案為對象，探討其身心壓力的現象。根據51位完整個案的分析，主要的研究結果如下：(1)以壓力模式為基礎的壓力分析確實可適切呈現壓力現象。(2)絕大多數個案都出現身心症狀；所有個案都有負向情緒；大約半數的個案完全不表達情緒或只做非常少的表達；半數以上的個案對情緒的處理不但未能解決問題，甚至反而使問題惡化。(3)壓力適應不良的發生是由生活事件以及環境與資源等外在因素，以及個人的內在因素共同決定。(4)絕大部分個案對目前壓力的不利認知都有泛化的現象，而有一部份個案則不能覺知或錯誤覺知所承受的壓力及其來源。(5)壓力模式在研究與臨床服務上，確實都是值得發展及應用的實務架構。

(家醫研究 2003；1：22-32)

關鍵詞：stress model, stress analysis

前 言

生物心理社會模式

醫學上傳統的「生物醫學模式」(biomedical model)是屬於還原主義(reductionism)，採取要素分析取向(factor-analytic approach)，注重的是對部分(part)的探討。這種模式容易導致去人性化的(impersonal)醫療方式，使得醫療只著重在疾

病的瞭解與治療，而忽略了病人以及對病人的照顧^[1]。後來，「心理發生假說」(psychogenesis)與「整體論」(holism)兩種概念及其相關的研究資料，改變了長久以來偏向生物觀點的疾病概念，並促成身心醫學的發展。Engel^[1,2]提出「生物心理社會模式」(biopsychosocial model)，指出個人與其週遭系統是一種有組織的關係，包括階層性的(hierarchical)與連續性(continuous)的關係。

台大醫院家庭醫學部¹；臺灣大學醫學院家庭醫學科²；輔仁大學心理學系³；臺灣大學心理學系⁴

受理日期：民國92年8月29日，接受刊載：民國92年10月20日

聯絡人地址：呂碧鴻，台北市中山南路7號，台大醫院家庭醫學部

這說明了健康或疾病問題是存在於個人所處的整個生態系統的每一個層面，並成為前述心理發生說與整體論兩種概念之具體且系統化的表現。

基本上，這樣的生物心理社會模式採取的是「系統」(system)的觀點，同時探討具有組織性的整體系統和構成此系統的層次(次系統)，超越過去生物醫學模式侷限在只還原探討個體內之生理系統的限制。它甚至認為每一個層次也都自成一獨特的、有組織的動力系統。當以此模式為基礎，才可能做到將病人視為「人」來瞭解與照顧，使科學與人性並存於醫療中。

「壓力模式」的發展

由於醫療專業人員在表徵以及處理患者的問題時，相當受到組織其知識與經驗的概念模式的影響，因此加入心理與社會向度，並強調調整體系的生物心理社會模式，對瞭解及照顧患者就具有潛在的應用價值。然而，「生物心理社會模式」是一種概念形式的理念^[1,2]，在臨床應用上仍需要化為具體的實務理念架構。由於在這樣的衍生與轉換中，「系統」

(system)與「壓力」(stress)二個主軸是此架構的基礎，因此這實務架構就稱為「壓力模式」(stress model)。

在西方，心理學家Cox^[3]以「將壓力視為刺激」、「將壓力視為反應」、「將壓力視為互動歷程」三種觀點，提出了三種壓力模式。

在台灣，有關壓力與健康之壓力模式的探討則始於1980年代早期。吳氏^[4]從心理學的角度出發，就滿足需求之行動受阻的觀點探討適應困難的發生歷程，並點出適應困難所導致的壓力與健康問題之間的關係。而陳氏與吳氏^[5]也據此初步提出一種生物心理社會取向的壓力模式(圖1)。綜合其觀點，壓力及調適困難的分析應考慮：原先引發行動的需求為何(亦即生活壓力或致病因素所帶來的要求為何)、與需求有關的資源如何(包括：身體構造與功能上的變化，以及可用以對抗致病因素與生活壓力的資源)、所採取的行動及結果為何(亦即所運用的調適策略及其效果為何)、目前的情緒及身心症狀(亦即壓力的負向反應)、以及影響情緒的認知因素。

