

中年男性失眠症患者述情障碍的临床特征

董孟君, 陈莹

摘要 **目的:**探讨中年男性失眠症患者述情障碍的特征。**方法:**分别对 50 例中年男性失眠症患者(失眠组)及 50 例健康男性(对照组)采用多伦多述情障碍量表(TAS-20)及明尼苏达多相个性调查问卷(MMPI)进行评估比较。**结果:**失眠组 TAS 总分及因子 I、II、IV 评分均高于对照组,其 MMPI 各临床量表中疑病、抑郁、癔症、男性-女性化、精神衰弱平均 T 分值均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。失眠组 TAS 因子 I 与精神衰弱正相关,因子 II、因子 III 与抑郁正相关,因子 IV 与癔症正相关(r 分别为 0.012、0.045、0.049、0.007, $P<0.05$)。**结论:**中年男性失眠症患者存在述情障碍,且有一定的人格基础,这两者存在相关性。

关键词 中年男性;失眠;述情障碍;人格特征

中图分类号 R741;R749 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2019.03.015

董孟君, 陈莹. 中年男性失眠症患者述情障碍的临床特征[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14(1): 151-152, 162.

述情障碍(Alexithymia)是由 Sifneos 等提出并发展的心理概念,近年来一直被作为躯体形式障碍研究的一个重要指标^[1]。最初多应用于有躯体化主诉的患者中,现已逐步扩大到健康人群,成为精神卫生及临床心理的研究热点。述情障碍又称“情感难言症”或“情感表达不能”,是情绪认知加工和调节的一种缺陷^[2],主要表现为患者不能明确表达自己的感受,缺乏识别他人和描述自我情绪的能力,具体表现在难以识别和描述情感,难以区分情感与躯体感觉,缺乏幻想和外向性思维^[3]。述情障碍并不是独立的精神障碍^[4],但它是某些躯体疾病和精神疾病较常见的心理特征^[5]。国内外有关述情障碍与心理健康状况相关性的研究很多^[6-8],董香丽等^[9]认为躯体形式障碍患者存在明显的述情障碍并伴随一定程度的焦虑、抑郁症状,且述情障碍与焦虑、抑郁情绪呈正相关。康红英等^[10]研究发现精神分裂症患者存在述情障碍,且与自我和谐存在一定的相关性。有关失眠患者的述情障碍研究并不多,本研究对中年男性失眠症患者的述情障碍报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2016 年 4 月至 2017 年 4 月在武汉市优抚医院门诊就诊和住院的患者 50 例,均为男性,均符合国际精神与行为障碍分类第 10 版(ICD-10)非器质性失眠症(F51.0)的诊断标准,失眠持续 1 月以上。排除精神活性物质依赖、人格障碍、实验室检查有明显异常及各类精神障碍及躯体疾病伴发的失眠、对本研究不认同者。本研究经武汉市优抚医院伦理委员会批准,所有受试者均在入组前签署知情同意书。年龄 45~59 岁,平均(51.36±4.30)岁;受教育年限为 7~16 年,平均(12.88±2.66)年;已婚 45 例,离婚 4 例,丧偶 1 例。使用随机数字表抽取在我院体检的健康中年男性 50 例为对照组,平均年龄(52.78±3.81)岁;受教育年限为 7~16 年,平均

(13.04±2.00)年;已婚 46 例,离婚 4 例。2 组的一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

对 2 组进行量表测试,由我院经过一致性培训的精神科主治医师向受试者说明本次测试的目的和答题方法,让受试者按照本意回答每一个问题,测试均在我院门诊心理测量室进行。

1.2.1 多伦多述情障碍量表(Toronto Alexithymia scale, TAS) 该量表包括 4 个因子,分别为描述情感的能力(因子 I);认识和区分情感与躯体感受的能力(因子 II);缺少幻想,即缺乏必要的幻想水平,注重实用主义的思维方式(因子 III);外向型思维,即过分重视事物的细枝末节(因子 IV)。该量表共 26 个条目,每个条目按从完全不同意到完全同意分 1~5 个等级计分,其中 11 项为反向计分,得分为 26~130 分,得分越高,述情障碍越明显^[11]。

1.2.2 明尼苏达多相个性调查问卷(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) 共 566 题,10 个临床量表,包括疑病(HS)、抑郁(D)、癔症(HY)、精神病态(Pd)、男性女性化(Mf)、妄想狂(Pa)、精神衰弱(Pt)、精神分裂(SC)、轻躁狂(Ma)、社会内向(Si);有 3 个效度因素:L,说谎或掩饰;F,诈分;K,校正分。

