

双相障碍共病强迫障碍患者的 SCL - 90 和 MMPI 研究

高谧秋 范学胜

【摘要】目的 探讨强迫障碍与双相障碍共病的心理测量学特征,为其早期诊断提供辅助依据。方法 以 2012 年 3 月 - 2013 年 1 月在中国医科大学附属第一医院就诊的符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第 3 版)》的 138 例强迫障碍患者为研究对象,采用症状自评量表(SCL - 90)和明尼苏达多相人格测验(MMPI)进行测量。结果 转相前 SCL - 90 评分:强迫状态(2.51 ± 0.83)分、抑郁(2.69 ± 0.88)分、敌对(2.56 ± 1.07)分等项目出现明显的高峰点;转相后评分:强迫状态(2.65 ± 1.03)分、敌对(2.60 ± 1.30)分、偏执(2.36 ± 0.92)分等项目出现明显的高峰点。MMPI 临床量表 3 点编码型:转相前以 2 - 4 - 7 为最多,其次为 2 - 3 - 4 编码型;转相后以 4 - 7 - 9 为最多,其次为 4 - 6 - 9、3 - 4 - 9 编码型。结论 转相前后“强迫状态”和“敌对”都呈现明显高峰点。心理变态(Pd)、精神衰弱(Pt)(4 - 7 编码型)很有可能是与共病强迫障碍有关的参考项。

【关键词】 双相障碍;强迫障碍;MMPI;SCL - 90

中图分类号:R749

文献标识码:A

doi:10.11886/j.issn.1007-3256.2015.01.003

Study on SCL - 90 and MMPI of patients with bipolar disorder comorbid OCD

GAO Mi - qiu, FAN Xue - sheng

Department of Psychiatry, First Affiliated Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, China

【Abstract】Objective To find psychological traits of comorbid of Bipolar disorder and OCD for providing evidence of early diagnosis of bipolar disorder. **Methods** The 138 patients were diagnosed OCD by CCMD - 3(Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disease, third edition), and were assessed after and before switching with SCL - 90 and MMPI and analyzed by SPSS18.0. **Results** OCD symptoms(2.51 ± 0.83), depression(2.69 ± 0.88) and hostile(2.56 ± 1.07) were significant higher before switching. OCD symptoms(2.65 ± 1.03), hostile(2.60 ± 1.30) and paranoid(2.36 ± 0.92) were significant higher after switching. The code type of patients were 2 - 4 - 7 and 2 - 3 - 4 before switching and 4 - 7 - 9, 4 - 6 - 9 and 3 - 4 - 9 after switching. **Conclusion** The patients with bipolar disorder comorbid OCD show higher OCD symptoms and hostile both before and after switching by SCL - 90. The Pd, Pt(4 - 7) was common trait of patients with bipolar disorder comorbid OCD by MMPI.

【Key words】 Bipolar disorder; OCD; MMPI; SCL - 90

双相障碍(bipolar disorder, BPD)是临床常见心境障碍,其确切的发病机制至今未明,具有较高的患病率、复发率、共病率、死亡率。而由于对其多种临床表现形式及共病缺乏足够的认识,80%患者最初被诊断为其他疾病。强迫症(obsessive - compulsive disorder, OCD)是一种常见的焦虑障碍,文献表明双相障碍与强迫障碍在脑影像学方面存在某些共同的解剖学基础^[1]。而 3.2% ~ 35%^[2]强迫障碍常与双相障碍共病。以强迫症状首发的双相障碍症状复杂、多变,导致诊断延误,而不恰当的治疗方案,使后果更为严重。

早期识别强迫障碍与双相障碍共病对提高诊断

率、制定合理的治疗方案意义重大。本次研究使用症状自评量表(Self - reporting Inventory, SCL - 90)、明尼苏达多项人格测验(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)对以强迫症状首发的双相障碍进行研究,探讨两者心理学特点与异同,为双相障碍早期诊断提供辅助性依据。

1 对象与方法

1.1 对象 为 2012 年 3 月 - 2013 年 1 月中国医科大学附属第一医院精神医学科就诊患者,入组标准:①年龄 ≥ 16 岁,初中以上受教育程度,主动就诊,自愿配合测试;②中文版的耶鲁布朗强迫症状量表(Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale, Y - BOCS)总评分 ≥ 16 分;③根据《中国精神障碍分类与诊断

