

强迫症患者生活质量及相关因素分析

刘力, 秦晓霞, 刘盈, 毕波

(中国医科大学附属第一医院心理科, 辽宁 沈阳 110001)

【摘要】 目的: 了解强迫症患者生活质量的现状, 探讨其相关影响因素。方法: 采用自编一般情况调查表、健康状况问卷(SF-36), Yale-Brown强迫量表(Y-BOCS)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD), 对60例强迫症患者进行调查。结果: 除生理健康和疼痛, 强迫症患者总体生活质量其它各维度均低于中国常模($P<0.001$); 强迫症患者汉密尔顿抑郁分、强迫症严重程度分、强迫思维分与SF-36各维度均相关($P<0.05$, 或 $P<0.01$); 而强迫行为仅与SF-36中的社会功能、情感职能、精神健康和精力四个维度相关; 就业状况与生理职能相关; 合并躯体疾病的患者在一般健康、社会功能和精神健康维度得分更低, 合并其它精神障碍的患者在疼痛、一般健康、社会功能和精神健康维度得分更低。结论: 强迫症患者的生活质量明显低于正常人群, 强迫的严重程度, 尤其是强迫思维、同时是否合并其它躯体和精神障碍及就业状况对患者的生活质量有很大的影响。

【关键词】 强迫症; SF-36量表; 生活质量

中图分类号: R395.2

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2007)06-0654-02

Related Factors of Obsessive-compulsive Disorder's Quality of Life

LIU Li, QIAN Xiao-xia, LIU Ying, BI Bo

Department of Psychology, The First Affiliated Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, China

【Abstract】 Objective: To investigate the situation of Obsessive-Compulsive Disorder's quality of life, and explored the related factors. Methods: 60 OCD patients were tested with the general question lists, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD). Health related quality of life was measured by the Self-administered global QOL scale (SF-36). Results: There were significant differences between OCD patients and the norm of China general population in all SF-36 subscales except those related to physical health and pain ($P<0.001$). The scores of HAMD, the severity of the OCD and the obsessions subscale were correlated to all SF-36 subscales ($P<0.05$, or $P<0.01$). The compulsions subscale was correlated only to social functioning, emotional role, mental health and vitality. Employment was related to the scores of physical role. Patients with medical comorbidity scored lower in the subscale of general health, social functioning and mental health. Patients with comorbid psychiatric disorders had lower scores in the subscales of pain, general health, social functioning and mental health. Conclusion: OCD patients' quality of life descends severely and is related to severity of the disorder, physical and psychiatric comorbidity and employment status.

【Key words】 Obsessive-compulsive disorder (OCD); SF-36 scale; Quality of life (QOL)

强迫症是相对早发且慢性起病, 该疾病特点为长时间反复强迫思维和强迫动作, 且常合并其它精神障碍, 是十大致残性疾病之一。国外曾报道: 强迫症生活质量受损仅次于抑郁症和精神分裂症^[1], 患者生活质量与症状严重程度、临床亚型及是否合并其它精神障碍有关^[2,3]。国内在此方面的研究较少。本研究应用SF-36健康状况问卷来评估强迫症患者生活质量, 并与中国常模进行比较, 同时找出与其生活质量相关联的因素。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2005年2月至2006年3月在中国医科大学第一附属医院心理科就诊的60例强迫症患者为

研究对象。男性27例, 女性33例, 平均年龄 24.6 ± 6.8 岁, 平均发病年龄 18.3 ± 7.4 岁, 平均教育年限 11.6 ± 5.9 年, 其中25例合并躯体疾病(消化系统疾病8例、呼吸系统疾病6例、泌尿系统疾病3例、循环系统疾病3例、内分泌系统疾病3例、皮肤疾病2例), 33例合并其它精神障碍(神经症18例、抑郁症4例、恶劣心境3例、持续性心境障碍2例、心理因素相关生理障碍3例、人格障碍3例), 所有入组对象正在接受药物和/或心理治疗。病例入组标准: 年龄18-65岁; 符合中国精神障碍分类与诊断标准第三版(CCMD-3)强迫症诊断标准; 所有入组患者均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 工具 患者一般资料调查表(自编), 包括性别、年龄、婚姻状况、受教育年限、发病年龄、病程、

