

K 校正分对不同精神障碍患者 MMPI 测图的影响

刘建新, 姜长青, 张小东, 张荣丽

(首都医科大学附属北京安定医院, 北京 100088)

中图分类号: G449.6 文献标识码: A 文章编号: 1005-3611(2002)02-0140-03

Effect of K Correction on the Profile of MMPI in Different Mentally Disordered Patients

LIU Jian-xin, JIANG Chang-qing, ZHANG Xiao-dong, et al

Beijing Anding Hospital Beijing 100088, China

【Abstract】 Objective: To explore the effect of K correction on the profile of MMPI in different mentally disordered patients. **Methods:** First, analyze the correlation of the five basic scales with and without k score. Second, compare means of T scores of five basic scales in schizophrenia group (n=110), affective disorder group (n=106), neurosis group (n=36) and control group (n=64). Finally, explore the effect of K score on T scores of the five basic scales in the three experimental groups and normal group. **Results:** The mean of the five basic scales in schizophrenia group were significantly higher than those T scores without adding K score. In the affective disorder group Hs, Pt and Sc were significantly altered. In the neurosis group, Sc and Ma were significantly altered. Only Hs was significantly altered in the control group. When K was lower or higher level, T scores of three experimental groups and normal group were significantly affected. When K was moderate in magnitude, only Hs, Pd and Sc were significantly changed. **Conclusion:** In clinical applications, the addition of K score has positive values. **【Key words】** MMPI Profile; K Score; Mental Patients

众所周知, MMPI 是目前应用最为广泛的人格测验之一,尤其在精神疾病的辅助诊断中更有着不可替代的作用。因此,提高 MMPI 的诊断符合率,即提高 MMPI 的临床效度有着十分积极的意义。K 量表作为 MMPI 四个效度量表之一含 30 个题目, K 量表得分的高低可以反映受试者的自我防御倾向,从而反映出被试测验态度。一般来讲, K 低分者临床量表的得分会普遍升高, K 高分者临床量表的得分会普遍降低,加相应的 K 函数,就可以校正态度倾向性对各临床量表的影响,达到提高 MMPI 的临床效度的目的。

宋维真等(1989)在论及关于 Hs、Pd、Pt、Sc 和 Ma 五个临床量表是否应加相应的 K 校正分时,曾建议采用标准分不加 K 分的 T 分数算法^[1],但是,其依据是以常模团体为标准组。本研究旨在探讨加与不加 K 校正分对不同精神障碍患者 MMPI 测图 5 个临床量表的影响。

1 对象及方法

1.1 研究对象

本研究被试主要来自北京安定医院住院病人,随机选取,精神分裂症组 110 例,情感障碍组 106 例,神经症组 36 例,均符合 CCMD-Ⅱ-R 的诊断标准。正常被试主要为本院职工及院外进修人员,64

例,要求无精神疾病史、无脑外伤。经 χ^2 检验,各精神障碍组在性别、年龄、文化程度和职业等方面与正常对照组均无显著差异。

1.2 方法

采用 1989 年版中科院心理所宋维真等修订的 MMPI 问卷,人机对话形式完成 399 题。结果分析由计算机完成,采用的是我院 92 年编制的计算机结果分析系统,全国常模。

2 结 果

2.1 5 个临床量表加 K 校正前后相关程度的比较

5 个临床量表加相应的 K 校正与不作 K 校正的相关较高,除神经症组的 Pt 量表的 r 值为 0.511 外,其余均在 0.75 以上,而且大部分在 0.80 以上,最高的为神经症组的 Ma 量表,为 0.989(表 1)。

表 1 5 个临床量表加 K 校正前后的相关(r 值)

	精神分裂症 (n=110)	情感障碍 (n=106)	神经症 (n=36)	正常被试 (n=64)
Hs(Hs + 0.5K)	0.760	0.878	0.932	0.849
Pd(Pd + 0.4K)	0.861	0.875	0.930	0.918
Pt(Pt + 1.0K)	0.757	0.863	0.511	0.845
Sc(Sc + 1.0K)	0.857	0.918	0.939	0.852
Ma(Ma + 0.2K)	0.981	0.985	0.989	0.982