作者单位:110001 沈阳,中国医科大学附属第一医院

通信作者:范学胜, E - mail: zmfxs@163.com

标准(第 3 版)》(Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disease, third edition, CCMD-3) 诊断为强迫障碍,包括强迫性动作和强迫性思维;④初诊时主诉无躁狂或轻躁狂发作史,贝克-拉范森躁狂量表(Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale, BRMS) 评分 < 6 分;使用抗抑郁药常规治疗强迫障碍,服药两个月内产生躁狂症状, BRMS 评分 ≥ 6 分。排除标准:神经系统疾病;严重躯体疾病;物质滥用、脑外伤及检查不合作者。共 138 例,治疗中转躁 40 例(28.9%)。男性 18 例(45.0%),女性 22 例(55.0%)。平均年龄(28.2 ± 8.4) 岁。平均受教育年限 12.3 年。受教育程度初中 7 例,中专 2 例,高中 7 例,大专 7 例,本科 14 例,硕士及以上 3 例。用药情况:舍曲林 6 例,氟西汀 8 例,帕罗西汀 15 例,氟伏沙明 5 例,氯丙咪嗪 6 例。

1.3 研究工具 ①一般人口学资料调查表:包括性别、年龄、受教育程度等;②Y-BOCS;③BRMS;④SCL-90;⑤MMPI。

1.4 施测过程 强迫障碍患者经过两位临床医师确诊, Y-BOCS 评分 ≥ 16 分,符合 CCMD-3 诊断标准。测量于中国医科大学附属第一医院心理科,

调查人员在测量前统一接受标准化培训,内容包括:指导语的统一、问卷填写要求、问卷回收等。

治疗前进行 Y-BOCS、BRMS、SCL-90、MMPI 测定,治疗期间使用(氯丙咪嗪、SSRI) 常规抗强迫治疗,如果出现言语兴奋、乱花钱等症状,随即进行 BRMS、SCL-90、MMPI 测定。治疗两个月后,统一进行 BRMS、SCL-90、MMPI 测试,以发生躁狂症状及 BRMS 评分 ≥ 6 分为转相标准。

1.4 统计方法 采用 Excel 进行数据录入,使用 SPSS18.0 统计软件进行统计分析,采用独立样本 *t* 检验和配对 *t* 检验方法,显著性水平规定为 $\alpha = 0.05$ 。

2 结 果

2.1 SCL-90 结果分析 治疗前 SCL-90 各项目评分均高于常模,差异有统计学意义($P < 0.05$)。转相后,除躯体化因子评分外,其余因子评分依然高于常模($P < 0.05$)。转相前、后 SCL-90 各项目评分配对 *t* 检验显示,两组各因子评分差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 转相前后 SCL-90 评分与常模评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组 别	SCL-90 评分					
	总分	总均分	阳性项目平均分	躯体化	强迫状态	人际关系敏感
转相前	206.50 ± 54.53	2.30 ± 0.61	3.01 ± 0.52	1.85 ± 0.64	2.51 ± 0.83	2.51 ± 0.78
转相后	200.44 ± 70.47	2.23 ± 0.78	3.16 ± 0.89	1.69 ± 0.71	2.65 ± 1.03	2.44 ± 0.91
常模	129.96 ± 38.76	1.44 ± 0.43	2.60 ± 0.59	1.37 ± 0.48	1.62 ± 0.58	1.65 ± 0.51
<i>t</i> ₁	7.158	7.209	4.895	3.783	5.480	5.596
<i>P</i> ₁	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000
<i>t</i> ₂	4.000	4.016	2.511	1.808	4.014	3.465
<i>P</i> ₂	0.001	0.001	0.024	0.091	0.001	0.003
<i>t</i> ₃	0.313	0.323	-0.265	0.726	-0.494	0.255
<i>P</i> ₃	0.756	0.748	0.726	0.472	0.624	0.800