诱因、性格、家族史、经济收入及就业状况、是否合并躯体疾病及其它精神疾病等,为医生询问后填写。

生活质量评定:采用 SF-36 量表^[4](The Short Form 36 Health Survey, SF-36),评价强迫症患者健康相关生活质量,包括生理健康和心理健康两个方面的八个维度:生理机能(Physical Function, PF)、生理职能(Role Physical, RP)、躯体疼痛(Bodily Pain, BP)、一般健康状况(General Health, GH)、精力(Vitality, VT)、社会功能(Social Function, SF)、情感职能(Role-Emotional, RE)和心理健康(Mental Health, MH)。测得的结果与适用于中国普通人群的常模进行对照。临床特征评定:包括 Yale-Brown 强迫量表(Y-BOCS)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)等。

1.2.2 统计处理 所有数据输入 SPSS11.5 软件包,进行 t 检验、方差分析、相关分析。

2 结 果

2.1 强迫症患者临床特征

强迫症患者 Y-BOCS 总分 22.6 ± 6.2 , Y-BOCS 强迫思维分 11.3 ± 3.0 , Y-BOCS 强迫行为分 12.3 ± 4.3 , HAMD 总分 9.4 ± 3.6 。

2.2 强迫症患者生活质量测评结果及与常模比较

强迫症患者 SF-36 量表分值与正常人群相比,除生理功能(PF)和躯体疼痛(BP)外,其余各维度分数均明显低于普通人群($P < 0.001$)。见表 1。

2.3 Y-BOCS, HAMD 和 SF-36 各维度的相关

Y-BOCS 总分、Y-BOCS 强迫思维以及 HAMD 评分与 SF-36 各维度在统计学意义上都有不同程度的负相关($P < 0.05$, 或 $P < 0.01$);而 Y-BOCS 强迫行为评分仅与 SF-36 的社会功能、情感职能、心理健康和精力四维度有负相关。见表 2。

表 1 强迫症患者 SF-36 各维度分数与常模比较($\bar{x} \pm s$)

SF-36 各维度	OCD(n=60)	中国常模 (n=1688)	t	P 值
生理机能	80.1 ± 22.7	82.2 ± 19.8	-0.803	<0.124
生理职能	54.3 ± 41.4	81.2 ± 33.6	-6.041	<0.001
躯体疼痛	76.9 ± 26.2	81.5 ± 20.5	-1.690	<0.331
一般健康状况	51.0 ± 22.2	56.7 ± 20.2	-4.581	<0.001
精力	40.6 ± 19.6	52.0 ± 20.9	-4.160	<0.001
社会功能	48.0 ± 21.6	83.0 ± 17.9	-14.770	<0.001
情感职能	35.4 ± 34.4	84.4 ± 32.4	-11.487	<0.001
心理健康	45.7 ± 19.9	59.7 ± 22.7	-4.713	<0.001

表 2 Y-BOCS, HAMD 和 SF-36 各维度的相关分析(r)

SF-36 各维度	Y-BOCS 总 分	Y-BOCS 强迫思维	Y-BOCS 强迫行为	HAMD
生理机能	-0.305*	-0.374**	0.132	-0.531**
生理职能	-0.461**	-0.406**	-0.384**	-0.436**
躯体疼痛	-0.301*	-0.304*	-0.104	-0.301*
一般健康状况	-0.445**	-0.306*	-0.477**	-0.306*
精力	-0.413**	-0.458**	-0.452**	-0.529**
社会功能	-0.305*	-0.447**	-0.398**	-0.534**
情感职能	-0.303*	-0.305*	-0.098	-0.445**
心理健康	-0.525**	-0.521**	-0.117	-0.603**

