神经病学 DOI:10.13406/j.cnki.cyxb.001087

躯体化障碍患者疾病认知与D型人格的关系

孙伟铭[1],董香丽[2],邹 卿[2],于国华[1],袁也丰[2],楼 青[2]
（南昌大学第一附属医院 1. 康复医学科;2. 心身医学科，南昌 330006）

【摘 要】**目的**:探讨躯体化障碍患者的疾病认知状况及与D型人格的关系。**方法**:采用方便取样法,对2015年1月至2016年5月期间就诊于南昌大学第一附属医院的118名躯体化障碍患者进行简易版疾病认知问卷(the brief illness perceptions questionnaire,B-IPQ)、D型人格问卷(type D personality scale,DS14)和一般资料调查表的测评与分析。**结果**:D型人格与非D型人格躯体化障碍患者在疾病认知的各个维度均存在显著差异。DS14总分及消极情感(negative affectivity,NA)、社会抑制(social inhibition,SI)两因子与B-IPQ总分、影响、时程、鉴别、关注、情绪等维度相关系数为0.188~0.583,呈正相关(均 $P<0.05$);与个人控制、治疗控制、理解3个维度相关系数为-0.311~-0.201,呈显著负相关(均 $P<0.05$)。**结论**:躯体化障碍疾病认知总体较差,D型人格患者拥有独特的疾病信念,两者间存在明显关系。

【关键词】躯体化障碍;疾病认知;D型人格
【中图分类号】R395 【文献标志码】A 【收稿日期】2016-06-19

作者介绍:孙伟铭,Email:sunweiming08@126.com,
研究方向:心理康复。

基金项目:江西省卫生计生委科技计划资助项目(编号:20155143)。
优先出版:http://www.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20161215.1150.040.html
(2016-12-15)

高有一定相关性,同时显著提高患者日常生活能力。TOT训练形式通过动作分解方式降低任务难度,有效提高康复成果,改善肌力,避免肢体萎缩。TOT训练模式避免患者盲目训练,本文训练过程中配合不断热敷、按摩等刺激方法更可提高肢体远端功能的恢复,增加对神经网络的刺激程度,提高预后效果。汤清平等研究也证实反复刺激联合TOT的效果[12]。TOT训练模式将训练与生活紧密相连,将训练任务运用于生活中,不断诱导患者运动主动性,促进患肢运动功能的修复,对康复训练有显著的指导价值。

参 考 文 献

[1] 张大威,叶祥明,林 坚,等. 下肢任务导向性训练对慢性期脑卒中患者步行能力的影响[J].中国康复医学杂志,2011,26(8):769-770.

[2] 张海容.康复护理干预对脑卒中患者日常生活活动的影响[J]. 实用临床医学,2011,12(1):108-109.

[3] 李卫卫,金 娟,周 莉,等. 任务导向性训练对康复科脑卒中患者自理能力的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,21(3):36-38.

[4] 韩志强. 下肢肌力并协调能力训练对老年人骨骼肌含量及运动功能的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(6):1471-1475.

[5] 郭丽云,田泽丽,王潞萍. 任务导向性训练结合肌力训练对脑卒中后遗症期偏瘫患者运动功能的影响[J]. 中国康复医学杂志,2013,28(7):642-645.

[6] Wu HC,Lin YC,Hsu MJ,et al. Effect of thermal stimulation on upper extremity motor recovery 3 months after stroke[J]. Stroke,2010,41(10):2378-2380.

[7] 郭瑞青. 老年花式舞蹈联合肌力训练对老年人行走能力的影响[J]. 中国老年学杂志,2014,34(23):6777-6779.

[8] 张大威,叶祥明,林 坚,等.下肢任务导向性训练对慢性期脑卒中患者步行能力的影响[J]. 中国康复医学杂志,2011,26(8):768-770.

[9] 任惠明,袁 海,王小同,等. 脑的可塑性与卒中后运动功能康复相关研究的Meta分析[J]. 中国康复医学杂志,2011,26(2):182-184.