组 别	SCL-90 评分					
	抑郁	焦虑	敌对	恐怖	偏执	精神病性
转相前	2.69 ± 0.88	2.34 ± 0.88	2.56 ± 1.07	1.81 ± 0.72	2.19 ± 0.63	2.10 ± 0.67
转相后	2.29 ± 0.95	2.39 ± 0.96	2.60 ± 1.30	1.76 ± 0.71	2.36 ± 0.92	2.16 ± 0.98
常模	1.50 ± 0.59	1.39 ± 0.43	1.48 ± 0.56	1.23 ± 0.41	1.43 ± 0.57	1.29 ± 0.42
<i>t</i> ₁	6.888	5.524	5.116	4.105	6.219	6.175
<i>P</i> ₁	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
<i>t</i> ₂	3.340	4.145	3.462	3.038	4.063	3.537
<i>P</i> ₂	0.004	0.001	0.003	0.008	0.001	0.003
<i>t</i> ₃	1.375	-0.170	-0.128	0.177	-0.721	-0.206
<i>P</i> ₃	0.177	0.899	0.899	0.860	0.475	0.838

注: *P*₁ 转相前与常模比较, *P*₂ 转相后与常模比较, *P*₃ 转相前、后比较。

转相前 SCL-90 剖面图显示:剖面图波幅变化很大,“躯体化”、“恐怖”两项平均分低于 2 分,

“强迫状态”、“人际关系敏感”、“抑郁”、“焦虑”、“敌对”、“偏执”、“精神病性”及“其他”项目的平均

分均高于 2 分。“强迫状态”、“抑郁”、“敌对”等项目出现明显的高峰点。

转相后 SCL-90 剖型图显示:剖型图波幅变化很大,“躯体化”、“恐怖”两项平均分低于 2 分,“强迫状态”、“人际关系敏感”、“抑郁”、“焦虑”、“敌对”、“偏执”、“精神病性”及“其他”项目的平均分均高于 2 分。“强迫状态”、“抑郁”、“敌对”、“偏执”等项目出现明显的高峰点。

转相前、后 SCL-90 剖型图对比可见,除了转相前“抑郁”分值略高于转相后外,两组患者 SCL-90 其余各因子分上并无明显差异。见图 1。

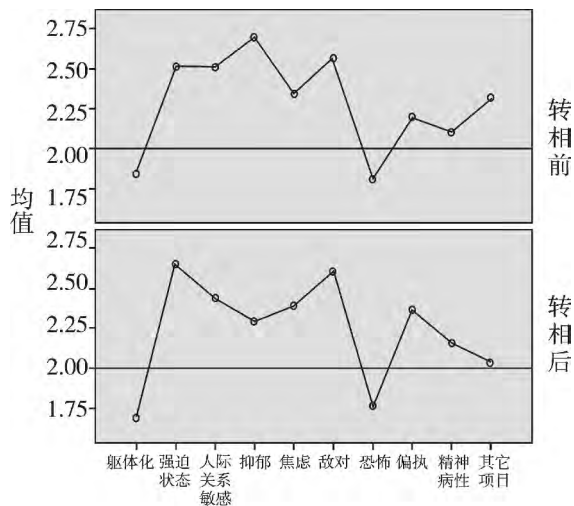


图 1 转相前、后 SCL-90 剖型图比较

2.2 MMPI 结果分析 将 MMPI 各临床量表:疑病(Hs)、抑郁(D)、癔症(Hy)、心理变态(Pd)、男性化-女性化(Mf)、偏执(Pa)、精神衰弱(Pt)、精神分裂(Sc)、轻躁症(Ma)、社会内向(Si)的原始评分换成标准化 T 分,并且以 60 分为划界分。各临床量表 T 分升高($T \geq 60$)出现频率最多的是 Pd、D、Pt,其次是 Hy、Hs。见表 2。

在原有 2 点编码型的基础上,本研究采用 3 点编码。即根据 MMPI 临床量表 1(Hs)、2(D)、3(Hy)、4(Pd)、5(Mf)、6(Pa)、7(Pt)、8(Sc)、9(Ma)及 0(Si) T 分升高所形成的高点组合而形成的编码型。患者在转相前三点编码型以 2-4-7 为最多,其次为 2-3-4、2-4-0、2-7-0、4-7-0,另外还有 1-2-4、1-3-4、2-4-6、2-4-8 等编码型。转相前 MMPI 剖型图显示:剖型图波幅变化很大,D、Pd、Pt 等临床量表评分出现明显的高峰点,Mf、Ma 低峰点;剖型图模式呈现为 2-4-7 模式。转相后三点编码型以 4-7-9 为最多,其次为 4-6-9、3-4-9,另外还有 1-4-9、4-6-7、4-8-9 等编码型。MMPI 剖型图显示:剖型图波幅变化很大,Pd、Pa、Ma 等临床量表评分出现明显的高峰点,D、Mf 为低峰点;剖型图模式呈现为 4-6-9 模式。