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, 下同。

2.4 一般人口学资料与其 SF-36 各维度的相关

强迫症患者的性别、婚姻状况、年龄、发病年龄和病程与 SF-36 各维度无明显相关;但就业好的患者在 SF-36 的生理职能这一维度分值高于就业差的患者($t = -2.479$; $P < 0.05$);合并有躯体疾病的患者在 SF-36 的一般健康状况维度($t = 2.552$; $P < 0.05$)、社会功能维度($t = 2.860$; $P < 0.05$)分值更低;合并其它精神障碍的患者在 SF-36 躯体疼痛($t = 2.949$; $P < 0.05$)、一般健康状况($t = 2.224$; $P < 0.05$)、精力($t = 2.281$; $P < 0.05$)、社会功能($t = 2.347$; $P < 0.05$)和心理健康($t = 2.231$; $P < 0.05$)这五个维度得分更低。

表 3 强迫症患者一般人口学资料与其 SF-36 各维度的分析结果($\bar{x} \pm s$)

人口学资料		SF-36							
		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
经济	高 (n=28)	78.6 ± 21.4	64.9 ± 32.4*	78.2 ± 23.6	54.1 ± 19.5	41.6 ± 17.6	46.7 ± 18.3	37.8 ± 35.8	44.2 ± 17.9
收入	低 (n=32)	81.4 ± 18.5	45.0 ± 29.7	75.8 ± 25.8	48.3 ± 20.4	39.7 ± 20.9	49.1 ± 21.4	33.3 ± 31.7	47.0 ± 23.4
合并躯	合并 (n=25)	75.4 ± 18.6	51.9 ± 19.3	70.3 ± 25.7	39.5 ± 24.8*	35.8 ± 20.7	39.2 ± 22.5*	38.4 ± 31.2	42.1 ± 17.4
体疾病	未合并(n=35)	83.5 ± 23.4	56.0 ± 22.4	81.6 ± 28.9	59.2 ± 32.4	44.0 ± 19.2	54.3 ± 18.3	33.3 ± 29.8	48.3 ± 20.3
合并精	合并(n=33)	75.1 ± 23.9	51.3 ± 36.7	68.9 ± 23.5*	45.1 ± 24.1*	36.1 ± 17.2*	42.5 ± 20.6*	36.4 ± 32.1	40.2 ± 21.6*
神疾病	未合并(n=27)	86.2 ± 27.6	58.0 ± 35.6	86.7 ± 22.9	58.2 ± 20.9	46.1 ± 16.5	54.7 ± 19.4	34.2 ± 29.5	52.4 ± 20.5

3 讨 论

本研究结果显示:强迫症(OCD)患者 SF-36 量表分值除生理功能(PF)和躯体疼痛(BP)外,其余各维度分数均明显低于普通人群。这与以前研究相一致。最近有研究报道:强迫症患者也影响其生理功能^[5]。OCD 患者一般资料分析显示:性别、婚姻状况、年龄、发病年龄和病程不影响其对生活质量的感知,

这与国内外研究结果基本一致^[6,7]。就业状况与 SF-36 生理职能这一维度分值有关,这就强调了就业状况对 OCD 患者生活质量的重要性。

本研究还发现:合并有躯体疾病患者 SF-36 一般健康状况维度、社会功能维度分值更低;在该样本中,合并其它精神障碍患者对 SF-36 躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能和心理健康这五个维度

(下转第 667 页)