[10] 王 艳,唐 强,朱路文,等. 任务导向性训练对局灶性脑梗死大鼠前肢运动功能及缺血区突触素和生长相关蛋白-43表达的影响[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(4):319-323.

[11] 刘 玲,严会荣,陈 祢,等. 任务导向结合肌力训练对脑卒中后遗症患者下肢偏瘫的影响[J]. 新疆医科大学学报,2014,37(11):1484-1486.

[12] 汤清平,詹海兰,欧阳春红,等. 采用任务导向性训练及反复刺激治疗严重上肢瘫痪患者[J]. 中国现代医学杂志,2011,21(19):2305-2308.

（责任编辑:张辉洁）

Correlation between illness perception and type D personality in patients with somatization disorder

Sun Weiming[1], *Dong Xiangli*[2], *Zou Qing*[2], *Yu Guohua*[1], *Yuan Yefeng*[2], *Lou Qing*[2]

(*1. Department of Rehabilitation; 2. Department of Psychosomatic, the First Affiliated Hospital of Nanchang University*)

【Abstract】***Objectives***: To determine the relationship between illness beliefs and type D personality in patients with somatization disorder (SD). ***Methods***: One hundred and eighteen SD patients participated. Patients were assessed on demographic variables and completed the brief illness perceptions questionnaire (B-IPQ) and type D personality scale (DS14). ***Results***: Multivariate analysis of variance revealed that type D patients were significantly different from non-Type D patients in every illness perception dimension. DS14 scores, negative affectivity, social inhibition were positively associated with consequences, timeline, identity, concern, and emotions, meanwhile, negatively associated with personal control and treatment control, comprehensibility. ***Conclusion***: Type D individuals possess a distinct profile of illness perception.

【Key words】somatization disorder; illness perception; type D personality

疾病认知（illness perception，IP）是个体对所患疾病的认识、评价和解释[1]。躯体化障碍（somatoform disorder，SD）是临床常见的功能性疾病，患者存在不同种类和程度的躯体不适症状[2]，反复就诊并要求医学检查与治疗，但各种阴性报告和医师的解释均不能打消他们对所患疾病的疑虑和不良认识，该群体的疾病认知状况甚为堪忧，提高该患者群体疾病认知水平已成为亟待解决的问题。Batselé 等[3]发现人格特质可通过个体如何看待自己疾病而影响疾病预后进程。D 型人格被认为是一种“消极”特质，个体拥有独特的健康信念且对疾病预后有不良影响[4]。本研究旨在探索 SD 患者的疾病认知水平及与 D 型人格的关系，为 SD 患者群体的综合康复提供心理学依据。

1 对象与方法

1.1 对象

采用方便取样法，收集 2015 年 1 月至 2016 年 5 月在南昌大学第一附属医院就诊的 SD 患者。纳入标准：①自愿参加调查并签署知情同意书；②符合《国际疾病分类》第十版（ICD10）中 F45.0“躯体化障碍”的诊断标准，并被 2 名精神医学科医师诊断为躯体化障碍者；③可与研究人员有效沟通；④年龄为 18~70 岁。排除标准：①合并焦虑症、心境障碍、精神分裂症、认知功能障碍等精神疾病；②伴有影响问卷调查的听力、视力等躯体疾病；③合并严重心脑血管疾病、肝肾功能不全等疾病。

1.2 研究方法

1.2.1 调查方法 在知情同意的基础上，由经培训并考察合格的调查员采用统一的指导语，让研究对象在指定时间匿名完成问卷。对于文化程度较低者，调查员当面逐条对他们讲解，然后按照统一标准代为填写。问卷当场回收、核查。