隨後數年，以大學生^[6-8]及家庭醫學部門診患者^[9]為對象之研究，支持上述生物心理社

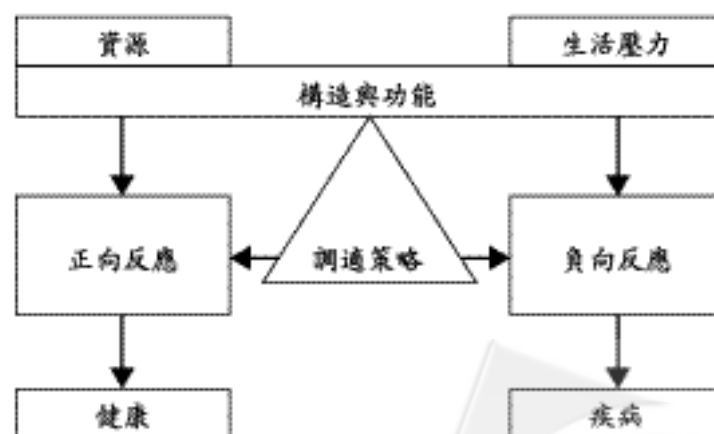


圖1 生物心理社會取向之壓力模式

會取向的壓力模式不論在學校心理衛生或臨床實務上均適用。1991年，吳氏、金氏與許氏^[10]以此模式為雛形，提出「壓力模式」的架構（圖2）。基本上，此模式是生物心理社會模式的衍生，但更完整的組織了環境與個人之間的系統性關係，以及個人內在的各個心理因素及其之間的關係，它並成為後來有關壓力衡鑑與壓力治療之臨床實務的具體依據。

「壓力模式」共整合了五類變項，列述如下。第一類變項：個人所處的社會物理環境；第二類變項：個人對其社會物理環境的心理反應與生理反應；第三類變項：個人於其社會物理環境中的因應；第四類變項：與以上三者相關的個人因素（如：心理需要、性格、過去經

驗等）及社會因素（如：社會支援系統）的作用；第五類變項：前述四者與健康或疾病的關係。「壓力模式」透過上述五類變項及其之間的關係，呈現出壓力的可能路徑。

吳氏^[11]進一步在已建立的「壓力模式」中，特別強調人與環境的不可分離性，寬廣深入的討論全方位的壓力調適與身心均衡，這種視野將壓力模式所涵蓋的層面又往外延伸。而吳氏^[11,12]把成功因應之副作用整合進「壓力模式」中，則使得「壓力模式」對適應不良的發生有更周詳的涵括。成功因應之副作用指的是，個體在一次或一連串的壓力因應過程中有效地控制該環境之際，卻因「疲勞」或「因應結果回饋至自我效能的衝擊」，致使其蒙受某

