

# 精神障碍患者病史可信度的影响因素分析

黄志彪 李学武\* 刘 蕴 王 轶 李 毅 吴冬凌

(深圳市康宁医院 深圳市心理健康实验室 广东 深圳 518020)

\* 通信作者: 李学武, E-mail: lixwly@163.com

**【摘要】** 目的 研究精神障碍患者病史可信度的影响因素。方法 选取 2011 年 8 月 1 日 - 2013 年 5 月 30 日在深圳市康宁医院选取就诊编号尾数为双数的就诊患者及司法鉴定案例的病史提供者, 共入组 600 例确诊或疑似精神障碍患者的病史提供者, 依据提供病史的可信度及有效性分为不太可信、部分可信和基本可信组三组。由病史提供者完成简易精神症状自评量表 (SBPS) 并收集病史提供者对患者的了解程度、病前是否存在经济纠纷或利益冲突、反映病史时的表现等资料。结果 ①不太可信组鉴定案例多于门诊或住院患者 (78 例 vs. 23 例  $P < 0.01$ ) 三组病例来源的分布差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 59.5, P < 0.01$ ); ②不太可信、部分可信和基本可信组三组的 SBPS 总评分分别为 (13.98 ± 5.50) 分、(6.22 ± 5.70) 分和 (1.67 ± 1.60) 分, 差异有统计学意义 ( $F = 220.8, P < 0.01$ ); ③不太可信、部分可信和基本可信三组在病史提供者对被评定者的了解程度、病前是否存在经济纠纷或利益冲突、病史提供者在反映病史时的表现方面的各项临床表现差异均有统计学意义 ( $P$  均  $< 0.01$ )。结论 病例来源、对患者的了解程度、病前是否存在经济或利益纠纷、病史提供者在反映病史时的表现均可能影响病史提供的可信度, 不同可信度病史提供者的主观夸大精神症状及其夸大程度有所差异。

**【关键词】** 精神障碍; 病史; 可信度

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2016.04.013

## Analysis of factors influencing reliability of medical history in patients with mental disorder

HUANG Zhi-biao, LI Xue-wu\*, LIU Yun, WANG Yi, LI Yi, WU Dong-ling

(Shenzhen Kangning Hospital, Shenzhen Key Lab for Psychological Healthcare, Shenzhen 518020, China)

\* Corresponding author: LI Xue-wu, E-mail: lixwly@163.com

**【Abstract】 Objective** To explore factors influencing the reliability of medical history in patients with mental disorder. **Methods** A total of 600 participants (providers) who provided the medical history of patients (outpatient and hospitalized patients) and appraised cases from Shenzhen Kangning Hospital were included in the study. According to the reliability and validity of provided medical history, the providers were divided into three groups, including unreliable group, partially reliable group and reliable group. All providers were tested by Self-report scale of brief psychopathological symptoms (SBPS). Clinical features including the level of understanding of providers for the patients, whether there were economic disputes or conflicts of interest before their illness, the performance when participants provided the medical history of patients were collected. **Results** ①The appraised cases were more than outpatients and inpatients in unreliable group ( $P < 0.01$ ), the sources of case in three groups were different ( $\chi^2 = 59.5, P < 0.01$ ). ②There were significant differences among three groups in the total score of SBPS [(13.98 ± 5.50) vs. (6.22 ± 5.70) vs. (1.67 ± 1.60),  $F = 220.8, P < 0.01$ ]. ③The clinical features above-mentioned showed significantly differences among three groups ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** The different source of case and above clinical features may influence the reliability of medical history. The degree of camouflage among three groups are different.

**【Key words】** Mental disorder; Medical history; Reliability

医学临床实践中, 病史的完整性和准确性对疾病的诊断处理有很大影响, 也为随后对患者体格检查和各种诊断性检查的安排提供了最重要的依据<sup>[1]</sup>。精神障碍多数确切病因不明, 缺乏客观的生化诊断指标, 病史采集在精神障碍的诊断中尤为重要。由于精神障碍患者往往否认病史, 需由家属或知情者提供, 受主观因素如索赔而夸大病症、客观因素如与患者接触少或沟通不畅等或某些偏见的影

响, 病史有时可信度不够。因此, 本研究对可能影响病史可信度的因素进行分析和讨论。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

2011 年 8 月 1 日 - 2013 年 5 月 30 日在深圳市康宁医院精神科门诊和住院部及司法鉴定科中, 诊治或鉴定的确诊或疑似精神障碍者, 选取就诊编号