1.2.2 调查工具 ①简易版疾病认知问卷（the brief illness perception，B-IPQ）。由 Broadbent 等[5]编制，可用于评价不同疾病患者对所患疾病的认知。包括影响、时程、个人控制、治疗控制、症状鉴别、关注、理解、情绪反应和病因 9 个条目。前 8 个条目均采用 0~10 级的 11 点 Likert 评分法，条目 9 为开放性问题，由受测者列出 3 个自认为最重要的致病因素条目。3、4、7 项反向计分后累加 8 个条目得分即为问卷总分[1]。②D 型人格问卷（DS14）。由 Denollet[6]编制，用于 D 型人格的筛查，含 14 条目 2 维度，即社会抑制（social inhibition，SI）和消极情感（negative affectivity，NA）。各条目按符合程度行 0~4 级的 5 点 Likert 评分，其中：第 1 和 3 项反向计分，其余 12 项正向计分。NA 和 SI 得分同时≥10 时可确定为 D 型人格。③一般情况调查表。包括受试者的性别、年龄、受教育程度、婚姻状况、居住地、职业等信息。

1.3 统计方法

数据经交叉核实后采用 SPSS 17.0 统计软件进行统计分析。计量资料采用均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，计数资料采用构成比表示。计量资料采用两独立样本 t 检验，计数资料采用卡方检验，D 型人格与疾病认知采用 Pearson 相关分析。检验水准 α=0.05。

2 结 果

2.1 人口学特征

共发放调查问卷 140 份，回收有效问卷 118 份，有效应答率为 84.29%。具体为：年龄范围在 18~70 岁，平均年龄（37.78 ± 5.04）岁；病程 0.60~9.10 年，平均病程（2.58 ± 0.49）年。其中，男性 40 人，占 33.90%；女性 78 人，占 66.10%。城市居民 55 人，占 46.61%；农村居民 63 人，占 53.39%。文盲 18

表 1 D 型与非 D 型人格 SD 患者的人口学特征差异

Tab.1 Comparison on demographic data between type D and no-type D personality in patients with SD

因素	分类	D型人格（n=49）		非 D 型人格（n=69）		χ^2 值	P 值
		人数	百分比（%）	人数	百分比（%）		
性别	男	17	34.69	23	33.33	0.024	0.878
	女	32	65.31	46	66.67		
居住地	城市	22	44.90	33	47.83	0.099	0.753
	农村	27	55.10	36	52.17		
受教育程度	文盲	6	12.24	12	17.39	1.317	0.858
	小学	13	26.53	16	23.19		
	初中	11	22.45	19	27.54		
	高中 / 中专	11	22.45	13	18.84		
	大学及以上	8	16.33	9	13.04		
婚姻状况	未婚	4	8.16	14	20.29	6.636	0.156
	已婚	27	55.11	41	59.42		
	离婚	8	16.33	8	11.59		
	丧偶	5	10.20	4	5.80		
	其他	5	10.20	2	2.90		
职业	工人	9	18.37	27	39.13	6.053	0.195
	农民	19	38.78	20	28.99		
	干部	11	22.45	13	18.84		
	学生	7	14.28	6	8.69		
	其他	3	6.12	3	4.35		

人，占 15.25%；小学 29 人，占 24.58%；初中 30 人，占25.42%；高中 24 人，占 20.34%；大学及以上 17 人，占 14.41%。未婚 18 人，占 15.25%；已婚 68 人，占 57.63%；离婚 16 人，占 13.56%；丧偶 9 人，占 7.63%；其他 7 人，占 5.93%。工人 36 人，占 30.51%；农民 39 人，占 33.05% ；干部 24 人，占20.34%；学生 13 人，占 11.02%；其他 6 人，占 5.08%。D 型与非 D 型人格 SD 患者的人口学特征差异均无统计学意义（均 P>0.05），见表1。

2.2 D 型人格检出和 DS14 问卷得分

118 例 SD 患者中，D 型人格检出 49 人（41.53%）；DS14 总分（25.730 ± 7.541）分，NA 维度得分（13.790 ± 4.630）分，SI 维度得分（11.940 ± 4.696）分。