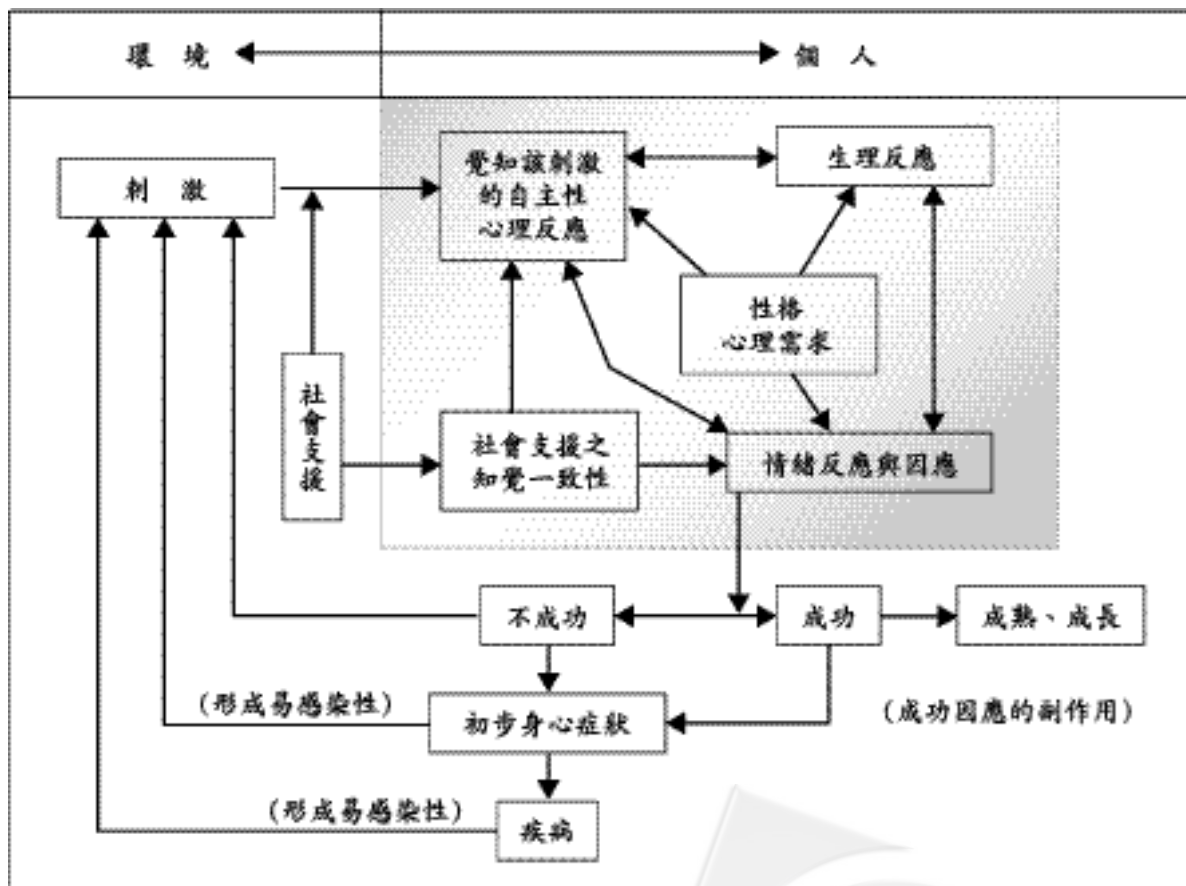


圖2 壓力模式

種程度的損傷，以致出現初步身心症狀，或在下一個因應中，顯得較無效率。「成功因應的副作用」與成功因應以及初步身心症狀有關，後續並成為壓力的來源。

自1987年到1994年，「壓力模式」(早期仍以「生物心理社會模式」為名)的架構已逐漸確立。在其發展期間，研究與臨床服務二大路線均有進展，並相輔相成，而所提供的支持與修正也使「壓力模式」愈加完整及鞏固。在理論與臨床服務漸趨成熟之際，回歸現象的研究是必要的。因此本研究嘗試以「壓力模式」為基礎，對「身心諮商特別門診」之個案進行壓力分析，詳細深入地探索其壓力及調適的現象，並評估「壓力模式」在此種探索上的適用性。

材料與方法

研究對象

本研究之研究對象為1999年1~12月「身心諮商特別門診」之149位個案。「身心諮商特別門診」的個案多是生活及心理社會功能正常的個案，在心理防衛機轉或衝動的控制等方面並無過度偏差狀況，惟因某些生活變動及由之形成的壓力狀態未能有效減輕或解除，而致發展出心理社會問題為基礎的身心疾病。這些個案經過家庭醫師評估後，初步判斷其健康問題有心理社會因素，故照會「身心諮商特別門診」。病歷上的記錄顯示，排名前四位的主要臨床問題為焦慮狀態、憂鬱狀態、壓力相關的身體障礙、適應障礙。