2.2 5 个基本量表加 K 校正分前后均值的比较

5 个临床量表 Hs、Pd、Pt、Sc 和 Ma 加 K 校正分

前后,除正常被试的 Ma 量表外,各组的 5 个量表加 K 分后,T 分数均有提高,其中提高最多的为精神分裂症组的 Pt 量表,为 5.0 分。经统计分析,精神分裂症组 5 个临床量表的平均 T 分数都有显著差异;情感障碍组在 Hs、Pt 和 Sc 量表有显著差异;神经症组在 Sc 和 Ma 量表有显著差异;正常对照组只有 Hs 量表有显著差异(表 2)。

表 2 K 校正分对 5 个临床量表 T 分数均值的影响($\bar{x} \pm s$)

	精神分裂症($n=110$)		情感障碍($n=106$)		神经症($n=36$)		正常被试($n=64$)	
	不加 K	加 K	不加 K	加 K	不加 K	加 K	不加 K	加 K
Hs	49.47±11.82	52.55±12.76 *	54.23±13.05	55.58±12.01 *	61.39±14.35	61.50±13.44	44.27±8.30	45.88±7.92 *
Pd	50.35±11.01	52.78±11.65 *	52.48±11.09	53.13±10.36	58.17±12.23	58.31±12.31	43.77±9.17	44.55±9.48
Pt	44.62±12.41	49.62±10.83 *	50.52±14.11	53.78±12.71 *	60.00±13.60	61.39±16.01	42.41±9.56	43.25±9.19
Sc	46.33±11.98	50.35±10.60 *	50.08±13.27	52.30±11.54 *	54.28±13.19	56.22±12.94 *	41.09±7.64	41.39±6.92
Ma	49.62±11.23	50.30±10.43 *	51.45±12.38	51.45±12.28	47.94±10.61	47.22±10.45 *	47.17±8.79	46.97±9.02

* $P < 0.05$

表 3 高、中、低 K 分数对 5 个临床量表 T 分数的影响($\bar{x} \pm s$)

	$K \leq 2 (n=110)$			$13 \leq K \leq 17 (n=101)$			$K \geq 18 (n=105)$		
	不加 K	加 K	t 值	不加 K	加 K	t 值	不加 K	加 K	t 值
Hs	57.51±12.69	53.34±12.78	15.09 *	50.14±10.99	51.79±10.87	-9.43 *	46.11±12.39	54.51±13.78	-12.55 *
Pd	55.09±11.83	50.73±11.72	19.36 *	48.85±10.72	49.87±10.55	-8.37 *	47.65±10.70	54.96±11.84	-26.91 *
Pt	60.61±10.37	58.07±12.89	6.04 *	45.89±10.54	47.21±13.13	-1.52	36.52±6.54	47.44±9.39	-20.67 *
Sc	58.88±10.75	56.58±12.04	8.25 *	45.08±8.73	46.66±10.56	-6.27 *	37.65±6.00	45.89±8.31	-20.49 *
Ma	56.05±12.15	54.28±12.56	15.99 *	49.66±9.34	49.69±10.03	-0.23	42.63±6.94	44.79±7.35	-15.66 *

* $P < 0.001$

3 讨 论

K 量表出现后,带来新的问题,10 个临床量表都需要 K 分校正吗?每一个量表对应的 K 函数是多少?很难有一个完整的数学模型来解答这一问题,于是 McKinley 等人用所谓“半和方”经验法制定了 MMPI 美国常模的 K 分校正加权系数^[9]。即量表 1(Hs)加 0.5K、量表 4(Pd)加 0.4K、量表 9(Ma)加 0.2K 和量表 7(Pt)、量表 8(Sc)分别加 1.0K。Butcher 修订 MMPI-2 时仍然采用原先的方法及 K 校正^[8]。国内外研究 K 量表的文献不多。Colligan 等 1991 年研究了当时 13~17 岁青春期少年的 MMPI 测图的特点^[2]。发现当时少年对 MMPI 测图的反应模式与早期青春期少年对 MMPI 测图的反应模式相比存在显著差异。文章提出了新的 K 校正分来标准化 T 分。国内曾有研究建议采用加 K 分的 T 分常模,这样可以提高临床量表区分“正常”和“异常”的鉴别力^[5-7]。自从 1980 年 MMPI 测验在中国应用以来,

