

# 影响强迫症患者健康状况的相关因素分析

张 霞<sup>①</sup>, 张海音<sup>②</sup>

(无锡市精神卫生中心, 江苏 无锡 214151)

【摘要】 目的: 探讨强迫症患者健康状况的影响因素。方法: 对 59 名强迫症患者进行 SF-36 调查, 同时进行 Yale-Brown Scale、HAMD、HAMA、SDSS、CGI 评定及治疗方法、对疾病主观痛苦感、经济负担等调查。结果: 相关分析显示强迫症患者的健康状况与强迫、抑郁、焦虑症状; 社会功能的各个方面、主观痛苦感、经济负担、是否接受心理治疗呈负相关。多元逐步回归分析在  $\alpha = 0.05$  水平分别有 Yale-Brown 的强迫思维、HAMD、HAMA、治疗方法、疾病痛苦感、经济负担及 SDSS 中的 4 项进入了 SF-36 的 8 个因子方程。结论: 强迫症患者健康的影响因素包括疾病的严重程度、社会功能、社会支持及是否接受心理治疗等诸多方面。

【关键词】 强迫症; 健康状况; SF-36

中图分类号: R395.4

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2004)01-0074-02

## Relevant Factors of Health in Patient with Obsessive-Compulsive Disorder

ZHANG Xia, ZHANG Hai-yin

Mental Health Center of Wuxi, Wuxi 214151, China

【Abstract】 Objective: To investigate relevant factors of health in obsessive-compulsive disorder (OCD) patients. Methods: Short Form 36 Survey Questionnaire (SF-36), HAMD, HAMA, SDSS and CGI were used to assess 59 patients with OCD. Results: Correlated and stepwise regression analysis showed that the scores of SF-36 were positively correlated with the scores of HAMD, HAMA, Obsessive, and SDSS. Conclusion: Health condition of OCD was correlated with social support, social functions and psychological intervention.

【Key words】 OCD; Health state; SF-36

强迫症是一种慢性精神疾病, 国内流调资料表明患病率为 0.3%<sup>[1]</sup>, 国外流调资料显示患病率为 0.4%~2.3%, 终身患病率高达 2.6%。Rasmussen 在他的研究中发现强迫症患者中 85% 为持续病程、10% 为加重恶化过程, 仅有 2% 症状减轻可持续 6 个月以上。在社区及接受治疗的病人中调查发现强迫症患者有明显的认知功能和生活质量损害<sup>[2]</sup>。SF-36 作为多种慢性疾病的心理测试工具显示了很好的信度和效度<sup>[2]</sup>。本文使用 SF-36 评价强迫症患者的健康状况, 并对一些可能的影响因素做出评估。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

2002 年 10 月~2002 年 12 月在上海市心理咨询中心就诊符合 CCMD-III 诊断标准的强迫症患者, 进行测评, 排除器质性精神障碍、抑郁症、焦虑症、社交恐怖症、强迫性人格障碍、精神分裂症伴有的强迫症状, 共 77 例, 资料完整者 59 例, 其中男 33 例(55.9%),

女 26 例(44.1%); 年龄 16~74 岁( $28.53 \pm 12.54$  岁); 职业: 学生 19 例(32.2%)、无业 6 例(10.2%)、在职 34 例(57.6%); 文化程度: 小学 1 例(1.7%)、初中 8 例(13.6%)、高中 25 例(42.4%)、大学及以上 25 例(42.4%); 婚姻: 未婚 38 例(64.6%)、已婚 20 例(33.9%)、离婚 1 例(1.7%); 总病程 3 月~21 年( $5.56 \pm 5.14$ ), 本次病程 0.5~20 年( $22.72 \pm 12.39$ )。根据接受治疗情况的不同又分为单独药物治疗 38 例(64.4%)、单独心理治疗或心理治疗加药物治疗 21 例(35.6%)。

### 1.2 方法

采用自行编制的调查表对患者进行调查, 内容包括一般情况、经济状况及疾病痛苦程度的自我评价等。调查人员经一致性培训后对患者进行 Yale-Brown 强迫量表、HAMD-24(抑郁症状评定量表)、HAMA(焦虑症状评定量表)、SDSS(社会功能缺陷筛选量表)、CGI(临床疗效总评量表)评定。

采用 SF-36 对患者进行健康评定。SF-36 由 36 个条目组成, 包括 8 个健康因子: ①生理机能(physical functioning, PF); ②生理职能(role-physical, RP); ③躯体疼痛(bodily pain, BP); ④一般健康

①上海市精神卫生中心研修生

②上海市精神卫生中心

状况( general health, GH); ⑤精力(vitality, VT); ⑥社会功能( social functioning, SF); ⑦情感职能( role – emotional, RE); ⑧精神健康(mental health, MH)。以上 8 个因子进一步归成躯体健康总评( physical component summary, PCS) 和精神健康总评( mental component summary, MCS)。另外一项健康变化( reported health transition, HT) 用于评价过去一年健康状况总体变化情况<sup>[3]</sup>。