研究工具

本研究之工具為「壓力分析表」。此分析表是根據「壓力模式」設計的，內容包含四部

分，大致上各自對應「壓力模式」的第一至第四類變項。而「壓力模式」的第五類變項「健康或疾病」，由於本研究的研究對象均是臨床個案，可知前四類變項已造成疾病，因此不列入此次的分析。

「壓力分析表」的第一部份是「壓力背景」，對應的是「壓力模式」的第一類變項：「個人所處的社會物理環境」以及第四類變項中所指與第一、二、三類變項相關的「社會因素」。內容包括：(1)生活事件：指與此次就醫之主訴相關的生活變動；(2)環境及資源：指長期的物理環境(居住與生活環境等)、社會環境(發生在日常生活中的繁瑣事件，或長久持續的生活事件等)與社會因素(有利、不利或矛盾之社會支援)。第(1)部份除了分析內容之外，也計算事件數；第(2)部份除了分析內容之外，也計算有利、不利或矛盾之社會支援的數目。

第二部分是「壓力反應」，對應的是「壓力模式」的第二類變項：「個人對其社會物理環境的心理反應與生理反應」。心理反應主要是分析對壓力的認知，內容包括：(1)對本身所承受之壓力及壓力來源的覺知，評分從-3(完全錯誤覺知)到+3(完全正確覺知)；(2)對壓力的某種認知是否僅在此次主訴的生活事件中出現，或是泛化到一般其他事件，評分從1(具體特殊化)到3(泛化很廣)；(3)對目前狀況想改變自己的動機，評分從-3(要求他人改，自己不改)到+3(要求本身改變的動機很強)；(4)針對特定狀況的認知內容與歷程：分別列述對壓力適應有利的及不利的；(5)對壓力之認知評估的結果，選項有挑戰、傷害、威脅、擔心、失落及其他。生理反應則是分析身心症狀，內容包括：症狀種類、症狀數。

第三部分是「壓力因應」，對應的是「壓力模式」的第三類變項：「個人於其社會物理環境中的因應」，內容包括：(1)情緒；(2)因應行為。情緒分為主觀負向情緒及情緒的處理。主觀負向情緒指的是因壓力相關事件而產生的情緒，包括焦躁、害怕、憂鬱、生氣、羞窘、驚訝及其他；情緒的處理則包括表達程度及合理程度，表達程度的評分從0（完全壓抑，沒有表達）到5（完全表達），合理程度的評分從-3（非常不恰當，不但對問題沒有幫助，反而使問題惡化）到+3（相當恰當，而且對問題的解決有幫助）。因應行為指的是採用面對問題（以直接或間接方式解決問題）、面對情緒（以認知改變或情緒紓解等方式因應由壓力而來的情緒）或逃避等方法。

第四部份是「個人因素」，對應的是「壓力模式」的第四類變項中所指的個人因素。分析的內容包括心理需要、性格、認知特徵、行為習慣、解決問題的效能、過去經驗等，並分為對壓力調適有利與不利二類。此部份若與第一部份加以綜合，則可更完整代表壓力調適不良之背景，亦即包含了壓力的外在背景與內在背景。

研究程序

研究程序分為以下四個步驟：(1)編製「壓力分析表」；(2)試用及修訂「壓力分析表」；(3)負責治療的臨床心理師先根據「壓力分析表」各自進行分析，再與另一位臨床心理師（非治療者）共同回顧研究對象的身心壓力衡鑑與治療記錄，討論後，綜合記載於「壓力分析表」；(4)由二位醫師（其中之一為「身心諮商特別門診」之負責醫師）與三位臨床心理師（其中之一為治療者）共同回顧「壓力分析表」，並調閱一般病歷，以綜合各方面

