

神经内分泌机制而产生脂质代谢异常, 促发动脉硬化, 血管舒缩功能失调而致高血压。此外, 个性特点与发病也有一定关系, 如对一切事件都要求过高, 易焦虑, 不善于交往, 对愤怒情绪的压抑等都易使自己处于紧张的应激状态中, 增加患病的危险性。近年来, 除药物治疗外, 还推行生物反馈疗法, 松弛训练等, 已取得疗效。

**冠心病:** 国内外的研究说明应激性生活事件与冠心病发病有关。用病例对照研究发现冠心病组中 90% 的病人在发病前都有持久的社会心理应激因素, 而对照组只有 20%。经研究 A 型人格被认为是冠心病的倾向性人格, 这种人格特点是雄心勃勃, 努力奋斗, 精力充沛, 总是要求尽快取得成就, 对工作进度总是感到不满, 忍耐性差, 动作、思维均迅速等。无疑, 这种人常使自己处于高度应激状态之中, 有人发现冠心病患者中 70% 病人为 A 型倾向性性格。

**消化性溃疡:** 此病除了有生物学基础外, 其发病与紧张的情绪也有密切关系。应激性溃疡的发生与丘下部及植物神经系统功能紊乱有关, 而丘下部—垂体—肾上腺轴及植物神经功能与情绪变化关系密切, 当这些活动作用于消化器官及血液供应系统, 产生血管舒缩功能失调, 血流增加, 胃酸分泌增加, 而血管痉挛, 血流减少, 胃酸分泌亦减少。若持久的功能失调则会促发溃疡。

在防治心身疾病中, 应采用多科性综合治疗, 除了药物治疗外, 配合心理咨询、心理治疗可促使疗效提高, 必要时, 可辅以抗焦虑或抗抑郁的药物, 生物反馈治疗, 各种松弛训练, 气功、太极拳治疗等, 实践证明均有一定疗效。但是在现实生活中, 社会心理应激因素是客观存在的, 人人都可能有应对成功的经验或失败的教训。所以除了医生的努力治疗外, 主观方面如何减少或免除应激因素对躯体健康的影响是十分重要的。

## “否认”机制在心肌梗塞疾病中的临床意义

浙江省建工医院内科(310005) 王守谦

浙江医科大学医学心理学教研室 姜乾金

### 1 否认的概念

所谓“否认”, 是指否定、漠视、淡化、回避应激事件

的存在或其严重性的一种心理应对方式, 可以有一系列认识上、情感上和行为上的相应表现。临床上, 病人面对威胁性疾病如心肌梗塞(MI)、癌症等诊断现实, 首先采用的心理应对机制往往是“否认”。这时病人努力否定或低估疾病的严重性以降低焦虑反应水平, 同时可以相应地伴有对疾病信息的不关心, 不能很好地配合医疗等心理行为的变化。由于不同的人具有不同的“否认”倾向(这属于个性特质), 对不同性质的事件有不同的“否认”水平(这属于情景性), 由于环境、社会支持程度、个人经历、期望等因素也影响个人的“否认”机制, 所以面对同样的应激事件, 不同的人的“否认”水平有很大差异。同样, 在不同条件下, “否认”机制在客观上也并不一定都有利于个体的心身健康。在MI临床上, “否认”在入院前易造成就诊的延误, 在急性期有利于心身的适应, 而在康复期则又有不利的影响。

(1) 入院前期及时就医是降低MI病死率的重要前提。但是资料证明, MI病人从出现先兆症状到入院就医的时间间隔平均约需3小时。有一组报告至少有50%的病人在24小时以后才入院就诊。造成这种延误的很大一部分原因是心理方面的, 其中病人的“否认”倾向起着重要的作用。先兆症状出现时, “否认”倾向使病人虽然能感觉到症状, 但否定其重要性, 也不相信自己会患MI, 甚至将某些心脏症状理解成消化系统症状。有的资料显示只有1/3的病人在一开始就想到自己的症状是急性MI的表现; 甚至在部分有过MI病史的病人中, 当再次出现MI先兆症状时也会否认。但总的来说, 那些较担心生命受威胁, 对疾病体验较深, 以及以往有MI病史的冠心病患者, 其“否认”倾向往往较弱, 因而利于减少延误。

为了降低因“否认”倾向而造成MI诊治的延误, 一般主张对冠心病患者(特别是有“否认”倾向者)及其家属应进行常规的有关冠心病知识的教育指导, 以缓冲“否认”机制的影响。例如告诉他们胸痛是急性MI最常见的症状, 在遇有不明原因的呼吸困难、恶心、无力、向手臂放射痛等现象时, 不能轻易放过, 要及时就医等等。

(2) 急性期许多研究已证明, “否认”机制在MI急性期具有保护意义, 属于适应性应对策略。那些缺乏“否认”机制的病人, 则往往会表现较高的焦虑和抑郁反应, 并影响到病程和病死率。Levine(1987)的一组资料显示, MI病人的“否认”水平, 与病人在住院