1.3 统计学处理

采用 SPSS19.0 软件包进行统计学分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,独立样本的 t 检验;计数资料以率表示, χ^2 检验,并进行 Pearson 相关分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 TAS 评分比较

失眠组的 TAS 总分及因子 I、II、IV 评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),因子 III 评分与对照组差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

2.2 2 组 MMPI 各临床量表评分比较

作者单位

武汉市优抚医院精神科

武汉 430023

基金项目

武汉市卫生计生委科研资助项目(No. WG16E08)

收稿日期

2018-03-26

通讯作者

陈莹

chenying113@sina.

com

失眠组MMPI各临床量表评分与对照组相比,其中疑病、抑郁、癔症、男性-女性化、精神衰弱均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),其余各项差异无统计学意义($P>0.05$),见表2。

2.3 失眠组TAS与MMPI各指标的相关分析

分别对失眠组TAS总分、各因子分与失眠组MMPI中的疑病、抑郁、癔症、男性-女性化、精神衰弱得分进行正态性检验,2组数值均符合正态分布,然后对这2组数值进行Pearson相关分析,结果发现因子I与精神衰弱正相关,因子II、因子III与抑郁正相关,因子IV与癔症呈正相关,差异具有统计学意义($P<0.05$),其他无明显相关性,见表3。

3 讨论

据世界卫生组织报告,在全球14个国家15个地区的25 916例在基层医疗就诊的患者中27%有睡眠问题。2002年在一项全球10个国家流行病学的研究中显示45.4%的中国人在过去1月中曾经有过不同程度的失眠^[12]。2006年中国6座城市普通人群失眠状况调查报告显示成年人在过去12月中失眠患病率为57%,而仅有13%就诊^[13]。失眠已是全球共性的一大难题。

非器质性失眠症是现在临床上的常见病、多发病,亦是难治病,往往反复发作,迁延不愈。患者主诉总病程基本超过5年,有的长达数十年。对于中年失眠症的患者来说,大多都是睡眠维持困难,睡眠的持续时间不长,易梦易醒^[14]。长期的睡眠障

碍会影响患者的认知功能,尤其影响集中快速地处理繁杂问题和短期记忆的能力^[15]。该能力对工作状态中的中年男性尤为重要。中年男性作为社会家庭的重要支柱,承受着工作和生活的双重压力,在中国传统文化的影响下,有病常常羞于看医生,小病硬抗,大病才进医院的不在少数。他们中有很大一部分人存在睡眠问题,但很多人认为是小问题,“几十年都这样不看也没什么”,抱着这样想法的人大有人在,这也部分说明为什么仅有13%的就诊率^[13]。这部分来门诊看睡眠的中年男性就诊也十分简单,有的几句话就概括十几年的病史;有的对症状的描述含糊不清;有的不能区分躯体主诉和情绪障碍;有的干脆直接要求医生开“安眠药”,很少有人愿意谈及失眠的原因和自身遇到的压力和困难。在这种背景下,研究中年男性失眠症患者的述情障碍就尤为重要。述情障碍问题已引起越来越多学者的关注,述情障碍与人格特征之间有相关性也得到部分证实。Taylor等^[16]认为,述情障碍是一种稳定的人格特征,是个体缺乏认知和调节情感能力的一种体现,述情障碍长期存在且不受文化背景的影响。

本研究结果发现,中年男性失眠症患者的TAS总分及各因子分均高于对照组,可以说很多中年男性失眠症患者也部分存在述情障碍问题,这与梁学军等^[17]的研究结果一致,表明中年男性失眠症患者很少有意愿去主动描述自己的情感,很少认真思考区分自己的情感与躯体感受,很少深刻分析自己失眠的原因和外部因素。并且思维内化、简单,想当然地认为一颗“安眠药”

表1 2组TAS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	总分	因子 I	因子 II	因子 III	因子 IV
对照组	50	68.30±6.55	16.74±2.46	21.14±2.58	15.02±2.60	16.94±4.05
失眠组	50	75.12±5.36	17.98±2.58	22.34±2.08	15.90±2.34	19.10±3.38
t值		32.449	6.070	6.567	3.144	8.372
P值		0.000	0.015	0.012	0.079	0.005