資料，檢查所作分析的正確性與合適性。

由於一開始在臨床上對個案進行壓力衡鑑時，所有心理師（即分析者）就都使用相同的「壓力衡鑑表」，再加上上述四個步驟，分析者對壓力的分析應具有相當的一致性。

結 果

基本資料與個案描述

149位個案中，女性118人，男性31人，女性約為男性的3.8倍。女性與男性的年齡無顯著差異，總人數的平均年齡及標準差為 37.3 ± 12.7 。女性及男性的教育程度均以高中職五專、大學二專居多。女性及男性的婚姻狀況均以已婚居多。所有個案的居住地區均以台北縣市佔絕大多數，共135人，佔90.6%。

這149位個案，2位於研究進行時，仍在治療，不予分析；3位由已結束實習之實習心理師接案，不予分析；1位晤談資料遺失，無法分析；92位進行身心壓力衡鑑後，未繼續接受身心壓力治療，因此無法或不適合本研究的分析（詳細資料見表1）；最後進入分析的個案有51人。其中，女性42人，男性9人，女性約為男性的4.7倍。總人數的平均年齡及標準差為 36.04 ± 11.40 ，女性與男性的年齡無顯著差異。女性及男性的教育程度均以高中職、專科、與大學學歷居多。女性及男性的婚姻狀況均以已婚居多。所有149位個案與正式分析之51位個案的基本資料如表2所示。卡方檢定顯示這二組個案在年齡、教育程度及婚姻狀況上未達顯著差異（ $\chi^2 = 3.953, p = .412$ ； $\chi^2 = 3.843, p = .698$ ； $\chi^2 = 2.704, p = .845$ ）。

壓力分析

一、壓力背景

51位個案在生活事件方面，未遭遇生活事件的有9位（17.6%），只有一件生活事件的有27位（52.9%），有二件以上生活事件的有15位（29.5%），生活事件平均數及標準差為 1.2 ± 0.9 件。

這些個案所遭遇的生活事件可分為七類，包括：疾病與醫療、工作與經濟、婚姻與感情、家庭與子女、學業與進修、災害、人際與其他。在環境及資源方面，有利環境資源之平均數及標準差為 1.0 ± 0.8 個，不利環境資源

之平均數及標準差為 2.6 ± 1.5 個，矛盾環境資源之平均數及標準差為 0.3 ± 0.6 個。

在無生活事件的個案中，有3~6個不利的環境資源，有2位各有一個不利的及一個矛盾的環境資源。這7位個案的不利環境資源包括：從事特殊工作，常面對良心的掙扎；工作帶來不良的生活型態；景氣不好，收入少；孩子罹患慢性疾病，長年有就醫及照顧的負擔；長期與婆婆、小姑相處不愉快；長期照顧年老生病的父母，狀況頻出，疲於奔命等。

表1 未繼續接受身心壓力諮商的原因 (n=92)

未繼續接受身心壓力諮商的原因	人數	百分比
1.失約	31	33.7
2.轉介精神科	17	18.5
3.轉回精神科	8	8.7
4.壓力分析後覺得已有改善，或想嘗試自己調適，決定不繼續安排治療	6	6.5
5.沒時間安排治療	6	6.5
6.治療目標不適合，討論後不預約	5	5.4
7.無動機	5	5.4
8.個案說以後再約，但後來沒有打電話來	3	3.3
9.回國外居住地（已移民）	2	2.2
10.轉團體治療，未再接受個別身心壓力諮商	2	2.2
11.動機極弱，先轉回給家醫科照會醫師	2	2.2
12.轉介學校心理輔導中心	2	2.2
13.轉回學校心理輔導中心	1	1.1
14.有動機，但認為心理師太年輕，不想預約	1	1.1
15.家人（先生）反對	1	1.1
總計	92	100.0