2.3 D 型与非 D 型人格 SD 患者疾病认知的差异

118 例 SD 患者的 B-IPQ 总分（45.031 ± 10.118）分。各维度得分：影响（6.362 ± 2.370）分，时程（6.191 ± 2.393）分，个人控制（4.742 ± 1.967）分，治疗控制（6.661 ± 2.068）分，鉴别（6.212 ± 1.792）分，关注（6.932 ± 2.345）分，理解（4.860 ± 1.601）分，情绪（5.612 ± 1.908）分。

独立样本 t 检验结果显示：D 型与非 D 型人格 SD 患者在 B-IPQ 总分及各维度均存在统计学差异（均 P<0.05）。见表 2。

2.4 D 型人格与疾病认知的相关性

Pearson 相关分析提示，DS14 总分及 NA、SI 两因子与 B-IPQ 总分、影响、时程、鉴别、关注、情绪等维度相关系数为 0.188~0.583，呈正相关（均 P<0.05）；与个人控制、治疗控制、理解 3 个维度相关系数为 -0.311~-0.201，呈负相关（均 P<0.05）。见表 3。

表 2 D 型与非 D 型人格 SD 患者的疾病认知差异

Tab.2 Difference of illness perception between type D and no-type D personality in patients with SD

项目	D型人格（n=49）	非 D 型人格（n=69）	t 值	P 值
影响	7.571 ± 1.990	5.490 ± 2.247	26.932	0.000
时程	7.182 ± 2.007	5.482 ± 2.405	16.480	0.000
个人控制	4.103 ± 1.874	5.191 ± 1.920	9.361	0.003
治疗控制	6.084 ± 2.244	7.073 ± 1.842	6.909	0.010
鉴别	6.943 ± 1.345	5.702 ± 1.897	15.498	0.000
关注	7.454 ± 1.937	6.571 ± 2.546	4.180	0.043
理解	4.413 ± 1.039	5.190 ± 1.841	7.165	0.009
情绪	6.103 ± 1.982	5.261 ± 1.788	5.795	0.018
总分	50.653 ± 7.598	41.042 ± 9.823	32.889	0.000

3 讨 论

本研究结果显示，SD 患者疾病认知情况总体较差，在个人控制和理解方面得分较低，疾病影响、病程、可控性、理解、关注、鉴别和情绪等维度得分较高，调查结果与余南岚等[7]对斑秃患者群体的调查结果相似，提示 SD 给患者生活和情绪带来较大的影响；患者对 SD 关注较多、综合理解比较差，认为 SD 病程较长，通过自身的努力和控制对疾病预后作

表 3 D 型人格与疾病认知的相关性

Tab.3 Relationship between type D personality and illness perception

D型人格	影响	时程	个人控制	治疗控制	鉴别	关注	理解	情绪	B-IPQ总分
NA	0.435[b]	0.377[b]	−0.303[b]	−0.215[a]	0.398[b]	0.304[b]	−0.263[b]	0.272[b]	0.528[b]
SI	0.377[b]	0.261[b]	−0.201[a]	−0.277[b]	0.314[b]	0.188[a]	−0.202[a]	0.207[a]	0.416[b]
DS14总分	0.502[b]	0.394[b]	−0.311[b]	−0.304[b]	0.440[b]	0.304[b]	−0.288[b]	0.296[b]	0.583[b]

注：a 表示 $P<0.05$；b 表示 $P<0.01$

用不大，相比之下药物治疗效果相对更佳。究其原因，可能与 SD“有症状无体征”等疾病特点导致患者对疾病认识和了解不足有关。罗兴伟[8]以疾病认知为内容导向对慢性乙肝患者群体开展了的系列健康教育，患者的病情和生活质量均有明显改善，这为后续临床工作提供了思路。