2.3 高、中、低 K 分数对 5 个临床量表 T 分数的影响
从 3 个病例组和正常对照组整体来看,当 $K \leq 12$ 时,5 个临床量表 Hs、Pd、Pt、Sc 和 Ma 加 K 分,其 T 分呈下降趋势,T 分均值呈现显著差异;而在 $13 \leq K \leq 17$ 时,临床量表 Hs、Pd 和 Sc 的均值存在显著差异,而 Pt 和 Ma 则没有显著差异,T 分数变化不大;在 $K \geq 18$ 时,5 个临床量表加 K 分前后,T 分数呈上升趋势,其均值呈现显著差异(表 3)。

尽管采用了中国人自己的常模,但对 K 校正分只是根据直观的临床经验规定——MMPI 各临床量表分数可不作 K 分校正。但要很好的区分正常人与精神病人,就需要对临床资料进行深入分析^[4]。本研究首先计算了 5 个临床量表加 K 前后的相关,结果除神经症组的 Pt 量表为 0.511 外,其余均在 0.75 以上,大部分在 0.8 以上,从相关系数角度看似乎加 K 与不加 K 意义不大。但是,要保证加 K 与不加 K 后 5 个临床量表等值,必须使加 K 前后 5 个临床量表的 T 分数均值未达到差异显著性,这样才能说加 K 与不加 K 意义不大。在我们的结果中,精神分裂症组的 5 个临床量表的平均 T 分数加 K 前后都有显著差异;情感障碍组在 Hs、Pt 和 Sc 量表有显著差异;神经症组在 Sc 和 Ma 量表有显著差异;正常对照组在 Hs 量表有显著差异。如果从 3 个病例组和控制组整体来看,当 $K \leq 12$ 或 $K \geq 18$ 时,5 个临床量表 Hs、Pd、Pt、Sc 和 Ma 加与不加 K 分的均值呈现显著差异;而在 $13 \leq K \leq 17$ 时,临床量表 Hs、Pd 和 Sc 的均值存

在显著差异,而 Pt 和 Ma 则没有显著差异。故从本研究的结果看,加 K 校正分有着十分积极的临床意义。国内有关研究对 MMPI 中国常模量表 8 及量表 9K 校正系数进行探讨,提示了 K 量表项目内容所测量的心理倾向性有一定的跨文化普遍性^[6],但是,我们的人文环境、人民生活方式、民族传统文化及历史背景决定了中国人的防御机制会有自己的特点^[3],那么我们就有理由探讨,尤其是在临床方面,中国人用此系数是否合理,其余量表需要加 K 否,加多少 K 函数才合适,最终目的是使 MMPI 的两点编码的诊断符合率更高,这有待今后进一步的研究。

(在此对 SPSS 使用方面沈东郁同志给予的指导表示衷心感谢!)

参 考 文 献

1 MMPI 全国协作组. 明尼苏达多相个性调查表使用指导书, 中国科学院心理研究所, 1989

(上接第 102 页)

参 考 文 献

1 Jablensky A: Prediction of the course and outcome of depression. *Psychological Medicine*, 1987; 17: 1—9

2 Cookson J: Side—effects of antidepressants. *Br J Psychiatry*, 1993; 163(suppl. 20): 20—40

3 Cowen P, Power AC: Combination treatment of depression. *Br J Psychiatry*, 1993; 162: 266—267

4 Arya D: Extrapyramidal symptoms with SSRIs. *Br J Psychiatry*, 1994; 165: 728—733

5 Boer TD, Ruigt GSF, Berendsen HHG, et al: The $\alpha 2$ — adrenoceptor antagonist mirtazapine enhances noradrenergic and serotonergic transmission. *Hum Psychopharmacol*. 1995; 10: S107—