2 结 果

2.1 各量表评定结果

强迫症患者 Yale– Brown 强迫量表总分 17. 78 ±7. 90、强迫思维 10. 98 ±4. 45、强迫行为 6. 81 ±5. 79, HAMD 12. 0 ±8. 21, HAMA 6. 98 ±5. 79。临床疗效总体评估 GI 指数显示疗效大多在进步和稍进步( 2. 25 ±1. 09) 之间。SDSS 和 SF– 36 评定结果见表 1。

2.2 强迫症患者健康状况影响因素逐步回归分析

以 SF– 36 各因子为因变量, 以 Yale– Brown 强迫量表、HAMD、HAMA、SDSS、CGI 评分、接受治

疗方式、经济负担、疾病痛苦程度等为自变量进行多元逐步回归, 在 α= 0. 05 水平上进入 SF– 36 的 8 个因子回归方程的有 HAMD、强迫思维、HAMA、不同治疗方法、疾病痛苦、经济负担、SDSS 中个人生活自理、社会性退缩、职业和工作、家庭职能共 10 项。见表 2。

表 1 SF– 36、SDSS 调查结果

SDSS		SF– 36	
项目	$\bar{x} \pm s$	项目	$\bar{x} \pm s$
职业和工作	0. 54 ± 0. 70	PF	87. 71 ± 14. 87
婚姻职能	0. 34 ± 1. 83	RP	35. 59 ± 39. 17
父母职能	0. 34 ± 1. 83	BP	75. 34 ± 24. 72
社会性退缩	0. 36 ± 0. 66	GH	59. 29 ± 12. 64
家庭外的社会活动	0. 37 ± 0. 61	VT	47. 12 ± 18. 94
家庭内活动少	0. 34 ± 0. 61	SF	65. 89 ± 28. 96
家庭职能	0. 22 ± 0. 48	RE	33. 33 ± 34. 46
个人生活自理	0. 21 ± 0. 05	MH	43. 93 ± 17. 17
对外界的兴趣和关心	0. 34 ± 0. 61	HT	2. 89 ± 1. 09
责任心和计划性	0. 27 ± 0. 55	PCS	255. 93 ± 58. 70
SDSS 总分	2. 71 ± 4. 14	MCS	190. 27 ± 72. 09

表 2 强迫症患者健康状况影响因素的逐步回归分析

	HAMD	HAMA	强迫思维	治疗方法	经济负担	疾病痛苦	社会性退缩	职业工作	个人生活	R– Square	F 值
PF	0. 385				0. 512					0. 262	9. 94* *
RP	0. 446			0. 514		0. 612				0. 375	10. 95* *
BP		0. 351								0. 123	7. 99* *
GH	0. 296									0. 163	5. 47* *
VT	0. 524		0. 621						0. 662	0. 438	14. 31* *
SF						0. 549	0. 455			0. 301	12. 06* *
RE	0. 294									0. 087	5. 41* *
MH								0. 408		0. 167	11. 41* *

\* P < 0. 05, \* \* P < 0. 01

3 讨 论

生活质量是精神卫生工作的一项重要指标, 它反应了患者对健康状况的主观体会。然而由于受到认知功能和情感症状的干扰, 慢性精神疾病生活质量的评定受到了一定的限制。国外研究认为, SF– 36 可以较好的反映精神障碍患者的健康状况和社会功能<sup>[4, 5]</sup>。

强迫症常与焦虑症、抑郁症、社交恐怖症、抽动症等存在共患现象, 强迫症状本身也可以导致焦虑和抑郁情绪。我们的研究发现强迫症患者除了有强迫症状外还伴有抑郁和焦虑。在对健康状况影响因素的分析中发现强迫症状与精神健康、精力成负相关, 强迫思维进入精力因子回归方程。抑郁症状则与 SF– 36 的所有 8 个因子呈负相关, 并且进入了 5

个健康因子的回归方程。焦虑症状与躯体健康有关的 3 个因子及情感职能因子呈负相关并且进入躯体疼痛因子回归方程。说明强迫症状越重健康状况越差, 强迫症状是造成患者精神上痛苦的重要因素, 抑郁、焦虑这些负性情绪严重影响了患者的生活质量, 提示我们在对强迫症患者进行治疗时不要忽视焦虑和抑郁症状。

Hollander 的研究指出, 由于强迫症状的存在, 强迫症患者中 73% 家庭关系受到影响, 62% 的人几乎没有朋友或难以维持友谊, 92% 自我评价低。58% 的患者学术成就低下, 66% 对工作要求低, 47% 有工作受到干扰的经历, 40% 的患者不能工作达 2 年以上<sup>[6]</sup>。我们的研究发现患者 SDSS 各项均分均有升

2.2 两组患者 WCST 测验结果比较

附表 两组患者 WCST 结果的协方差分析( $\bar{x} \pm s$ )

