

精神分裂症患者的述情障碍及影响因素研究

张敬悬 刘金同 原伟 李宪伟 王松波
唐济生 李星宝 邱慧敏 刘桂花 翁正

山东省精神卫生中心

摘要 本文用多伦多述情障碍量表(TAS)对80例恢复期住院精神分裂症患者进行测评。结果表明,80例患者的TAS平均得分为 72.6 ± 11.9 ,TAS得分与BPRS评分($r=0.27, P<0.05$)、SANS评分($r=0.22, P<0.05$)、患者用药剂量($r=0.23, P<0.05$)和患者的妄想($r=0.23, P<0.05$)、思维贫乏($r=0.24, P<0.05$)、意志缺乏($r=0.28, P<0.05$)因子分呈显著正相关,与SAPS总分、患者的年龄、病程、住院次数和本次住院天数相关性不显著($P>0.05$)。多元逐步回归分析揭示:与医生护士谈心的机会较少、用药剂量较大、与家人的感情交流较少和家庭和睦程度较差为患者述情障碍发生的主要影响因素。

关键词 多伦多述情障碍量表(TAS) 精神分裂症

述情障碍(alexithymia)又称“情感难言症”或“情感表达不能”,以不能适当地表达情绪、缺少幻想或实用性思维为其特征,可理解为一种人格特征,或为某些躯体或精神疾病的易发生特点,或继发病状。有述情障碍者对心理治疗会产生阻抗,可能为精神分析、精神动力性心理治疗和领悟治疗不能成功的重要原因^[1,2]。为评定述情障碍在精神分裂症患者身上的表现程度,探讨其影响因素,为精神分裂症患者的心理治疗提供参考,笔者对住院精神分裂症患者的述情障碍及有关因素进行了调查。

资料与方法

一、调查对象

于1994年4月至5月,对我院9个病区的住院精神分裂症患者进行调查。凡符合下列标准者均可入组:同时符合CCMD-2和ICD-10精神分裂症诊断标准;处于恢复期的患者,病情基本稳定,填表合作;能独立答卷;没有明显的药物副作用;没有躯体疾病。共调查83例,资料完全符合要求者有80例(男57例,女23例),平均年龄 32.8 ± 9.2 岁,其中偏执型64例,未定型13例,单纯型2例,紧张型1例。平均病程 7.2 ± 6.3 年,平

均住院 2.4 ± 2.2 次,本次平均住院 206.2 ± 316.4 天。抗精神病药的平均应用剂量为 502.9 ± 265.1 mg/日(氯丙嗪换算剂量)。

二、调查工具

精神分裂症患者一般资料调查表(自拟):包括性别、年龄、文化程度、职业、病程、住院次数、住院天数、用药情况等;简明精神病量表(BPRS)^[3];阳性症状量表(SAPS)^[3];阴性症状量表(SANS)^[3];多伦多述情障碍量表(TAS)以及“人际关系自陈量表”。

TAS由Taylor等编制^[2],共26题,各题回答按程度分为1~5级,1—完全不同意,2—基本不同意,3—不同意也不反对,4—基本同意,5—完全同意,总分越高表示患者的述情障碍越严重。“人际关系自陈量表”,自编,系患者与家庭成员、医护人员和患者之间情感交流方面的。计6项,按较好(1分)和较差(2分)两级评分。

三、调查方法

精神分裂症一般资料调查表、BPRS、SAPS和SANS均由患者的主管医师进行评定,评定前进行各评定工具的一致性测验,组内相关系数均在0.90以上($P<0.01$)。TAS采用问卷式调查,统一指导语,要求独立答卷,30分钟内完成。

结 果

一、TAS 得分及相关因素的单因素分析

80例精神分裂症患者的 TAS 平均得分为 72.6 ± 11.9 ，男女分别为 70.9 ± 11.9 和 76.8 ± 11.2 ，女性高于男性 ($t=2.06, P<0.05$)。偏执型平均得分为 71.4 ± 12.1 ，未定型为 77.2 ± 9.0 ，单纯型为 82.0 ± 19.8 ，紧张型为 67.0 ，单纯型和未定型 TAS 得分较高，但方差分析没有显著性差异 ($F=1.37, P>0.05$)。不同职业、文化程度婚姻状况的患者之间 TAS 得分经统计学分析均无显著性差异 ($P>0.05$)。

相关分析显示，患者的述情障碍 (TAS 得分) 与患者的 BPRS 总分 ($r=0.27, P<0.05$)、SANS 总分 ($r=0.22, P<0.05$) 和患者的用药剂量 ($r=0.23, P<0.05$) 具有显著的正相关，与患者的年龄、病程、住院次数、本次住院天数和 SAPS 总分的相关性不显著 ($P>0.05$)，但患者的 TAS 得分与 SAPS 中的妄想因子分呈正相关 ($r=0.23, P<$