尾数为双数的就诊患者及司法鉴定案例,将这些确诊或疑似精神障碍者的病史提供者作为研究对象;由主治及以上资质的精神科医师经过询问病史、精神检查后,按照《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10)诊断标准对确诊或疑似精神障碍者进行医学诊断,并依据病史与精神检查的吻合程度确定病史提供者所反映病史的可信度,最终根据病史的可信度分为 3 个研究组。①不太可信组:精神检查所见与病史提供情况完全不相吻合,医学诊断与病史提供内容完全不符;②部分可信组:精神检查所见与病史提供情况部分吻合,医学诊断与病史提供内容部分相符;③基本可信组:精神检查所见与病史提供情况完全吻合,医学诊断与病史提供内容完全相符。病史提供者的入组标准为:①接受各类司法精神病鉴定、临床就诊的确诊或疑似精神障碍者的病史提供者;②病史提供者年龄 $\geq 18$ 岁,系有民事行为能力者,无精神障碍。本次研究共入组 600 例病史提供者,其中男性 313 例,女性 287 例;受教育程度:小学 95 例,初中 194 例,高中 222 例,大学 89 例;年龄 20~60 岁,平均(40.0 $\pm$ 11.5)岁。根据分组标准:不太可信组 101 例,部分可信组 312 例,基本可信组 187 例。三组病史提供者在性别、年龄、受教育程度及对应案例的疾病诊断方面差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。所有病史提供者均签署知情同意书。精神障碍病例来源:司法鉴定对象 300 例,门诊或住院患者 300 例;男性 361 例,女性 239 例;受教育程度:文盲 13 例,小学 107 例,初中 303 例,高中 147 例,大学及以上 30 例;婚姻状况:未婚 253 例,已婚 346 例,缺失 1 例。病例的诊断分类包括:器质性认知功能障碍(F00-F05)95 例,器质性精神病性障碍(F06)90 例,脑外伤后综合症(F07)15 例,精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍、心境障碍(F20-F29、F30-F39)321 例,神经症性、应激相关的及躯体形式障碍、伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征(F40-F48、F50-F59)44 例,成人人格与行为障碍(F60-F69)9 例,一般心理问题或无精神病 26 例。

## 1.2 方法

所有入组的病史提供者除需对患者或被鉴定人当前精神障碍现病史进行介绍外,还要完成简易精神症状自陈量表(Self-report scale of brief psychopathological symptoms, SBPS),作为确诊或疑似精神障碍者精神障碍病史的补充。该量表由黄志彪等<sup>[2]</sup>编制,主要用于评价被试有无主观夸大精神症

状及其夸大程度,即伪装精神症状量表,该量表依据总评分判定结果,总评分 $<13$ 分为“无伪装精神症状”, $13 \leq$ 总评分 $\leq 18$ 分为“伪装可能性大”,总评分 $>18$ 分为“肯定伪装精神症状”。精神科主治及以上资质医师在病史采集中还需收集以下临床特征资料:①病史提供者对被评定者的了解程度,如与被评定者的关系、与被评定者的接触情况、对被评定者的了解和相处时间、对被评定者的关心程度;②病前是否存在经济纠纷或利益冲突,包括是否存在经济或利益纠纷、是否与对方发生经济或利益冲突、反映病史中是否提出与诊治无关的利益要求;③反映病史时的表现,包括反映的病史和病症是否客观、是否能举出具体实例、与精神检查所见是否吻合、是否有前后矛盾、能否自然讲述患者的异常表现、言谈是否自然流畅、是否有回避行为。上述临床特点中的每个项目均采用 3 级评分,每个项目的分级方法不尽相同,根据对病史可信度的影响程度,将上述各因素由强到弱依次分成 0、1、2 三个等级,每个项目评分越低,表明病史的可信度越差。

## 1.3 统计方法

采用 SPSS19.0 进行统计分析,对不同来源及不同诊断类型精神障碍患者的病史可信度分析、三组间临床特点比较采用 $\chi^2$ 检验,三组间 SBPS 总评分比较采用方差分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

## 2 结 果

### 2.1 三组病例来源的分布

结果显示,不太可信组中的鉴定案例多于门诊或住院患者,两组差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。三组病例来源的分布差异有统计学意义( $\chi^2 = 59.5$ ,  $P < 0.01$ )。见表 1。