期间的焦虑、抑郁和心身症状严重度, 以及与住院时间、房性心律不齐、窦性心动过速和充血性心力衰竭的发生率等动态指标都有明显负相关[ $r = -(0.35 \sim 0.50)$ ]. 在同一资料中, “否认”水平与入院时的病情严重度、住院期间的用药方式, 以及其它一些社会人口学指标之间则并无显著性相关, 从而排除了因病情等因素影响而导致上述结果的可能性。

然而, MI 毕竟是一种严重疾病状态, 据估计仅 20% 的病人在被告知病情后采取“否认”的态度。绝大多数病人在 MI 急性期会出现较严重的焦虑和抑郁等心理应激反应。有资料指出, 至少 80% 的 MI 急性期病人有焦虑反应, 58% 有抑郁反应。焦虑来源于对死亡的恐惧以及各种躯体症状和医疗活动的影响。严重焦虑者可出现情绪紊乱并明显影响病情发展。焦虑在入院的 1~3 天最为明显。焦虑的进一步发展会逐渐转为抑郁, 一般在入院 3~5 天可达较高水平。严重抑郁病人表现悲哀、冷漠、自责、失眠等一系列心理行为症状。因而有人将这类有严重情绪反应的病人称为“自我梗塞”(ego infarction)。由于“否认”机制可降低急性期的焦虑和抑郁反应水平, 所以主张在住院期间应及时对 MI 病人进行心理应对的指导。特别对那些缺乏“否认”机制的病人, 应加强“否认”心理应对知识的介绍和诱导, 帮助减轻或转移对自身的过分关注, 阻断额外的心理应激的影响, 使其顺利渡过急性期。

(3) 康复期对于出院以后的 MI 康复期病人, 其“否认”机制已成为非适应性应对策略。康复期病人的“否认”机制会降低对自身疾病的注意, 在认识、情感、动机诸方面都可影响对医嘱的服从, 包括有关康复期的摄生指导、关于运动锻炼的合理安排和各种不良行为的改造计划等等。因而康复期的“否认”机制不利于整个康复过程。在上述 Levine 这组资料中, 病人的“否认”水平与出院后一年期间的复发住院天数成正相关( $r = 0.38$ ) 就是明显例证。

因此, 对于 MI 康复期病人, 应注意鉴别其是否存在“否认”倾向。对于那些有明显“否认”倾向的病人, 应在出院时以及在门诊随访过程中, 不断给予相应的心理指导, 以抵消“否认”对康复的影响。这里顺便指出, MI 康复期病人常见的一些心理行为问题, 例如依赖、抑郁、缺乏活动、难以恢复工作、性功能问题等, 与此处提到的因“否认”机制而出现的行为问题有本质的不同。前者多发生在缺乏“否认”机制的病人身上, 因此心理指导方法也不同。

## 2 “否认”的判定

“否认”机制是一种综合的心理行为现象, 严格的定义有赖于完善的量表。测量“否认”的量表不很多, 但对 MI 病人来说, 其中心是对心脏病的态度问题, 这里简介 1987 年已经过信度、效度考验的 LDIS (Levine Denial of Illness Scale) 供参考。方法是与住院病人作半定式交谈, 根据病人的反应程度逐一对下列 24 项条目做 7 等计分, 各项不符合者计 1 分, 极端符合者计 7 分, 以 24 条累计得分作为病人的“否认”水平: (1) 对医疗措施不以为然; (2) 对医生不以为然; (3) 不承认睡眠影响; (4) 将一些症状看成是心脏以外的原因; (5) 淡化自己病情; (6) 缺乏对 MI 诊断情况的了解; (7) 缺乏对预后的了解; (8) 对深入了解病情无兴趣; (9) 对讨论健康问题不感兴趣; (10) 入院时曾有过延误; (11) 情绪乐观; (12) 不承认有焦虑; (13) 无焦虑的客观表现; (14) 不承认有抑郁; (15) 不承认对死亡的害怕; (16) 不承认有愤怒或怨恨; (17) 夸大自信心; (18) 专心于其它事情; (19) 不喜欢继续治疗; (20) 不切实际的乐观; (21) 对目前的治疗不遵从; (22) 没有依赖性; (23) 对疾病持超然姿态; (24) 幽默。Levine 以此方法评定 45 位病人的平均得分为  $54.2 \pm 16.8$  分。此法也可用于评定其它严重疾病。

上述测定方法虽复杂, 但使用者只要经过一定的尝试阶段是可以保证其信度的。但为了简便, 有的医生仅通过询问病人一个方面的问题, 根据病人回答的内容、语气等以判别其大致的“否认”水平。例如: “你自住院以来, 曾在什么时候感到过害怕, 有过危险感或有过担心吗?”, “否认”水平高者会答“从来没有过”; 低者会答“谁要是说自己不紧张, 那他一定是说谎者”。实际上, 有经验的医护人员根据对某一病人的医护经历(如护理记录), 也可大概判断其是否存在“否认”机制。例如, 一组根据护理记录所估计的结果, 与上述 LDIS 所测定的结果之相关系数达 0.46, 说明凭经验估计的结果也有一定效度。

## 哮喘与心理、社会因素

上海医科大学中山医院肺病学教研室(200032)

钮曾福

常见的哮喘诱发因素为过敏、感染、物理化学刺激、运动和情绪因素等。人们在临床实践中, 发现精