

抑郁性神经症功能失调状况与临床症状的关系

张大千, 陈远岭*, 王东林, 严善明

(镇江第四人民医院, 江苏 镇江 212001)

【摘要】 目的: 探讨抑郁性神经症患者的功能失调状况是属于素质性的, 还是一种状态依从性的变量。方法: 应用功能失调性状况评定量表(DSA)测评了 90 例抑郁性神经症患者, 并以 90 例正常人作对照。另外, 将抑郁性神经症的 DAS 总分和因子分与症状自评量表(SCL-90)的总分及因子分进行了相关分析。结果: 抑郁性神经症的 DAS 总分及因子分均明显高于正常人; DAS 得分与 SCL-90 评分之间的相关分析提示绝大部分变量间呈现密切正相关。结论: 抑郁性神经症患者存在着特征性的认知模式, 其功能失调状况有素质性的一面, 但也是一种状态依从性较强的变量。

【关键词】 抑郁性神经症; 功能失调状况; 素质依从性; 状态依从性

中图分类号: R395.4

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2000)03-0153-03

Relationship of Dysfunctional Attitudes to Clinical Symptoms in Patients with Depressive Neurosis

ZHANG Da-qian, CHEN Yuan-ling, WANG Dong-lin, YAN Shan-ming

The Fourth People's Hospital, Zhenjiang 212001, China

【Abstract】 **Objective:** To investigate whether dysfunctional attitudes of patients with depressive neurosis are trait or state dependent. **Methods:** Ninety patients with depressive neurosis were compared with 90 normal controls on the Dysfunctional Attitudes Scale (DAS) and Symptom Checklist 90 (SCL-90). Correlation was assessed between the total and factor scores of DAS and SCL-90. **Results:** The total and factor scores of DAS in depressive patients were significantly higher than those in normal controls. Most of the variables in DAS also showed a positive correlation with those in SCL-90. **Conclusion:** The dysfunctional attitudes of patients with depressive neurosis are both trait and state dependent.

【Key Words】 Depressive neurosis; Dysfunctional attitudes; Trait dependent; State dependent

在二十世纪七十年代, 美国心理学家 Beck 在对抑郁症的研究中发现, 抑郁症患者存在着明显的认知障碍, 即抑郁发作前就存在潜在的负性认知模式。1978 年 Weissman 和 Beck 共同制定了功能失调性状况评定量表(Dysfunctional Attitudes Scale, 简称 DAS)^[1]。DAS 就是为测量这种负性认知模式而设计的。很显然, 由于每个病人的遗传背景、家庭、教育、青少年成长环境不同, 他们的认知结构、认知方式和行为方式也就各不相同, 这就是大家常说的“功能失调状态”的素质性。但是最近国内外许多临床研究显示 DAS 分值具有状态依从性^[2], 也就是 DAS 分

值的变化随临床症状的严重程度而变化。研究结果的不一致, 引起了对这一问题探讨的兴趣。

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 抑郁性神经症(显症组) 90 人, 取自心理咨询门诊, 符合 CCMD-2-R 抑郁性神经症诊断标准。除给予药物及一般心理治疗外均未给予认知治疗。其中, 男 48 例, 女 42 例。年龄 18~64 岁, 平均年龄 32 ± 11 岁。小学毕业以上文化程度。

1.1.2 对照组 90 人, 来自本院职工及亲

* 杭州第七人民医院 310013

友。入选标准: 无慢性或严重躯体疾病, 无任何精神病史, 工作、生活正常的健康人。其中, 男 37 例, 女 53 例。年龄 19~58 岁, 平均年龄 31 ± 9 岁。小学毕业以上文化程度。

1.1.3 处于缓解期的抑郁性神经症(缓解组) 43 例, 取自抑郁性神经症组, 入选标准: SCL-90 项目因子均分 ≤ 2 分。男 20 例, 女 23 例。年龄 18~64 岁, 平均年龄 35 ± 11 岁。