0.05)，TAS 得分还与 SANS 中的思维贫乏 ($r=0.24, P<0.05$) 和意志缺乏 ($r=0.28, P<0.05$) 两因子分显著相关；还与人际关系自陈量表中的六个因素有关，即从家中得到安慰较少、与家人的感情交流较少、家庭和睦程度较差、家庭成员对其不够尊重、与医护人员和病友谈心的机会较少的患者，TAS 得分高，反之得分低。

二、TAS 影响因素的多元逐步回归分析

为比较各因素对精神分裂症患者述情障碍的作用程度，以 TAS 得分为因变量，以患者的性别、年龄、职业、文化程度、病程、住院次数、住院天数、BPRS、SAPA、SANS 以及另外六个自评问题等 20 个因素为自变量，进行多元逐步回归分析。在 $\alpha=0.05$ 水平上，共选出 4 个有显著性意义的因素，依作用程度的大小 (标准化回归系数的绝对值) 依次为：与医生护士谈心的机会较少、用药剂量较大、与家人的感情交流较少和家庭和睦程度较差 (见表)。

表 TAS 影响因素的多元逐步回归分析 ($\alpha=0.05$)

因 素	标准化回归系数	偏回归系数	标准误	t 值	P 值
与医生护士谈心的机会较少	0.2461	6.1579	2.53	2.43	<0.05
用药剂量较大	0.2332	0.0105	0.01	2.31	<0.05
与家人的感情交流较少	0.2314	5.4907	2.43	2.26	<0.05
家庭和睦程度较差	0.2302	6.4012	2.78	2.29	<0.05

注: $R=0.50, F=6.28, P<0.0001$

讨 论

Taylor 等(1984)制订了多伦多述情障碍量表 (TAS)，经测试具有较高的信度和效度，由张建平引进国内后，姚芳传等人的测试表明其信度较高^[4,5]，而且王春芳、杨菊贤等人分别用 TAS 对神经症、冠心病和心身疾病进行了测试，表明 TAS 适用于中国的临床^[6,7]。关于精神分裂症患者述情障碍的研究，国内尚未见报道，Lesser 等人的研究表

明，精神分裂症存在较严重的述情障碍^[5]。笔者研究结果显示，住院精神分裂症患者的 TAS 得分明显高于正常人群，而且女性患者的述情障碍高于男性，与姚传芳等在正常人群中的测试结果一致^[4]。说明精神分裂症患者存在明显的述情障碍，这对患者的心理治疗及其社会心理康复均为不利因素。

本研究结果还显示，患者的述情障碍与其年龄、病程、住院次数和患者的阳性症状量

表总分没有明显的相关关系,与患者的BPRS得分、阴性症状量表总分、患者的用药剂量以及患者的妄想、思维贫乏和意志缺乏具有明显的正相关。说明患者的疾病严重程度和精神症状特别是患者的妄想、思维贫乏和意志缺乏可能是导致患者述情障碍的重要因素。但在多元逐步回归方程中,症状学因素没有被选入模型。这可能由于受药物剂量这一因素的影响,因为病情严重、症状较多的患者往往用药剂量也较大,从而掩盖了精神症状与述情障碍之间的关系,也可能是由于与家庭和睦程度和情感交流的需求这些一般因素相比,精神症状所起的作用确实较小。关于精神分裂症患者的述情障碍与其精神病理症状之间的更进一步的关系,还有待于今后扩大样本进一步探讨。

在回归方程模型中,除药物因素外,与医护人员谈心的机会少、与家人的感情交流少和家庭和睦程度较差是影响患者述情障碍的三个主要因素。因此对伴有述情障碍的精神分裂症患者,医护人员应在加强与患者情感交流的同时,还必需对其家庭进行必要的家庭干预,改善其家庭成员对患者的情感表达,提高其家庭职能,从而有效地促进患者的社

会心理康复。另外,Sifneos主张对伴有述情障碍的心理生理障碍和典型的心身疾病不宜作精神动力心理治疗,应改用支持性和教育性心理治疗,或行为技术训练^[5]。对于伴有述情障碍的精神分裂症患者采取哪一种心理治疗方法最为合适,还有待于进一步研究。

参考文献

1. Taylor GJ: Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *Am J Psychiatry*, 1984; 141:725-732
2. 姚芳传: 多伦多述情障碍量表。心理卫生评定量表手册。中国心理卫生杂志, 1993; 增刊: 65-68
3. 张明园主编: 精神科评定量表。湖南科学技术出版社, 1993: 81-112
4. 姚芳传、徐长宽、陈启豹等: 多伦多述情障碍量表初步试用。中国心理卫生杂志, 1992; 6(5): 217-218
5. 姚芳传: 述情障碍。国外医学精神分册, 1991: 18(3): 141-144
6. 王春芳、姚芳传: 心身疾病与神经症患者的述情障碍。临述精神医学杂志, 1991; 1(1): 36-38
7. 杨菊贤、黄震华、张月南等: 冠心病患者的行为类型与情感难言症。上海精神医学, 1991; 新 3(1): 12-13