表 1 三组病例来源的分布

组 别	病例来源 [n(%) ]	
	鉴定案例	门诊或住院案例
不太可信 (n = 101)	78 (77.2%)	23 (22.8%) <sup>a</sup>
部分可信 (n = 312)	165 (52.9%)	147 (47.1%)
基本可信 (n = 187)	57 (30.5%)	130 (69.5%)

注:与鉴定案例比较,<sup>a</sup> $P < 0.01$

### 2.2 不同诊断类型精神障碍患者病史可信度分析

不同类型精神障碍患者的病史可信度比较差异有统计学意义( $\chi^2 = 150.7$ ,  $P < 0.01$ ),病史可信度

为“基本可信”比例较高的是功能性重性精神障碍和器质性认知功能障碍患者。见表 2。

总评分分别为( 13.98 ± 5.50) 分、( 6.22 ± 5.70) 分和( 1.67 ± 1.60) 分, 差异有统计学意义(  $F = 220.8$ ,  $P < 0.01$ ); 两两比较结果显示, 每两组比较差异有统计学意义(  $P$  均  $< 0.01$  )。三组的 SBPS 定性结果分布差异有统计学意义(  $\chi^2 = 204.8$ ,  $P < 0.01$  )。见表 3。

### 2.3 三组 SBPS 评分及结果比较

不太可信、部分可信和基本可信组三组的 SBPS

表 2 不同诊断类型精神障碍患者病史可信度分析

诊断类型	例 数( %)			
	病史可信度:	不太可信	部分可信	基本可信
器质性认知功能障碍( $n = 95$ )		10( 10.5% )	52( 54.7% )	33( 34.7% )
器质性精神病性障碍( $n = 90$ )		25( 27.8% )	45( 50.0% )	20( 22.2% )
脑外伤后综合征( $n = 15$ )		4( 26.7% )	10( 66.7% )	1( 6.7% )
功能性重性精神障碍( $n = 321$ )		25( 7.8% )	171( 53.3% )	125( 38.9% )
神经症等轻性精神障碍( $n = 53$ )		13( 24.5% )	32( 60.4% )	8( 15.1% )
一般心理问题或无精神病( $n = 26$ )		24( 92.3% )	2( 7.7% )	0( 0.0% )

表 3 三组 SBPS 评分结果比较

组 别	例 数( %)			
	SBPS 评分结果:	无伪装精神症状	伪装可能性大	肯定伪装精神症状
不太可信组( $n = 101$ )		37( 36.6% )	37( 36.6% )	27( 26.7% )
部分可信组( $n = 312$ )		254( 81.4% )	55( 17.6% )	3( 1.0% )
基本可信组( $n = 187$ )		186( 99.5% )	1( 0.5% )	0( 0.0% )

### 2.4 三组临床特点分析

$\chi^2$  检验结果显示, 不太可信、部分可信和基本可信三组在病史提供者对被评定者的了解程度、病

前是否存在经济纠纷或利益冲突、病史提供者在反映病史时的表现方面的各项临床特征差异均有统计学意义(  $P$  均  $< 0.01$  )。见表 4、表 5、表 6。

表 4 三组病史提供者对被评定者的了解程度比较

对被评定者的了解程度		例 数( %)				$\chi^2$	$P$
		病史可信度:	不太可信组	部分可信组	基本可信组		
与被评定者的关系	一般朋友或远方亲戚		15( 14.9% )	22( 7.1% )	1( 0.5% )	29.0	$< 0.01$
	关系密切的朋友、同事或旁系亲属		24( 23.8% )	116( 37.2% )	59( 31.6% )		
	直系亲属或配偶		62( 61.4% )	174( 55.8% )	127( 67.9% )		
与被评定者的接触情况	基本没有接触		45( 44.6% )	57( 18.3% )	2( 1.1% )	283.3	$< 0.01$
	经常见面		49( 48.5% )	178( 57.1% )	20( 10.7% )		
	一起居住、生活		7( 6.9% )	77( 24.7% )	165( 88.2% )		

续表 4:

对被评定者的了解和相处时间	几乎没有交流	40(39.6%)	57(18.3%)	0(0.0%)	291.0	<0.01
	大致了解其生活状况、但不详尽	53(52.5%)	200(64.1%)	30(16.0%)		
	清楚知道其日常起居、社会交往等细节	8(7.9%)	55(17.6%)	157(84.0%)		
对被评定者的关心程度	不关心,对被评定者状态无所谓	38(37.6%)	90(28.8%)	5(2.7%)	232.5	<0.01
	关心被评定者,但较少有实质上的关心	56(55.4%)	167(53.5%)	37(19.8%)		
	关注被评定者的状态,并愿为其付出	7(6.9%)	55(17.6%)	145(77.5%)		