转相前、后 MMPI 评分项目进行配对 *t* 检验显示,两组患者 Hs、D、Hy、Pt、Ma、Si 项评分差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01)。见表 3。

表 2 转相前后 MMPI 结果比较

量表	次数(%)		量表	次数(%)	
	转相前	转相后		转相前	转相后
Hs	32(49.23)	20(32.79)	Pa	27(41.54)	26(42.61)
D	53(81.54)	10(16.39)	Pt	42(64.62)	28(45.90)
Hy	40(61.54)	23(37.70)	Sc	27(41.54)	22(36.06)
Pd	55(84.62)	52(85.25)	Ma	11(16.92)	34(55.74)
Mf	7(10.77)	4(6.56)	Si	27(41.54)	8(13.11)

表 3 转相前和转相后 MMPI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	转相前	转相后	<i>t</i>	<i>P</i>
说谎(L)	43.62 ± 8.19	43.45 ± 9.83	0.088	0.930
诈病(F)	55.87 ± 8.09	54.42 ± 10.11	0.767	0.448
校正量表(K)	48.67 ± 9.34	51.47 ± 10.04	-1.586	0.121
疑病(Hs)	59.80 ± 9.25	55.66 ± 9.01	2.278	0.028
抑郁(D)	71.44 ± 9.57	52.86 ± 9.55	9.540	0.000
癔症(Hy)	63.55 ± 9.31	59.43 ± 8.94	2.248	0.030
心理变态(Pd)	69.54 ± 8.81	69.22 ± 9.30	0.465	0.645
男性化-女性化(Mf)	47.44 ± 8.82	49.06 ± 7.44	-1.059	0.296
偏执(Pa)	58.97 ± 8.00	60.63 ± 9.86	-1.295	0.203
精神衰弱(Pt)	62.53 ± 9.42	57.05 ± 10.76	2.873	0.007
精神分裂(Sc)	57.84 ± 9.59	57.85 ± 9.31	-0.001	0.999
轻躁症(Ma)	51.91 ± 7.57	63.18 ± 8.66	-6.869	0.000
社会内向(Si)	58.86 ± 11.37	43.13 ± 12.63	5.752	0.000

将转相前、后 MMPI 剖型图对比显示, 两组患者 MMPI 测试结果的 3 个效度量表 L、F、K 评分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。Pd、Mf、Pa、Sc 评分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) ,D、Ma、Si 评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见图 2。

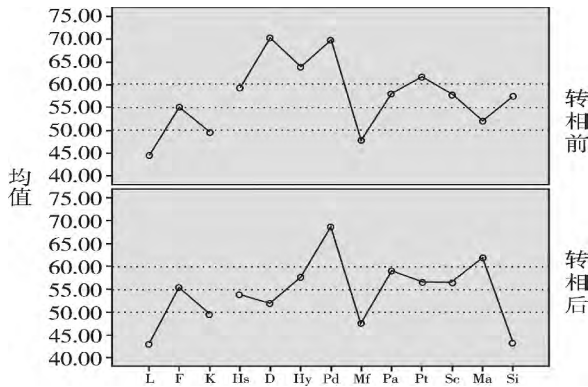


图 2 转相前后 MMPI 剖型图比较

3 讨 论

本次入组的患者,以强迫症状为主诉,诊断为 OCD 在抗强迫药物常规治疗的过程中部分患者却发生了明显躁狂症状,强迫症状持续存在双相障碍“时相”变化始终,可认定为双相障碍共病强迫障碍病例。特别是根据 DSM-5 的观点,该患者也可以诊断为双相障碍。