(1994年9月收稿)

(上接第28页)

2. Morrison DW, Mcgee R, Stanton WR: Sleep problems in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992; 31(1): 94-99
3. Jenkins LD, Stanton BA, Niemcryr SJ et al: A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *J Clin Epidemiol*, 1988; 41(4): 313-321
4. Partinen M, Putkonen PTS, Kaprio J et al: Sleep disorders in relation to coronary heart disease. *Acta Med Scand Suppl*, 1982; 66: 69-83
5. Ford DE, Kamerow DB: Epidemiological study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA*, 1989; 262: 1479-1484
6. 张明园主编: 精神科评定量表手册。湖南科学技术出版社, 1993: 16-22
7. Kirmil-Gray K, Eagleston JR, Gibson E et al: Sleep disturbance in adolescents: sleep quality, sleep habits, beliefs about sleep, and daytime functioning. *J Youth Adolesc*, 1984; 13: 375-384
8. Price VA, Coates TI, Thoresen CE et al: Prevalence and their correlates of poor sleep among adolescents. *Am J Dis Child*, 1978; 132: 583-586

(1994年8月收稿)

(2) 条目的评定过去大多注重生活质量的负性方面(非健康状态),因此条目对“健康”的群体缺少判别力。而人群中 80%的人虽均属“健康”,但从“基本正常”至“完好状态”之间有 不同的等级,当同患某病时,“完好状态”的人其 QOL 的下降可能仍在“基本正常”范围,而“基本正常”的人病后其 QOL 可能降至“缺陷”状态,不能据此而得出前者的 QOL 未受疾病影响的结论。因此,目前条目评定倾向于从极差→完好状态作连续谱的评定。(3) 问卷的量化目前倾向以维度分而不以总分来评价其结果。因为疾病与治疗对生活各维度影响不同,如心瓣膜病人,换瓣术后其躯体功能改善,但长期抗凝剂的使用,病人害怕出血而限制与影响了其社会功能。因此,从不同维度来分别比较治疗对 QOL 的影响,比用总分来评估更好。

3. 测量的对象:生活质量的测量对象以往大多是病人。然而,疾病与治疗不但影响病人自身的生活质量,也造成家庭成员的负担。因此,家庭可以作为研究单位,同时评定疾病与治疗对病人与家属 QOL 的影响,其结果才更有说服力。

评定的方式除少数客观指标(如躯体症状、社会角色功能)宜参考他评的结果外,目前已公认,QOL 的评估宜采用受试自评,因为每个人对 QOL 的理解与关注重点不同,自

评的信息最精确^[1-4]。不过有认知缺损的受试(如精神病、痴呆患者)则只能全部采用他评方式。最后应提及,尽管 QOL 在医学研究中已日益重要,但生命的保持仍是医学关注的首要问题。因此在评价 QOL 的同时,不宜忽视了传统的生存率、症状的缓解率等生物学指标,权衡好生命数量与质量的关系,两者不可偏废。

参 考 文 献

1. Birren JE, ... et al: The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. Vol. I. Academic Press, INC. New York, USA, 1991
2. Spilker B: Quality of life assessments in clinical trials. Raven Press. Ltd. New York, 1990
3. Kaplan RM: Quality of life measurement. In the Paul Karoly eds, measurement strategies in Health Psychology. A Wiley-Interscience Publication. John Wileysons, New York, USA, 1985: 115-146
4. WHO: The development of WHO Quality of life assessment instrument. Geneva, WHO, 1993
5. 冯立天主编: 中国人口生活质量研究. 北京经济学院出版社, 1992
6. Butler RN: Quality of life: Can it be an end endpoint? How can it be measured? Am J Clin Nutr, 1992; 55: 1267-1270

(1994年11月收稿)

(上接第 64 页)

An Analysis of Toronto Alexithymia Scale Results on Schizophrenics. /Zhang Jingxuan et al, Shandong Mental Health Center, Shandong/CJCP 1995 3(1):29~31

Abstract: Eighty patients with schizophrenia were examined in this study to evaluate their alexithymia using Toronto Alexithymia Scale (TAS). The results showed that the mean score of TAS of all subjects was 72.6±11.9. The score of TAS was positively significantly correlated with BPRS, SANS, dose of drugs, delusion subscale score of SAPS, poverty of thought subscale score of SANS and hypobulia subscale score of SANS, but these were no significant correlation with the age of patients, period of disorders, times of admission, duration of this hospitalization, and score of SAPS. Multi-stepwise regression analysis revealed 4 influencing factors ($\alpha=0.05$) were less opportunity of heart-to-heart with medical workers, higher dose of drug, less feeling communication and worse family environment.

Key Words: Shizophrenia, Alexithymia, TAS.