1.2 方法

1.2.1 功能失调性状况评定量表 DAS 属于自评问卷, 由 40 个问题组成。这些项目均与抑郁病人常见的功能失调性态度有关, 用以评估人们潜在的较深层的认知结构。每个问题从完全不同意到完全同意, 采用“1~7”的七级评分。这 40 个问题可以归纳为八个因子, 分别为: 脆弱性 D_1 、吸引和排斥 D_2 、完美化 D_3 、强制性 D_4 、寻求赞许 D_5 、依赖性 D_6 、自主态度 D_7 和认知哲学 D_8 。分数越高, 认知障碍越严重。

1.2.2 症状自评量表(SCL-90)^[4] 此表在

我国临床上已广泛使用, 共包含 90 个项目, 每个项目均采用“1~5”的五级评分制。1 分为无症状, 2~5 分症状从轻到重, 计算总分及 10 个因子。10 个因子分分别为: 躯体化 S_1 、强迫症状 S_2 、人际关系敏感 S_3 、抑郁 S_4 、焦虑 S_5 、敌对 S_6 、恐怖 S_7 、偏执 S_8 、精神病性 S_9 、睡眠与饮食障碍 S_{10} 。

对符合 CCMD-2-R 抑郁性神经症患者和正常人在精神科医护人员指导下同时用 DAS 和 SCL-90 两种量表进行自评。

2 结 果

2.1 显症组与缓解组与对照组 DAS 得分的比较

显症组除 D_8 外, DAS 总分及各因子均显著高于对照组, 说明抑郁性神经症病人 DAS 各因子分明显著高于正常人; 在认知方面与正常人有广泛明显的差异。缓解组 D_4 (强制性)、 D_6 (依赖性)、 D_5 (寻求赞许)、 D_7 (自主态度) 五项明显高于对照组(表 1)。

表 1 抑郁性神经症患者与正常人 DAS 量表总分及八个因子的比较

	正常人($n=90$)	显症组($n=90$)	t 值	缓解组($n=43$)	t 值
D1	14.98 \pm 3.39	17.29 \pm 4.83	3.174 ^{**}	16.33 \pm 5.34	1.765
D2	14.94 \pm 2.98	17.13 \pm 4.54	3.824 ^{**}	15.88 \pm 5.02	1.349
D3	14.61 \pm 4.10	16.98 \pm 5.27	3.363 ^{**}	15.56 \pm 5.05	1.153
D4	13.74 \pm 3.65	16.47 \pm 4.60	4.402 ^{**}	16.35 \pm 5.13	3.362 ^{**}
D5	13.87 \pm 3.45	17.09 \pm 5.44	4.746 ^{**}	15.70 \pm 5.79	2.274 [*]
D6	14.17 \pm 3.76	18.98 \pm 4.79	7.497 ^{**}	17.98 \pm 4.35	5.191 ^{**}
D7	17.04 \pm 4.94	20.19 \pm 6.26	3.743 ^{**}	19.23 \pm 6.55	2.144 [*]
D8	22.12 \pm 4.31	20.62 \pm 5.16	-2.117 [*]	20.56 \pm 5.59	-1.773
DAS 总分	125.48 \pm 14.41	144.74 \pm 27.06	5.962 ^{**}	137.58 \pm 30.26	3.132 ^{**}

注: ^{*} $P < 0.05$ ^{**} $P < 0.01$

2.2 抑郁性神经症的功能失调状况与其临床症状间的关系

将 90 例抑郁性神经症的 DAS 总分及八个因子分与其 SCL-90 的总分及 10 个因子分进行 Spearman 等级相关分析。

结果显示, 99 个相关系数中有 40 个正相

关系数 $P < 0.01$, 21 个正相系数 $P < 0.05$ 。也就是说, 有 61 个临床症状因子与功能失调状况因子间存在着显著性的相关关系。只有 D_4 强制性的 D_8 认知哲学这两项与 SCL-90 中所有症状因子均无显著相关。