表2 所有個案與正式分析個案之基本資料

項目		所有個案 (n=149)				正式分析個案 (n=51)			
		女性		男性		女性		男性	
		人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
年齡層	18歲以下	6	5.1	2	6.5	3	7.1	2	22.0
	19至30歲	33	28.0	9	29.0	9	21.4	1	11.1
	31至45歲	51	43.2	15	48.4	22	52.4	6	66.7
	46至60歲	22	18.6	4	12.9	6	14.3	0	0
	61歲以上	6	5.1	1	3.2	2	4.8	0	0
	總計	118	100.0	31	100.0	42	100.0	9	100.0
教育程度	研究所以上	3	2.5	4	12.9	1	2.4	2	22.2
	大學二專	33	28.0	11	35.5	12	28.6	1	11.1
	高中職五專	36	30.5	10	32.3	18	42.9	4	44.4
	國中	8	6.8	1	3.2	1	2.4	1	11.1
	國小	4	3.4	1	3.2	1	2.4	0	0
	不識字	3	2.5	0	0	0	0	0	0
	未填	31	26.4	4	12.9	9	21.4	1	11.1
	總計	118	100.0	31	100.0	42	100.0	9	100.0
婚姻狀況	已婚	57	48.0	18	58.1	21	50.0	6	66.7
	未婚	36	30.5	13	41.9	10	23.8	3	33.3
	分居	3	2.5	0	0	1	2.4	0	0
	同居	1	0.8	0	0	1	2.4	0	0
	喪偶	2	1.7	0	0	0	0	0	0
	離婚	8	6.8	0	0	4	9.5	0	0
	未填	11	9.3	0	0	5	11.9	0	0
	總計	118	100.0	31	100.0	42	100.0	9	100.0

二、壓力反應

壓力反應之心理反應層面，主要探討的是對壓力的認知，所得結果描述如下：(1)對

本身所承受之壓力及壓力來源的覺知方面，能正確覺知的有38位(74.5%)，不能覺知的有10位(19.6%)，錯誤覺知的有3位(5.9%)。(2)在此次主訴之生活事件中，對壓力之某種

認知完全沒有泛化到一般其他事件的有 4 位 (7.8%)，有各種程度之泛化的有 47 位 (92.2%)，平均泛化程度及標準差為 1.86 ± 0.87 。(3)在改變動機方面，絕大多數個案都是要求自己本身改變，有 46 位 (90.2%)；沒有個案是只要求他人改變，自己不改變；沒有動機改變的有 5 位 (9.8%)。(4)在認知思考方面，有 20 位個案 (39.2%) 處在壓力背景之下時，只有不利認知，完全沒有有利認知；2 位個案 (3.9%) 則是雖無不利認知，但也無有利認知。其他 29 位個案 (56.9%) 則同時有不利認知及有利認知。

壓力反應之生理反應層面，主要探討的是對壓力的身心症狀，所得結果如下：無身心症狀的有 1 位 (2.0%)；只有 1 種身心症狀的有 7 位 (13.7%)；有 2~4 個身心症狀的個案較多，各有 11、11、10 位 (21.6%、21.6%、19.6%)；有 5、6、7 種身心症狀的有 5、4、2 位 (9.8%、7.8%、3.9%)。

三、壓力因應

壓力因應包括情緒與因應行為。在情緒方面的結果分「主觀負向情緒感受」及「情緒的處理」二部份說明。

有關主觀負向情緒感受的結果是，51 位個案在負向情緒的種類數目方面，單純只有一種情緒的共有 6 位 (11.8%)；有二種情緒的有 18 位 (35.3%)；有三種情緒的有 15 位 (29.4%)；有四種、五種情緒的各有 9 位 (17.6%)、3 位 (5.9%)。情緒數目的平均數及標準差為 2.71 ± 1.08 。從這結果可看到，大多數個案都有二種或以上的情緒，甚至有的個案有多達五種情緒。

有關情緒之處理的研究結果有以下二方面。(1)在表達程度方面，完全壓抑、未表達

的有 4 位，表達程度只被評為 1 分的有 23 位，加起來就佔了 51 位個案的 52.9%。其他表達程度的個案數，則為 2~5 分的各有 12、4、7、1 位。情緒表達程度的平均數及標準差為 1.69 ± 1.41 。整體看來，大部份個案對壓力下的情緒是傾向不做充分的表達。(2)在情緒處理的合理程度方面，有 33 位 (64.7%) 屬於不合理，不但對解決問題沒有幫助，反而使問題惡化；有 8 位 (15.7%) 對解決問題沒有幫助，但也未使問題惡化；有 10 位 (19.6%) 屬於合理，對解決問題有幫助。此結果指出，在治療前已能合理有效地處理情緒的個案大約只有五分之一。