表 5 三组病前是否存在经济纠纷、冲突的比较

是否存在经济纠纷或利益冲突		例 数(%)			$\chi^2$	P	
		病史可信度:	不太可信组	部分可信组			基本可信组
是否存在经济或利益纠纷	明确的经济或利益纠纷		33(32.7%)	49(15.7%)	8(4.3%)	154.2	<0.01
	存在潜在的经济或利益纠纷		63(62.4%)	129(41.3%)	31(16.6%)		
	无经济或利益纠纷		5(5.0%)	134(42.9%)	148(79.1%)		
是否与对方发生经济或利益冲突	明确经济或利益冲突		40(39.6%)	31(9.9%)	2(1.1%)	236.49	<0.01
	发生了一定的经济或利益冲突		54(53.5%)	131(42.0%)	12(6.4%)		
	未发生经济或利益冲突		7(6.9%)	150(48.1%)	173(92.5%)		
反映病史中是否提出与诊治无关的利益要求	反复倾诉生活、家庭困境,希望获得同情		29(28.7%)	30(9.6%)	1(0.5%)	200.4	<0.01
	有时流露出想获得某些利益或更多利益		68(67.3%)	135(43.3%)	23(12.3%)		
	不讲述利益问题		4(4.0%)	147(47.1%)	163(87.2%)		

表 6 三组病史提供者反映病史时的表现比较

反映病史时的表现		例 数(%)			$\chi^2$	P	
		病史可信度:	不太可信组	部分可信组			基本可信组
反映病史是否客观	总有主观臆测,不客观		50(49.5%)	23(7.4%)	0(0.0%)	402.9	<0.01
	部分内容不客观		49(48.5%)	202(64.7%)	11(5.9%)		
	客观		2(2.0%)	87(27.9%)	176(94.1%)		

续表 6:

讲述被评定者的症状时,是否能举出具体实例	不能讲出任何实例,胡乱编造	55(54.5%)	17(5.4%)	0(0.0%)		
	能讲述某些实例,但不够具体或不够全面	42(41.6%)	224(71.8%)	16(8.6%)	460.7	<0.01
	具体、全面讲述实例	4(4.0%)	71(22.8%)	171(91.4%)		
反映情况与精神检查所见是否吻合	完全不吻合	52(51.5%)	20(6.4%)	0(0.0%)		
	部分吻合,有部分夸大	46(45.5%)	192(61.5%)	5(2.7%)	418.2	<0.01
	表现吻合一致	3(3.0%)	100(32.1%)	182(97.3%)		
提供的病史是否前后矛盾	诸多前后不一致的内容	56(55.4%)	24(7.7%)	0(0.0%)		
	某些内容不一致	41(40.6%)	116(37.2%)	3(1.6%)	331.1	<0.01
	无前后矛盾	4(4.0%)	172(55.1%)	184(98.4%)		
能否自然讲述患者的异常表现	引导下也无法具体说出异常表现	54(53.5%)	19(6.1%)	0(0.0%)		
	引导下能大致讲述部分症状	44(43.6%)	174(55.8%)	16(8.6%)	361.6	<0.01
	不需引导能详尽讲述异常表现	3(3.0%)	119(38.1%)	171(91.4%)		
反映病症时言谈是否自然、流畅	吞吞吐吐	52(51.5%)	30(9.6%)	0(%)		
	有时显得含糊、不自然	46(45.5%)	98(31.4%)	2(1.1%)	300.1	<0.01
	交谈流畅、自然	3(3.0%)	184(59.0%)	185(98.9%)		
反映情况时是否有回避行为	躲避对视,回避提问	53(52.5%)	25(8.0%)	0(0.0%)		
	有时回避对视或回避提问	45(44.6%)	98(31.4%)	0(0.0%)	320.1	<0.01
	无回避对视	3(3.0%)	189(60.6%)	187(100.0%)		