Williams 等[9]对心肌梗死患者的调查发现，疾病认知与 D 型人格存在相关性，本研究在 SD 患者群体中再次证实该结论。独立样本 t 检验分析表明，D 型人格患者在影响、病程、治疗控制、情绪、鉴别和关注等 8 个维度得分均高于非 D 型人格者；在理解和个人控制 2 个维度的得分均低于非 D 型人格患者。Pearson 相关分析显示，D 型人格与影响、情绪、时程、鉴别、关注等 6 个维度呈正相关关系；与个人控制、治疗控制、理解等维度呈负相关关系。具体表现为：D 型人格患者更关心自己的病情；对 SD 更不理解，经历着更多的自认为由 SD 引起的症状、合并症和负性情绪体验；认为自己的病情持续时间更久、有更严重的后果；通过本人和临床治疗对疾病控制效果更差。

Aujla等[10]曾提出疾病常识模式（common sense model，CSM），该理念强调应该从患者自身的认知层面看待疾病，认为患者会依据对疾病的感知形成不同的应对策略，导致间接或直接影响疾病的预后。D 型人格作为是一种独立的心理危险因素影响 SD 的发生发展，临床诊疗中应当继续加以关注。本调查 D 型人格检出率为 41.53%，与课题组前期研究[4]结果一致。D 型人格通常被称为“忧伤人格”，该人格类型个体长期经历焦虑、忧伤、愤怒等无时间、情境稳定性的负性情感，多以消极心态看待周边事物[11]；在社会交往中常常会因担心不被认同和被拒绝而压抑自己的真实内心[12]，表现出消极情感，进而可能会影响患者对所患疾病的感知、评价与应对方式的选择；他们若患病，对疾病和接受治疗的认知程度往往更差，可能会降低生活质量，增加心理负担，影响其自我管理和康复依从性，这无疑给患者、整个家庭甚至整个社会带来疾病负担。

综上所述，本研究首次系统报道了 SD 患者的疾病认知状况，并呈现了其与 D 型人格的定量关系。疾病认知作为一种解释 D 型人格与疾病不良预后间关系的可能机制为大家呈现了一个新思路，后续研究将尝试通过针对干预患者的疾病认知而达到改善疾病转归的临床效果。

参 考 文 献

[1] 孙伟铭，楼 青，袁也丰，等. 简易版疾病认知问卷中文版在躯体化障碍患者中的应用[J]. 重庆医科大学学报，2015，40(8)：1138-1142.

[2] 刘 薇. 躯体形式障碍[M]. 北京：人民卫生出版社，2009：63-67.

[3] Batselé E，Denollet J，Lussier A，et al. Type D personality：application of DS14 French version in general and clinical populations[J]. J Health Psychol，2016：1359105315624499.

[4] 孙伟铭，袁也丰，董香丽，等. 躯体化障碍患者 D 型人格与焦虑抑郁情绪的关系分析[J].现代预防医学，2015，42(17)：3179-3181.

[5] Broadbent E，Wilkes C，Koschwanez H，et al. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire[J]. Psychol Health，2015，30(11)：1361-1385.

[6] Denollet J. DS14：standard assessment of negative affectivity，social inhibition，and type D personality[J]. Psychosomatic Med，2005，67(1)：89-97.

[7] 余南岚，谭 欢，杨希川. 斑秃患者疾病认知状况的初步研究[J]. 实用皮肤病学杂志，2015，8(4)：245-248.

[8] 罗兴伟. 慢性乙肝患者和配偶的疾病认知干预对患者生活质量及病情的影响[D]. 长沙：中南大学，2010.

[9] Williams L，O'Connor RC，Grubb NR，et al. Type D personality and illness perceptions in myocardial infarction patients[J]. J Psychosom Res，2011，70(2)：141-144.

[10] Aujla N，Walker M，Sprigg N，et al. Can illness beliefs，from the common-sense model，prospectively predict adherence to self-management behaviours?A systematic review and meta-analysis[J]. Psychol Health，2016，31(8)：931-958.

[11] 钟明天，蚁金瑶，凌 宇，等. D 型人格个体的情绪反应强度与认知性调节特征[J]. 中国临床心理学杂志，2011，19(1)：96-99.

[12] 王 宁. 慢性心力衰竭患者 D 型人格及相关社会心理因素对生活质量的影响[D]. 青岛：青岛大学，2015.

（责任编辑：冉明会）