	有自知力损害 (34 例)	无自知力损害 (29 例)	<i>F</i>	<i>P</i>
总反应数	75.9±15.1	71.0±18.5	1.206	0.278
持续错误数	25.2±8.4	18.9±7.0	6.416	0.015*
非持续错误数	26.5±9.1	24.6±9.3	1.769	0.191
正确反应数	24.2±3.5	26.5±3.8	2.523	0.294
分类完成数	2.5±1.3	3.6±1.3	5.476	0.024*

注: \*  $P < 0.05$

如表所示: 自知力有损害组较自知力无损害组有较多的持续错误数, 较少的分类完成数, 具有显著差异性( $P < 0.05$ )。

3 讨 论

自知力的定义目前普遍接受的是三维学说, 即对疾病的认识, 对精神病理性经验的正确分辨和描述, 以及对治疗的顺从性<sup>[4]</sup>。而国内外尚无一致的自知力评定工具, 本研究选择 PANSS 量表中的自知力受损评分项来评定患者的自知力是因为该项目包括自知力三个维度的内容, 与其它评定自知力的量表比较, 具有很高的稳定性和效度<sup>[5]</sup>。WCST 是目前广泛使用的一种检测额叶执行功能的测验<sup>[6]</sup>。

本研究显示: 有自知力损害组较无自知力受损组的精神分裂症病人的 WCST 有较多的持续错误数, 较少的正确分类数, 说明精神分裂症的自知力和执行功能密切相关。执行功能是经过调节注意管理其他复合技能和应用抽象能力而达到管理控制行为

的目的, 执行功能损害主要影响对比, 系列化信息处理过程<sup>[7]</sup>。对精神疾病的认知, 精神症状的解释理解, 正是需要执行功能的参与。因此我们推测执行功能的损害影响了自知力的恢复。

在我们的研究中还发现一个值得探讨的现象, 即在比较两组背景资料时, 我们发现自知力损害组的病人有较高的 PANSS 阴性症状得分, 表明自知力与阴性症状的严重程度有关, 提示阴性症状可能是精神分裂症患者自知力恢复的重要影响因素, 值得我们进一步研究。

参 考 文 献

1 胡赤怡. 自知力. 定义及临床研究(综述). 国外医学. 精神疾病学分册, 1992, 19: 138

2 Heaton RK. Wisconsin card sorting test manual. Florida; Psychological Assessment Resources, inc Odessa. 1981, 39-52

3 YOUNG DA, DAVILA R, SCHR H Unawareness of illness and neuropsychological performance in schizophrenia. Schizophr Res. 1993, 10: 117-124

4 南京脑科医院编. CCMD-2-R. 东南大学出版社, 1995. 1: 236

5 LYSAKER PH Bell MD, BRYSON G. Impairment in insight: evidence for an association with specific cognitive deficits in schizophrenia. Schizophr Res. 1997, 24: 113-114

6 刘哲宁. Wisconsin 卡片分类测验的临床运用. 国外医学精神疾病分册, 1999: 16

7 杨甫德, 王向群. 精神分裂症认知功能. 临床精神病学杂志, 2001, 2: 113

(收稿日期: 2003-03-24)

(上接第 75 页)

高, SDSS 总分 > 2。在与 SF-36 相关分析中发现 SDSS 各项目中除婚姻职能、父母职能外均与 SF-36 的 7 个因子有关, 并且有 4 项分别进入不同健康因子的回归方程。显示强迫症患者存在着明显的社会功能缺陷, 且已严重影响其健康状况。经济负担与疾病痛苦是患者的主观评价同时也反映了患者的社会功能情况, 对健康状况有很大的影响。我们的结果显示二者与躯体健康密切相关。

是否合并心理治疗同样影响着患者的健康状况, 主要表现在对躯体健康有关的影响。心理治疗可以改善病人的认知和一些非适应性行为。心理治疗的介入还可以提高病人对药物治疗的依从性, 改善医患关系。合并心理治疗除了可以改善强迫症状外可以提高患者对治疗的信心, 减轻对药物治疗的不适感提高生活质量。

参 考 文 献

1 沈渔村主编. 精神病学(第 III 版), 人民卫生出版社, 1994. 684-688

2 Lorrin M, Korom, et al. Efficacy of Sertraline in the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder. AM J psychiatry 2002, 159: 88-95

3 李春波. 健康状况调查问卷 SF-36 的介绍. 国外医学精神病学分册, 2002, 29(2): 116-119

4 行为医学量表手册. 中国行为医学科学, 2001, 10: 19-25

5 Meijer CJ, Schene AH, et al. Quality of life in schizophrenia measured by MOS SF-36 and the Lancashire Quality of Life Profile: a comparison. Acta Psychiatry Scand, 2002, 105: 293-300

6 Hollander E. Obsessive-compulsive and spectrum disorder: overview and quality of life issues. J Clin Psychiatry, 1996, 57 (suppl 8): 3-6

(收稿日期: 2003-06-03)