### 3 讨 论

陈文彬等<sup>[1]</sup>提出:诊断学的内容包括病史采集、症状和体征、体格检查、实验室检查、辅助检查五个部分,许多疾病经过详细的病史采集,配合系统的体格检查,即可做出初步诊断,精神障碍的诊断也可如此。全面、准确、系统的病史是精神障碍正确诊断的基础,鉴于精神科诊断的特殊性,病史的收集显得尤为重要,病史的准确性可直接影响疾病的诊断,失真的病史往往会导致误诊<sup>[3-6]</sup>。然而在精神专科的临床实践中,由于病史提供者缺乏精神病专业知识,接触患者也可能较为局限,常常不能提供可靠的病史内容,影响最终的医学诊断结果,因此,精神专科的多种教科书中,在采集病史时也要求对病史资料的可靠性给予评估<sup>[7-8]</sup>,但评估较为简单。而当患者涉及医疗纠纷、司法鉴定时,病史提供者常会有意隐瞒或夸大病史,这时对于病史进行可靠性的鉴别必不可少,而有关该方面的文献国内外均少有报道。

本研究结果显示:不太可信组中的鉴定案例多于门诊或住院患者,两组差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),三组病例来源的分布差异有统计学意义( $\chi^2 = 59.5, P < 0.01$ ),这可能是因为进行司法鉴定的案例与门诊或住院患者的目的不同。通过对不太可信、部分可信、基本可信三组病例的临床特征分析,发现功能性重性精神障碍和器质性认知功能障碍患者的病史提供可信度较好,可能是由于这些患者的病情常易于识别,其他精神障碍患者的诊断则更多要依靠精神检查中患者的主诉和体验来确定最终诊断,因此在临床工作中对可能罹患轻度神经症者的病史需要注意其病史提供的可靠性。此外,当存在下列情形时需要对其病史的可信度进行评估:①病史提供者与患者不甚了解、接触较少或相处时间不长;②患者在病前与他人(方)存在经济纠纷,并导致明显利益冲突;③病史提供者在反映病史时,存在反映病症不客观、常不能举出具体实例、有前后矛盾、与精神检查所见完全不吻合或者在反映病史

时存在回避行为、不自然、支支吾吾等。这与既往识别伪装或赔偿性神经症的结果基本一致<sup>[9-13]</sup>。而从用于评定伪装精神病的 SBPS 结果可以看出,病史提供者在反映病史时,常常会因夸大精神症状而导致所提供的病史可采信程度或有效性减低,导致病史可信度不高。当然,除部分故意浮夸的因素外,对精神病理症状的不了解或者对患者症状的过度反应也可能导致该结果。

本研究中样本的入组有些局限,研究内容多局限于病前是否存在经济或利益冲突,在提供病史时能否具体描述及有无做作性或夸大性言语等伪装相关内容的评估,在今后的研究中还需要扩大入组范围,并探讨其他可能因素对病史可靠性的影响。

## 参考文献

- [1] 陈文彬,潘祥林. 诊断学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2006: 1.
- [2] 黄志彪,高北陵,吴冬凌,等. 简易精神症状自陈量表的信度和效度[J]. 中国临床心理学杂志, 2007, 15(3): 227-229.
- [3] 杨世昌. 精神疾病的误诊[J]. 四川精神卫生, 2015, 28(6): 545-546.
- [4] 陈福新,杨银,董维琼,等. 心境障碍误诊为癔症 36 例分析[J]. 四川精神卫生, 2011, 24(3): 175.
- [5] 盛民生,宋百丽,胡军. 器质性精神障碍误诊 56 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(21): 5166.
- [6] 刘显阳,赵聪源. 癫痫所致精神障碍误诊一例[J]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2012, 6(20): 6615-6616.
- [7] 沈渔邨. 精神病学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社, 2009: 182-183.
- [8] 郝伟. 精神病学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 41-42.
- [9] 高北陵,刘仁刚,李映萍,等. 必选数字记忆测验对伪装记忆损伤的鉴别作用[J]. 中国临床心理学杂志, 2001, 9(4): 244-247.
- [10] 高北陵. 赔偿性颅脑外伤患者伪装智力低下的评估[J]. 中国临床心理学杂志, 2001, 9(3): 233-236.
- [11] 李学武,高北陵,吴冬凌,等. 赔偿性神经症评定量表的编制与信效度分析[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(1): 85-88.
- [12] Rogers R, Sewell KW, Martin MA, et al. Detection of feigned mental disorder: a meta-analysis of the MMPI-2 and malingering [J]. Assessment, 2003, 10(2): 160-177.
- [13] 王轶,高北陵,李学武,等. 精神障碍病史可信度评定量表的编制与信效度检验[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2013, 22(10): 946-948.

(收稿日期: 2016-01-08)

(本文编辑: 唐雪莉)