对于抗抑郁药物导致躁狂发作,特别是以抑郁首发的双相障碍更可以出现这种现象,国内外学者存在诸多争论, Akiskal 等^[3]将抗抑郁药物引起的转相现象称其为双相 III 型,如果用“抗抑郁药物引起躁狂”作为诊断双相障碍的标准,特异性 100%,敏感性 32%^[4],本研究中的 OCD 在治疗过程中出现了转躁,说明 OCD 不仅象抑郁发作那样可能会转躁,而且转躁的可能性还比较高。

国内有人提出“软双相”(soft bipolarity)的概念并建立了软双相建议性诊断标准^[5],有人称之为“双相谱系障碍”(bipolar spectrum disorder)^[6],可能会随着疾病的发展或某种特定的条件,如抗抑郁药物的应用,为它转相提供了适当的条件,于是,“软双相”就成为了地道的“硬双相”(hard bipolarity)^[7]。在 DSM-5 中,药源性躁狂作为诊断双相障碍的依据,并获得特有分型。本研究结果就是例证。

MMPI 和 SCL-90 全球广泛使用, SCL-90 可以从不同侧面测量当前情绪状态, MMPI 可以多维度反映出患者的人格特征,并且可以评定精神症状和严重程度, MMPI 结果与临床诊断的符合率多在 70.14%^[8]。国内纪术茂等^[11]提出双相障碍躁狂相

的 6-9、7-9 等二点编码型; 2-6、2-7 等模式提示患者可能具有强迫性人格障碍。在既往研究中,并没有提及到双相障碍共病强迫障碍的特殊编码型。为此我们进行的这项研究就是进行这方面的探讨。

由 SCL-90 结果可知,无论转相前还是转相后,“强迫状态”和“敌对”都呈现明显高峰点,“强迫状态”是强迫障碍的参考项,“敌对”一项呈现明显高峰点,提示情感障碍转相的可能性。MMPI 的临床量表转相前最多见的是 Pd、D、Pt,而转相后最常见的是 Pd、Ma、Pt。在 MMPI 三点编码型的分析中,转相前以 2-4-7 为最多,转相后以 4-7-9 为最多。转相前 D、Pd、Pt 等临床量表评分出现明显的高峰点, Mf、Ma 低峰点,而转相后 Pd、Pa、Ma 等临床量表评分出现明显的高峰点, D、Mf 为低峰点。转相前 D 为高峰, Ma 为低峰,而转相后 D 为低峰, Ma 为高峰,这符合抑郁相和躁狂相的变化。

双相障碍共病的患者其症状复杂多变,使临床诊断、治疗难度加大,需要临床医师采集病史尽量详细,抗抑郁药物使用中密切观察,合理使用心理测量工具。由于本次研究样本量较小,流程不尽完善,有待进一步大样研究。

参 考 文 献

- [1] Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) [J]. Am J Psychiatry, 2004, 161(12): 2222-2229.
- [2] Paul DL, Alsobrook JP, Goodman W, et al. A family study of obsessive compulsive disorder [J]. Am J Psychiatry, 1995, 152(1): 76-84.
- [3] Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, et al. Chatenet-Duchene L, Lancrenon S. Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II) [J]. J Affect Disord, 2003, 73(1-2): 65-74.
- [4] 金卫东, 陈炯, 邢葆平等. 抗抑郁药物引发转相的临床流行病学调查(1): 转相率及其在不同类型抑郁症中的差异 [J]. 药物流行病学杂志, 2005, 14(4): 217-219.
- [5] 金卫东, 陈炯, 邢葆平等. 软双相心境障碍建议性诊断标准的建立与评价 [J]. 中国行为医学科学杂志, 2007, 16(9): 801-803.
- [6] Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. “Cade’s disease” and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. [J]. Can J Psychiatry, 2002, 47(2): 125-134.
- [7] Ferrier IN, MacMillan IC, Young AH. The search for the wandering thymostat: a review of some developments in bipolar disorder research [J]. Br J Psychiatry, 2001, 178(Suppl 41): s103-s106.
- [8] 张琪, 陈德祥. MMPI 诊断与精神疾病临床诊断的一致性研究 [J]. 重庆医学, 2002, 31(11): 1092-1093.
- [9] 纪术茂, 戴郑生. 明尼苏达多相人格调查表最新研究与多类量表解释 [M]. 北京: 科学出版社, 2004: 20-30.

(收稿日期: 2015-01-20)