表2 2组MMPI各临床评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	疑病	抑郁	癔症	精神病态	男性-女性化
对照组	50	57.08±7.58	60.16±7.91	62.40±7.35	54.42±4.40	50.84±5.09
失眠组	50	61.10±8.53	64.42±6.15	65.72±5.64	54.28±3.88	52.84±3.87
t值		6.208	9.035	6.420	0.028	4.892
P值		0.014	0.003	0.013	0.866	0.029

组别	偏执	精神衰弱	精神分裂	轻躁狂	社会内向
对照组	51.70±3.52	50.92±4.19	49.10±4.01	45.54±3.76	
失眠组	52.34±3.90	53.10±3.05	49.66±4.35	46.38±3.42	47.46±3.97
t值	0.742	8.846	0.447	1.365	1.600
P值	0.391	0.004	0.505	0.245	0.209

表3 失眠组TAS与MMPI各指标的相关分析(r)

项目	总分	因子 I	因子 II	因子 III	因子 IV
疑病	0.024 ^①	-0.058	-0.082	0.085	0.078
抑郁	0.172	0.114	0.045 ^①	0.049 ^①	0.172
癔症	0.201	0.186	0.257	0.102	0.007 ^①
男性-女性化	0.039 ^①	-0.059	-0.069	0.068	0.110
精神衰弱	0.049 ^①	0.012 ^①	-0.091	-0.061	0.159

注: ① $P<0.05$

本例患者发病中合并左侧颞部头痛,Stino等^[5]报道的245例舌下神经麻痹患者中合并头痛者占14.2%。故舌下神经麻痹合并头痛并不多见,究其原因,Meteen等^[7]认为舌下神经脑膜支可以传递来自后颅窝及上颈髓背角突触的感觉,上颈髓神经根支配区域的疼痛会牵涉至三叉神经支配区域。姚银旦等^[8]认为舌下神经含有感觉纤维,与上脊髓的板层I神经元相关联,脊髓后部与极间部的三叉神经脊髓核发出轴索侧枝辐射值舌下神经,故刺激舌下神经的感觉纤维,可以引起类似于颈源性头痛症状。本例患者头痛并不严重,未给予特殊治疗,随着伸舌左偏症状的好转,患者头痛亦好转。

孤立的舌下神经麻痹临床少见,此类患者应详细询问病史,包括头颈部的外伤、放射、手术等,入院后应完善肿瘤、免疫、血管,特别是颅底相关影像学的检查,以免漏诊。本例患者以舌下神经麻痹为主要症状,合并头痛,住院期间完善相关检查(包括颅底增强MRI,颈部血管CTA,头颅MRA,肿瘤相关指标等)未发现明确病因,给予营养神经对症治疗,2周后复诊,患者伸舌左偏较前好转,左侧舌体轻度萎缩,故考虑为特发性舌下神经麻痹。临床上单纯以舌下神经损害为主要表现的患者,临床医

(上接第152页)

可以解决所有问题。在言语表达方面也存在不足,不善于通过言语表达内心冲突,常常压抑自我,倾向于心理问题躯体化,通过描述躯体的不适来表达内心的痛苦,因此门诊就诊时,往往大多数患者表达的是躯体上的种种不适。

从本研究可以看出,中年男性失眠症患者的MMPI评分中疑病、抑郁、癔症、男性-女性化、精神衰弱等因子均显著高于对照组,说明这部分患者很多具有特定的人格特征,有明显的躯体先占观念和疑病观念,他们易受周围环境影响,就诊时喜欢听其他病友的分析,将别人的疾病表现与自己相联系,过度放大躯体不适,人云亦云。通过对失眠组TAS总分及各因子分分别与MMPI中的疑病、抑郁、癔症、男性-女性化、精神衰弱进行相关分析,结果表明中年男性失眠症患者的述情障碍与人格特征之间有一定的正相关,主要表现在MMPI中的精神衰弱与因子I正相关,抑郁与因子II、因子III正相关,癔症与因子IV正相关,表明中年男性失眠症患者的个性越偏执内化、脆弱敏感就越难以描述自身情感,情感得不到外界认同,情绪也就越不稳定,焦虑烦躁、心慌出汗等植物神经紊乱现象频繁出现,加之周围环境影响,易产生无主见反应等。

综上所述,中年男性失眠症患者中有一部分人存在述情障碍,且与其人格特征密切相关。在人们越来越关注身心健康的同时,越来越多的中年男性患者愿意走进诊室向医师寻求帮助,但他们中部分人在有限的就诊时间内很难向医师描述清楚自身的问题。临床医师在接诊此类患者时,不能仅关注患者所述的睡眠问题,而应该耐心引导,有针对性地鉴别诊断。多给患者点时间,进行有效的沟通。针对此类患者,在传统的药物治疗基础上,还应该适当予以健康宣教及认知行为治疗、心理治疗等,帮助其克服情感表达的缺陷,健全个性人格,更好地扮演其在社会家庭中的角色。

