

0.25以下为弱相关, 0.26~0.39为中度相关, 0.4~0.6为密切相关, 0.61以上为确实相关。

结果: 64名患者根据DSM-Ⅲ标准分为二组, 19人只诊断为分裂型人格, 6人只诊断为边缘人格, 16人符合以上二种诊断, 23人诊断为其他人格障碍, 纯分裂型中男性较多, 占门诊病人的39%, 有精神科住院史者中, 兼有SPD与边缘人格障碍者较单纯SPD要高($P<0.01$), 也较单纯边缘型和其他人格障碍为高, 分裂型患者的GAB评分较边缘型和其他人格障碍患者低, 而各患者的家族史, 与分裂症的分布相反, 至少67%的边缘型患者家族成员中有情感障碍, 分裂型只有21%, 其他型30%。有关诊断的症状统计参数, 分析了35名分裂人格病人均有SIBP中的21个症状, 非分裂人格只有29例有这些症状。此外, 比较了19例SPD和29例非分裂型人格者, 其中13个症状与分裂型人格诊断明显相关, 这些症状是: 不能建立亲密的人际关系、古怪的交流、慢性厌倦、人格解体、社会隔离、错觉、牵连观念、自我识别障碍、受表扬后得意忘形、偏执观念、怪异思维、强迫性社交和妄想等, 在单纯SPD者及兼有分裂型人格者之间无明显差别, 而分裂型人格与边缘型人格者在慢性厌倦、强迫性社交、自我识别障碍和受表扬后得意忘形四项却有区别。22例边缘人格障碍和42例非边缘人格障碍比较, 自伤行为、不适切的长期愤怒、情绪不稳、对受排斥极度敏感、偏执观念等有区别。

讨论: 根据本研究结果, 以社会隔离和动力减退为主的阴性症状可将单有SPD者、兼有SPD与边缘人格者和其他人格障碍鉴别开来, 边缘人格常与SPD同时存在, 对住院病人的追踪研究发现: 兼有SPD与其他人格障碍者较单一SPD预后要好, 家族史调查未表明SPD家人分裂症发生率较对照组高, SPD与情感障碍无关, 但边缘人格患者家庭中重度情感障碍发生率较高, 这一结果有助

于鉴别边缘人格和分裂型人格。

(陈晓岗摘译 编辑部校)

72 心脏移植者对心脏和捐献者的否认

[Mai FM et al; Am J Psychiatry 1986; 143(9): 1159(英文)]

传统观念认为心脏是生命和爱之所在, 因此, 心脏移植的社会心理现象引起人们的极大关注。本文作者假定: “否认”是移植手术后普遍存在的一种心理适应机制, 并以此来探讨20位心脏移植手术后存活者对移植的心脏及其捐献者的心理反应。在这里, 否认的定义是: 意识性或潜意识性地拒绝接受既成事实的部分或全部, 以减轻恐惧、焦虑或其他不愉快的效应。

方法: 在心脏移植手术后30~90天, 对患者作常规精神状态检查后, 收集资料齐全的20例入组, 其中白人19例, 女性2例。非定式地询问包括焦虑抑郁等精神症状和术后家庭社会的关心程度, 并问及患者对心脏或捐献者的感受反应, 尽可能地照原话笔录。

结果: 20例病人中发现18例(90%)有否认现象。其中7例否认的对象是移植的心脏, 5例对捐献者否认, 6例对两者都否认。他们往往表示不想或不关心所否认的对象。两例不表现否认者则对之感兴趣和好奇。另外尚发现有: 欣快10例, 对捐献者感激和对其家属的同情8例, 对捐献者和心脏的好奇5例, 对捐献者的矛盾情感4例, 内疚3例, 焦虑2例, 对捐献者的年龄和肤色的担心2例, 躯体变换意象2例。

讨论: 本组患者的心理应付机制表现为否认, 支持前文的假设。同时发现, 患者在对捐献者或心脏(非两者)适应过程中, 所否认的内容不同: 对心脏适应时, 否认涉及患者对心脏的自我化想象和对“心”的概念及情感内涵的理解; 而对捐献者适应时, 则涉及到死亡、垂死及丧失等概念和对捐献者复杂的矛盾情感。至于欣快等反应, 亦可理