在因應行為方面的結果是，面對問題的有 11 位 (21.6%)，面對情緒的有 8 位 (15.7%)，逃避的有 11 位 (21.6%)，面對問題、面對情緒及逃避的各種組合共有 21 位 (41.2%)。相較之下，有較高比例的個案是採用一種以上的因應行為。

四、個人因素

不利個人因素之個數平均數及標準差為 2.6 ± 1.2 個，有利個人因素之個數平均數及標準差為 1.0 ± 0.8 個。

不利個人因素的實際例子有：工作上看不過去就自己動手做；親密關係不成熟；對情緒隔離壓抑；依賴；敏感多疑；絕對性強，憤世嫉俗；行事過度謹慎；對感情的需求強、標準高，堅持感情的互動，辛苦的要求自己，也要求別人等。

有利個人因素的實際例子有：抽象思考與理解能力佳；做事能力強；能主動建立及主導人際關係；能找到積極正面的意義；能做改變；能主動求助；負責任；做事全力以赴；作息正常規律。

討 論

身心壓力的形成

壓力的完整背景包括外在的生活事件、環境與資源，以及內在的個人因素，每位個案在這些方面有多種可能的組合。研究結果發現，沒有個案是既無生活事件，也無不利或矛盾的環境資源，純粹只因不利的個人因素而產生壓力調適的困難；也沒有個案毫無不利的個人因素，純粹只是因為生活事件、不利或矛盾的環境資源造成適應不良的情形。

Kantor在二十世紀初，即提出有機體會與環境構築成一個「場」(field)的概念，認為有機體在任何一瞬間均針對其環境中之各種物件或情況進行因應；Lewin的「場地論」^[11]也主張行為是人與環境互動的結果。本研究以壓力模式為基礎之壓力分析的結果，支持這些強調人與環境之不可分離性的觀點，並顯示出壓力模式在探索壓力上的有效性。

身心壓力的調適

當個人發生適應不良的狀況，不論其調適能力如何，個人總會有所反應，就好像一旦感染發生了，不論健康狀況如何，身體總會啟動一連串的變化。研究結果發現絕大多數個案都出現身心症狀；所有個案都有負向情緒；大約半數的個案完全不表達情緒或只做非常少的表達；半數以上的個案對情緒的處理不但未能解決問題，甚至反而使問題惡化。這結果顯示個案在壓力調適中所經驗到的狀況。

本研究的51位個案對壓力的覺知方面，有的能正確覺知本身的壓力及壓力的來源，有的不能覺知，甚至有的是錯誤覺知。然而有趣的是，在此情形下，絕大部分個案（合計高達

90.2%）都有動機要求自己改變。此結果一方面的意義是，這些個案雖然大多有改變的動機，但背後對壓力的覺知及其正確性卻有所差異；另一面的意義則是，繼續接受治療者的改變動機可能本來就比較高。

在對壓力之某種認知的泛化程度方面，絕大部分的個案都有泛化的現象，這代表的是當人們在經驗中主觀地形成某種看法時，此看法常會因為未就現實做區辨，而泛化成為評估其它經驗的基礎。在此情形下，不但會造成個案更大的壓力，同時也可能模糊了壓力的真正焦點。此分析結果與認知取向之心理治療學派的主張一致，認為非理性信念、自動化的負向認知或自動反射性的訊息處理是形成適應困難的重要原因^[13,14]。此研究結果除了提醒在分析壓力時必須區分最初的壓力與因為認知泛化而來的壓力之外，也點出一條形成壓力的路徑，即個人泛化的認知可能影響其因應，而因應的結果又與環境互動，於是製造出對個人的要求。這正呼應了「壓力模式」所說的「壓力是人與環境的互動結果」。