生须完善检查,加强随诊,密切观察病情变化。

参考文献

[1] Cruciata G, Parikh R, Pradhan M, et al. Internal carotid artery dissection and pseudoaneurysm formation with resultant ipsilateral hypoglossal nerve palsy[J]. Radiol Case Rep, 2017, 12: 371-375.
[2] Inaka Y, Otani N, Nishida S, et al. A Case of Foramen Magnum Meningioma Manifesting as Hypoglossal Nerve Palsy[J]. No Shinkei Geka Neurological Surgery, 2017, 45: 345-350.
[3] Kuroi Y, Tani S, Ohbuchi H, et al. Microvascular decompression for hypoglossal nerve palsy secondary to vertebral artery compression: A case report and review of the literature[J]. Surg Neurol Int, 2017, 8: 74.
[4] Keane JR. Twelfth-nerve palsy. Analysis of 100 cases[J]. Arch Neurol, 1996, 53: 561-566.
[5] Stino AM, Smith BE, Temkit M, et al. Hypoglossal nerve palsy: 245 cases[J]. Muscle Nerve, 2016, 54: 1050-1054.
[6] Ahmed SV, Akram MS. Isolated unilateral idiopathic transient hypoglossal nerve palsy[J]. BMJ Case Rep, 2014, 2014: doi: 10.1136/bcr-2014-203930.
[7] Mateen FJ, Boes CJ, Kumar N. Unilateral headache and hypoglossal nerve palsy: a report of three cases[J]. Cephalalgia, 2007, 27: 840-842.
[8] 姚银旦, 徐珊瑚, 倪姣娜. 双侧孤立性可逆性舌下神经麻痹与发作性头痛一例[J]. 中华神经科杂志, 2013, 7: 500-501.

(本文编辑:王晶)

参考文献

[1] 徐东杰, 甘景梨, 梁学军, 等. 作战部队官兵述情障碍与人格特征的调查研究[J]. 实用医药杂志, 2017, 34: 294-296.
[2] King AM, Moran EK. Emotional response deficits in schizophrenia: insights from affective science [J]. Schizophr Bull, 2008, 34: 819-834.
[3] Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research [J]. Can J Psychiatry, 2000, 45: 134-142.
[4] 宫火良. 述情障碍的本质及其诊断[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9: 770-771.
[5] 杨雪莉, 梁宗保. 述情障碍的研究现状及干预[J]. 心理研究, 2016, 9: 9-14.
[6] Saariaho AS, Saariaho TH, Mattila AK, et al. Alexithymia and early maladaptive schemas in chronic pain patients [J]. Scand J Psychol, 2015, 56: 428-437.
[7] Grynberg D, Pollatos O. Alexithymia modulates the experience of the rubber hand illusion [J]. Front Hum Neurosci, 2015, 18: 357.
[8] 张灏, 范青, 孙岩, 等. 抑郁症患者的述情障碍特征及情绪调节研究[J]. 上海精神医学, 2017, 2: 95-103.
[9] 董香丽, 袁也丰, 孙伟铭, 等. 躯体形式障碍患者的述情障碍及其与负性情绪的相关性研究[J]. 中国全科医学, 2017, 31: 3937-3941.
[10] 康红英, 贾敏, 杨顺英, 等. 精神分裂症患者述情障碍与自我和谐的相关性[J]. 临床精神医学杂志, 2016, 2: 124-126.
[11] 张作记. 行为医学量表手册[M/CD]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005: 233-234.
[12] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2012, 45: 534-540.
[13] 黄宏星. 中国6城市普通人群失眠状况及京沪穗医师对抑郁伴失眠患者的认知及处理状况调查[J]. 中国医药导刊, 2006, 8: 100-100.
[14] American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders[M].3rd ed. Darien: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
[15] 魏霄. 军队高龄离退休干部睡眠质量调查与分析[J]. 神经损伤与功能重建, 2017, 12: 162-164.
[16] Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures [J]. J Psychosom Res, 2003, 55: 277-283.
[17] 梁学军, 甘景梨, 刘立志, 等. 军人失眠症患者的述情障碍与心理健康状况的相关研究[J]. 国际精神病学杂志, 2013, 40: 11-14.

(本文编辑:王晶)