表 2 抑郁性神经症病人的 DAS 总分及八个因子分与 SCL-90 总分及十个因子分的相关

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D 总分
S1	0.342 **	0.340 **	0.238 *	0.041	0.233 *	0.123	0.171	0.072	0.295 **
S2	0.370 **	0.459 **	0.332 **	0.072	0.424 **	0.334 **	0.350 **	0.121	0.469 **
S3	0.279 **	0.360 **	0.263 *	0.054	0.219 *	0.247 *	0.240 *	0.025	0.370 **
S4	0.284 **	0.303 **	0.312 **	-0.017	0.308 **	0.252 *	0.187	-0.051	0.289 **
S5	0.402 **	0.315 **	0.287 **	0.085	0.233 *	0.322 **	0.269 *	-0.010	0.351 **
S6	0.202	0.283 **	0.253 *	-0.077	0.13	0.122	0.086	0.114	0.198
S7	0.245 *	0.213 *	0.192	0.180	0.169	0.213 *	0.140	0.015	0.240 *
S8	0.257 *	0.398 **	0.280 **	0.093	0.307 **	0.255 **	0.244 **	0.035	0.363 **
S9	0.276 **	0.343 **	0.178	0.123	0.290 **	0.230 *	0.227 *	-0.002	0.323 **
S10	0.316 **	0.276 **	0.145	0.203	0.155	0.122	0.164	0.021	0.261 *
S 总分	0.372 **	0.415 **	0.316 **	0.073	0.327 **	0.290 **	0.260 *	0.03	0.388 **

注: * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

3 讨 论

抑郁性神经症病人功能失调状况(DAS 总分及 8 个因子分)高于正常人,为排除临床症状对功能失调状况的影响,将缓解期的抑郁性神经症 43 例(SCL-90 各项因子分 ≤ 2 分)与正常人对照组 90 例比较,仍有 5 个 DAS 因子分明显高于正常人。这些结果表明抑郁性神经症患者存在着特征性的认知模式,也就是说抑郁性神经症患者在发病前就存在着功能失调状况并且是素质性的。国外 Eaves, Rush^[3] 的研究以及 Dobson Shaw^[9] 的研究均支持抑郁症 DAS 高分属于素质性的观点。

但 Miranda^[7] 等人的研究以及近期 Ohrt 的研究^[2] 却提示,抑郁症 DAS 高分是状态依从性的。在本项研究中我们将抑郁性神经症的 DAS 总分及 8 个因子分与 SCL-90 总分及 10 个因子间进行了 Spearman 等级相关分析,在 99 个相关系数中有 61 个有显著性,也就是说,抑郁性神经症病人功能失调状况(DAS 大部分因子)的严重程度与临床症状(SCL-90 大部分因子)的严重程度同步涨落,说明了抑郁性神经症病人功能失调状态(DAS 分)也是一种状态依从性较强的变量。因此本文研究结果很难用素质性或依从性当中单一的观点去解释。应当说,抑郁性神经症的功能失调状况具有双重性。国外学者 Coyne 和 Gotlib 的研究述及,认知与心境的相互作用应将两

者置于一个环形序列之中,而不是把一个作为另一个的原因置于线性序列之中^[8]。Ravindran 等学者在近期的一项研究中应用抗抑郁药和认知行为治疗分别治疗一组“心境恶劣障碍”的患者(DSM-IV-R 诊断的“心境恶劣”类似于我国 CCMD-2-R“抑郁性神经症”)。结果提示,患者的认知功能的改善与抑郁症状的减轻有密切的联系。药物能改善部分功能失调性认知,但以药物结合认知治疗的效果更好^[9]。

本文认为抑郁性神经症患者在发病前就存在着特征性的认知模式,这一负性认知模式在促使病人发病及影响病人临床症状起伏过程中起着一定的作用。同时病人临床症状的变化也反过来影响病人的认知。提示在临床通过药物治疗控制症状与认知行为治疗相结合才能相辅相成,获得最佳的效果。

参 考 文 献

- 1 Weissman AW, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale(DAS): A preliminary investigation. paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada 1978, November
- 2 Ohrt T, Thorell LH, Sjödin L, et al. Are dysfunctional attitudes in depressive disorder trait or state dependent? Acta Psychiatr Scand. 1998, 97: 419-422
- 3 陈远岭. 功能失调性状况评定量表信度和效度初步研究. 中国心理卫生杂志, 1998, 12(5): 265-267