(上接第 139 页)

我们还发现,个性特征中的情绪稳定性明显影响心身症状,而与内外向和精神质关系不大,说明外向情绪不稳或内向情绪不稳者,心身症状严重。在我国,慢性乙型肝炎是肝硬化变的主要病因,以往对肝硬化变的研究主要从生物学角度,社会心理因素常易被忽视。心理因素可能贯穿于肝硬化变过程中——肝细胞破坏与修复、损伤与代偿这一矛盾过程,并作为双向性促转化因子影响着病情的转(7)。因此,在对慢性乙肝病人进行躯体治疗的同时,应注意病人的心理治疗,以缓解病人的心理症状,帮助病人建立积极的应对,消除负性情绪,以促进疾病的康复或向良好的方向转归。

2 Robert C. G. Kenneth P. O. Adolescents, the MMPI, and the Issue of K Correction: A Contemporary Normative Study. *Journal of Clinical Psychology*, 1991, 47(5): 607—631

3 宋维真执笔, 明尼苏达多相个性调查表在我国修订经过及使用评价. *心理学报*, 1982, 14(4): 449—457

4 宋维真执笔, 中国人使用明尼苏达多相个性测验表的结果分析. *心理学报*, 1985, 17(4): 346—354

5 纪术茂, 高成阁, 李满祥等. K 校正对 MMPI 临床量表剖图的影响. *中国临床心理学杂志*, 1999, 7(1): 12—15

6 张建新, MMPI 中国常模中量表 8 及量表 9K 校正系数的探讨. *心理学报*, 1992, (4): 429—435

7 戴郑生, 焦志安, 纪术茂. 明尼苏达多相个性调查表(MMPI)在国内的应用与发展. *中国临床心理学杂志*, 2000, 8(3): 189—191

8 Munley PH. A Comparison of MMPI—2 and MMPI T— Scores for Men and Women. *J Clinical Psychology*, 1991, 47: 87—91

(收稿日期: 2001—09—28)

108

6 Haddjeri N, Blier P, Motigny C, et al: Effect of the $\alpha 2$ — selective adrenoceptor antagonist mirtazapine on the 5— HT system in the rat brain. *J Pharmacol Exp Ther*. 1996; 277: 852—860

7 Palazidou E, Papadopoulos A: $\alpha 2$ — adrenoceptor antagonist, mirtazapine enhances nocturnal melatonin secretion in man. *Psychopharmacol*. 1989; 97: 115—117

8 Timmer CJ, Paanaker JE: Pharmacokinetics of mirtazapine from orally administered tablets: influence of gender, age and treatment regimen. *Hum Psychopharmacology*, 1996; 11: 497—509

(收稿日期: 2001—10—24)

参 考 文 献

1 姚桢(主编). 病毒性肝炎防治方案(试行): 分子乙型肝炎病毒相关病学附录. 北京: 中国医药科技出版社, 1998

2 龚耀先主编, 修订艾森克个性问卷手册. 长沙: 湖南医学院出版社, 1983, 1—33

3 汪向东编. 心理卫生评定量表手册. 中国心理卫生杂志, 1993. 增刊: 30—34

4 姜乾金, 黄丽, 卢抗生, 等. 心理应激: 应对的分类与心身健康. *中国心理卫生杂志*, 1993, 7(4): 145—147

5 李心天(主编). 医学心理学. 北京: 人民卫生出版社, 1994

6 蔡太生等. 慢性乙肝病人的心理健康状况及相关因素的调查分析. *中国临床心理学杂志*, 1996, 4(2): 111—113

7 王金道等(主编). 临床疾病心理学. 北京: 北京师范大学出版社, 1994

(收稿日期: 2001—06—04)