- To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50: 314- 321
- 7 Preston SD, de Waal FBM. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioural and Brain Sciences*, 2002, 25:1- 20
 - 8 Wisp éL. History of the concept of empathy. In Eisenberg N and Strayer J. *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press, 1987. 17- 37
 - 9 Coxon K. Empathy, intersubjectivity, and virtue. Dissertation for Master of Arts. Department of Philosophy, Dalhousie University, 2003. 1- 130
 - 10 Hakansson J. Exploring the phenomenon of empathy. Doctoral dissertation, Department of Psychology, Stockholm University, 2003, 1- 140
 - 11 Eisenberg N, Strayer J. Critical issues in the study of empathy. In Eisenberg N and Strayer J. *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press, 1987. 3- 13
 - 12 Hoffman ML. The contribution of empathy to justice and moral judgement. In Eisenberg N and Strayer J. *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press, 1987. 47- 80
 - 13 Barnett MA, Tetreault PA, Masbad I. Empathy with a rape victim: The role of similarity of experience. *Violence and Victims*, 1987, 2: 255- 262
 - 14 Batson CD. Self- other merging and the empathy- altruism hypothesis: Reply to Neuberg et al. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 73: 517- 522
 - 15 Hogan R. Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1969, 33: 307- 316
 - 16 Ickes W. Empathic accuracy. *Journal of Personality*, 1993, 61: 587- 610
 - 17 Feshback ND. Parental empathy and child adjustment/mal adjustment. In Eisenberg N and Strayer J. *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press, 1987. 271- 290
 - 18 Gladstein GA. Empathy and counseling outcome: An empirical and conceptual review. *Counseling Psychologist*, 1977, 6: 70- 79
 - 19 席春华, 汪凯, 朱春燕, 靳胜春. 心理理论的神经基础. *中国临床心理学杂志*, 2006, 14(4): 438- 440
 - 20 Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2006, 30: 855- 863
 - 21 Decety J, Jackson PL. A Social- Neuroscience Perspective on Empathy. *Current directions in psychological science*, 2006, 15(2): 54- 58
 - 22 Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2004, 3(2): 71- 100
 - 23 Eisenberg N, Fabes RA, Miller PA, et al. Relation of Sympathy and Personal Distress to Prosocial Behavior: A Multi- method Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, 57(1): 55- 66
 - 24 Willingham DT, Dunn EW. What neuroimaging and brain localization can do, cannot do, and should not do for social psychology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, 85(4): 662- 671
 - 25 Thompson E. Empathy and consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 2001, 8(5- 7): 1- 32

(收稿日期:2007- 04- 09)

(上接第 655 页)

影响更大。由于精神障碍共病现象会影响个体对生活的感知, 因此, 共病现象可能是一个混杂因素。有研究报道: 精神障碍对生活质量感知有负面效应^[9]。

强迫症患者总的症状严重程度、强迫思维以及 HAMD 抑郁评分与 SF- 36 各维度在统计学意义上都有不同程度负相关, 而强迫行为评分并不与 SF- 36 所有维度均相关。这可能由于强迫行为是患者用来缓解强迫思维引起焦虑的一种策略, 强迫行为对控制焦虑和不舒服是必要的。强迫思维常常被患者感知成插入的、不可控制并产生明显不安的想法, 因此对患者生活质量影响比强迫行为更广泛。

参 考 文 献

- 1 Jayakumar C, Jagadheesan K, Verma AN. Disability in obsessive- compulsive disorder: a comparison with schizophrenia. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2002, 25:147- 157
- 2 Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for

patients with obsessive compulsive disorder. *Am J psychiatry*, 1996, 153:783- 788

- 3 Jane LE, Maria AM, Anthony P, et al. Impact of obsessive- compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive psychiatry*, 2006, 47:270- 275
- 4 中国行为医学科学编委会. 行为医学量表手册. 北京:中华医学会电子音像出版社, 2005. 54- 59
- 5 Moritz S, Rufer M, Fricke S, et al. Quality of life in obsessive- compulsive disorder before and after treatment. *Compr Psychiatry*, 2005, 46:453- 459
- 6 Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, et al. Gender in obsessive- compulsive disorder: clinical and genetic findings. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2004, 14:105- 113
- 7 周云飞, 张亚林, 胡纪泽, 等. 强迫症患者生活质量与病程的相关分析. *中国临床康复*, 2005, 9(32):28- 29
- 8 Massion AO, Warshaw MG, Keller MB. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, 1993, 150:600- 607

(收稿日期:2007- 05- 15)