影响恋爱婚姻的更重要因素。有些残疾人由于自己没有能力解决婚姻问题,包办婚姻时有发生,这种善意的包办婚姻是否有利于残疾人的康复或提高他们的生活质量尚不能肯定,不过国外有研究表明稳定的家庭和社会支持有助于提高残疾的主观幸福感^[4],相反,长期的生活和劳动能力缺陷也会影响婚姻质量^[5-6]。本研究发现残疾人的已婚率不算太低(76.61%),但他们的婚姻质量普遍较差,与上述结论基本一致。所以全社会要关心残疾人的婚姻问题,向他们提供婚姻咨询,使他们能够选择最佳的组合,以利于家庭生活,提高婚姻质量。某些人借为残疾人介绍对象为名骗取钱财或变相买卖婚姻,这无疑是给残疾人雪上加霜,本研究发 现 媒 妁 婚 姻 占 70.48%,买卖婚姻占 0.91%,应引起社会有关部门的关注。

3.2 残疾人的计划生育问题

计划生育是一项基本国策,对残疾人也不能例外。节育只是一种手段,其最终目的是要提高民族的人口素质。本调查发现残疾人落实节育措施的比例(70.4%)明显低于非残疾人,有些残疾人家庭子女多达 5~6 个,同时发现残疾人子女的病残率达 16.61%,文化素质明显低于健康家庭子女,而违纪触法人数(10.91%)远多于健康家庭的子女(2.38%)。在这些问题背后潜存着严重的社会问题,影响全民族的人口素质,也给社会带

来不希望的经济负担,应引起有关部门的重视,切实做好残疾人的计划生育工作,严格婚前检查,对不宜生育的要及时落实节育措施。另外,“养儿防老”是中国人的传统观念,残疾人这种心态可能更明显,除加强宣传教育工作外,加强残疾人的社会保障工作,使他们没有后顾之忧,也许能收到更好的效果。

参 考 文 献

- 1 朱耀华. 提高技术水平, 做好优生工作. 中国计划生育学杂志, 1998 6; 243-246
- 2 刘国柱. 1987 年全国残疾人抽样调查资料湖南分册. 湖南省残疾人抽样调查办公室, 1988
- 3 Kending H, Browning CJ, Young AE. Impacts of illness and disability on the well-being of older people. *Disabil Rehabil*. 2000; 22: 15-22
- 4 Waltz M, Kriegel W, Van't Pad Bosch P. The social environment and health in rheumatoid arthritis: Marital quality predicts individual variability in pain severity. *Arthritis Care Res*. 1998 11; 356-374
- 5 Eriksen W, Natvig B, Bruusgaard D. Marital disruption and long-term work disability: A four-year prospective study. *Scand J Public Health*. 1999; 27: 196-202
- 6 O'Neill J, Hibbard MR, Brown M, et al. The effect of employment on quality of life and community integration after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 1998 13; 68-79
- 7 汪向东. 心理卫生评定量表手册. 中国心理卫生杂志, 1993 增刊

(收稿日期: 1999-12-28)

(上接 155 页)

- 4 张明园. 精神科评定量表手册. 长沙: 湖南科技出版社, 1993. 23
- 5 Eaves G, Rush AJ. Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *J Abnorm Psychol*. 1984 93; 31-40
- 6 Dobson KS, Shaw BF. Cognitive assessment of major depressive disorders. *Cogn Ther Res*. 1986 10; 13-29
- 7 Miranda J, Persons JB. Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *J Abnorm Psychol*. 1988, 97; 76

- 79

- 8 Coyne JC, Gotlib I. Studying the role of cognition in depression: Well-trodden paths and cul-de-sacs. *Cogn Ther Res*. 1986, 10; 784-812
- 9 Ravindran AV, Anisman H, Merali Z, et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: Clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 1608-1617

(收稿日期: 2000-04-17)