在本研究以「壓力模式」為基礎，對「身心諮商特別門診」個案所做的壓力分析中，發現可清楚呈現個案壓力現象的特徵，且51位個案的資料均能夠適切的放入壓力模式，不需要增加新的變項。這些結果支持了「壓力模式」在探討壓力上的合適性，並指出「壓力模式」在研究與臨床服務上，確實都是值得發展及應用的實務架構。

誌 謝

本研究承國科會之研究經費支持（計畫編號NSC 89-2413-H-002-050），特此致謝。

參考文獻

1. Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; **137**: 535-44.
2. Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; **196**: 129-36.
3. Cox T: *Stress*. New York: Magmillan Press, 1978: 1-25.
4. 吳英璋：適應困難的發生--一種心理學的探討。心理衛生1983；**26**：48-55。
5. 陳慶餘、吳英璋：以生物心理社會模式探討台大新生之身心症狀。中華心理衛生學刊1987；**3**：89-105。
6. 段亞新、吳英璋：大學生對生活事件的認知歷程及其身心適應。中華心理衛生學刊1987；**3**：117-36。
7. 王秀枝、吳英璋：生活事件、生活壓力及身心疾病的動力性關係。中華心理衛生學刊1987；**3**：155-70。
8. 劉若蘭、吳英璋、邱文科：影響身心症狀改變的心理社會因素。中華家醫誌 1994；**4**：31-40。
9. 陳慶餘、李立維、吳英璋：身心症狀、家庭功能與疾病的關係。中華心理衛生學刊1991；**5**：23-34。
10. 吳英璋、金樹人、許文耀：面對壓力 -- 身心健康手冊（高中職教師）。第一版。教育部訓育委員會，1991：3-16，27-43。
11. 吳英璋：從健康、壓力與因應談全方位的身心均衡。學生輔導1994a；**34**：16-29。
12. 吳英璋：壓力的因應與成功因應的副作用。測驗與輔導1994b；**123**：2511-6。
13. Ellis A, Dryden W: *The Practice of Rational-emotive Therapy (RET)*. New York: Springer, 1987: 1-27.
14. Blackburn IM, Davidson KM: *Cognitive Therapy for Depression and Anxiety-a practitioner's guide*. Oxford: Blackwell Science, 1990.



The Application of Stress Model and Stress Analysis in Patients of the Department of Family Medicine: a Preliminary Study

Yih-Ru Cheng^{1,4}, Bee-Horng Lue^{1,2}, Hsiu-Jung Chen³,
Yu-Fan Lee¹, En-Chang Wu⁴, Ching-Yu Chen^{1,2}

Along with the development of psychosomatic medicine and the changes of disease pattern, George Engel's biopsychosocial model has been emphasized in medical health care. In Taiwan, researchers started to develop the stress model from the biopsychosocial perspective since about ten years ago. Furthermore, the clinical application of stress assessment and management based on the stress model also showed its effectiveness in patient care.

For better patient care and to fulfill the social need, we set up a special clinic for stress assessment and counseling in the Department of Family Medicine in a medical center in January, 1999. We conducted this study by analyzing 51 patients' assessment records for the purpose of investigating the nature and related factors of their stresses as well as the applicability of the stress model. The results were as follows:

- (1) Stress model is appropriate for analyzing phenomenon of stress.
- (2) Most of the cases had psychosomatic symptoms; all of them had negative emotions; half of them did not or rarely express emotions; more than half of them did not resolve or even worsen the problems.
- (3) There were no cases of stress maladaptation purely ensued from the external-environmental or personal-characteristic factors. Stress adjustment problems were the results of these two factors.

Department of Family Medicine¹, National Taiwan University Hospital; Department of Family Medicine², College of Medicine, National Taiwan University; Department of Psychology³, Fu-Jen Catholic University; Department of Psychology⁴, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.
Received: August 23, 2003; Accepted: October 20, 2003.