解：处在死亡线上并常因顽疾而严重焦虑和抑郁的患者，因移植手术而得到第二次生命，当然会感到欣快。焦虑、内疚、矛盾情感和求生欲是像如对沉船、战时被俘等严重创伤经验缅怀时一样的体验，有几例患者在手术前后不久表现出符合DSM-Ⅲ标准的创伤后综合症，这一事实支持这一论点。否认可以合并焦虑这一发现与有人报道的心肌梗塞后的类似发现一致。否认现象的普遍存在说明它是人类一个重要的保护和适应功能。在应付对捐献者家属的矛盾情感的同时，适应要求患者将来源于不幸的捐献者的要害器官在思想上予以承认，这不可能不出现焦虑、抵触及矛盾情绪，否认可能作为患者一种应付或推迟这些情绪反应产生的方法而出现，直至他们能够较好地适应为止。因此，在术后相当的一段时期，医生应该鼓励或至少不干涉否认的产生。如果患者对此表示沉默，就更有必要促使它产生。过早的调理性宣传可能干扰这种适应所需的否认。

(邓云龙摘译 编辑部校)

73 神经症的心理和药物治疗

[Dencker SJ et al; Acta Psychiatr Scand
1986; 74(9): 569, (英文)]

越来越多的人认为，对神经症的治疗应在心理治疗的基础上进行，而治疗过程与其配偶人格的关系也值得研究。据此，本研究采用了一种特殊设计，即心理和药物治疗相结合，用病人的配偶为健康对照组，并对苯二氮䓬衍生物的溴吡二氮䓬(Bromazepam)与甲硫达嗪进行了双盲交叉对比研究。作者亦对下述问题进行了研究：神经症病人的配偶是否也有神经症表现？治疗过程中配偶的神经症症状是否有改善？配偶的人格对疗效是否有影响？

方法：对象为80名符合DSM-Ⅲ诊断标准，靶症状严重的门诊病人，男女均有，年龄20~40岁，其中焦虑症44名、恐怖症27名、强迫症4名、抑郁性神经症5名，病程最短6个

月最长5年并与配偶一起生活，凡嗜酒、器质性脑损伤、怀孕、住院或用其它抗精神病药物者均不包括在内。用溴吡二氮䓬和甲硫达嗪进行双盲交叉对照研究，先经过一个服安慰剂的阶段后，病人分成二组，分别用溴吡二氮䓬和甲硫达嗪治疗三周（第1阶段），再互换用药（第2阶段），以后六周继续服用与第2阶段相同的药物（第3阶段），总治疗期为九周。剂量分为四级，溴吡二氮䓬9~29mg/日，甲硫达嗪30~90mg/日，第1周为适应期，尔后根据心理治疗情况调整剂量。治疗期间病人及其配偶一道参加心理治疗（婚姻治疗），其主要目的是改善病人的精神症状和夫妻关系。研究中使用了下述测量方法：广泛精神病理评定量表(CPRS)、症状一览表-90(SCL-90)、辅助一览表(ACL)，测焦虑、抑郁和衰弱的自评量表。GL-2问卷测量精神能力的6个因素。大体评定量表、副作用量表：包括26项。电话交谈：根据5分量表测量四种变量。人格类型：包括Eysenck人格调查表和Cesarec-Marke人格调查表。血药浓度测定：测定稳态时三个时间的血浆药物浓度。资料分析：用常规的非参数统计学方法，可信限为95%或95%以上。

结果：安慰剂阶段的综合评定无统计学差异。安慰剂后分为两个治疗组，整个过程有18例退出研究，其中甲硫达嗪组14例，溴吡二氮䓬组4例，剩下62例，一组26例，一组36例。

交叉研究：对CPRS中的12项：内在紧张、为琐事担忧、疑病、恐怖、强迫思维、仪式行为、躯体表现、植物神经障碍、肌肉紧张、心境、悲伤、溴吡二氮䓬比甲硫达嗪能显著减轻症状。对ACL的焦虑和抑郁，溴吡二氮䓬有显著改善，特别对焦虑症状几乎于治疗一周后改善。对SCL-90焦虑和心境障碍五项中的四项：焦虑、恐怖性焦虑、强迫观念、躯体化症状亦显示溴吡二氮䓬的疗效较好，而单对抑郁则两药无差异。