

脑卒中患者的情绪调节方式和抑郁相关因素分析*

田 亮¹ 叶祥明^{1,2} 李厥宝¹ 周 亮¹ 程瑞动¹ 闻万顺¹ 朱根应¹

摘要

目的:研究脑卒中患者的情绪调节方式及脑卒中后抑郁症状的主要相关因素。

方法:选取住院脑卒中恢复期患者155例,采取集体实施问卷调查的方式,获取有效问卷124例。用抑郁自评量表来评估卒中后抑郁症状,用Gross情绪调节问卷(ERQ,包括认知重评和表达抑制两个分量表)来评估卒中患者认知重评和表达抑制的使用情况;用沉思量表(RRS)来测量卒中患者沉思策略的使用情况;采用Pearson相关分析计算抑郁量表分和不同情绪调节策略得分之间的相关系数;并用logistic回归分析对卒中患者抑郁症状的主要相关因素进行分析。

结果:41例脑卒中患者有抑郁症状。抑郁量表总分与ERQ的认知重评分呈负相关($r=-0.23, P=0.01$),与ERQ的表达抑制得分无相关($r=0.02, P=0.05$),与RRS总分呈正相关($r=0.60, P=0.00$)。回归分析表明,照料者为家属($OR=0.54, P=0.034$)、认知重评分量表得分高($OR=0.36, P=0.005$)和NIHSS得分低($OR=1.21, P=0.002$)的已婚脑卒中患者SDS总分较低,而年龄较大($OR=1.04, P=0.019$)、照料者为护工($OR=1.18, P=0.042$)、离异/丧偶($OR=1.22, P=0.034$)和RRS总分较高($OR=1.53, P=0.001$)的脑卒中患者SDS总分较高。

结论:年龄较大、照料者为护工、离异/丧偶、越多使用沉思策略和越少使用认知重评策略的脑卒中患者,发生抑郁的风险越大。

关键词 卒中后抑郁;情绪调节;相关因素;情绪调节问卷;沉思量表;抑郁自评量表

中图分类号:R743.3;R749.4 文献标识码:A 文章编号:1001-1242(2017)-08-0923-05

A study on emotion regulation methods and related factors of post-stroke patients/TIAN Liang, YE Xiangming, LI Juebao, et al./Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2017, 32(8): 923—927

Abstract

Objective: To explore the way of emotion regulation and the related factors of depressive symptom in post-stroke patients.

Method: Totally 124 cases from 155 post-stroke patients in recovery period were surveyed by collective implementation questionnaire. Depressive disorder was assessed with self-rating depression scale (SDS). Cognition reappraisal and expressive suppression were assessed with Gross emotion regulation questionnaire (ERQ). Rumination was assessed with the ruminative response scale (RRS). Pearson correlation analysis was used to calculate correlation coefficient between depression scale score and different emotion regulation score; and Logistic analysis was used to explore the depressive disorder-related factors in post-stroke patients.

Result: Forty-one post-stroke patients were screened out as suffering from depressive disorder. The SDS scores were negatively correlated with the ERQ cognitive reappraisal subscale scores ($r=-0.23, P=0.01$) and not correlated with the ERQ expressive suppression subscale score ($r=0.02, P=0.05$), and positively correlated with RRS total scores ($r=0.60, P=0.00$). Logistic analysis revealed that those who were married ($OR=0.47, P=0.008$), cared by family member ($OR=0.54, P=0.034$), higher cognitive reappraisal subscale scores ($OR=0.36, P=0.005$), and lower NI-

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2017.08.013

*基金项目:浙江省医药卫生计划一般项目(2015126322);浙江省医学重点(创新)学科资助项目

1 浙江省人民医院(杭州医学院附属人民医院)康复科,杭州,310014; 2 通讯作者

作者简介:田亮,男,硕士,主治医师;收稿日期:2016-05-18

HSS scores ($OR=1.21, P=0.002$) scored lower in SDS. Those who were divorced/widowed ($OR=1.22, P=0.034$), had older age ($OR=1.04, P=0.019$) and higher RRS scores ($OR=1.53, P=0.001$) and cared by Patient Carer ($OR=1.18, P=0.042$) scored higher in SDS.

Conclusion: Those who are divorced/widowed, older age, cared by patient Carer, more frequently using rumination, and less frequently using cognitive reappraisal may be more suffered from depression.

Author's address Department of Rehabilitation Medicine, Zhejiang Provincial People's Hospital, Hangzhou, 310014

Key word post-stroke depression; emotion regulation; relate factors; self-rating depression scale; emotion regulation questionnaire; ruminative response scale

脑卒中患者由于躯体功能障碍、卒中后并发症以及病后社会关系中的角色改变等原因,容易产生抑郁、焦虑、绝望等一系列严重的心理问题,给脑卒中患者功能障碍的恢复和生存质量带来明显的负面影响,在这些心理问题中尤其以抑郁障碍多见^[1]。抑郁严重损害了脑卒中患者的生理、认知和社会功能,增加了卒中患者的死亡风险,并对其亲属和社会造成了严重的心理负担和经济负担^[2],因此,探究脑卒中后抑郁的形成机制进而开发更有效的干预方法,具有重要的临床意义。

情绪调节是指个体对情绪发生、体验与表达施加影响的过程^[3]。抑郁作为一种情绪障碍,通常被认为是由情绪调节困难的造成的,即个体不能充分地管理自己对日常事件或疾病的情绪反应,这导致他们较他人出现更多苦恼、进而发展为抑郁症^[4]。情绪调节策略主要有认知重评和表达抑制两种方式。认知重评是一种适应性情绪调节策略,它是指从认知上改变对情绪诱发情境或事件的理解,从而改变情绪体验,如采用良性的积极的视角来应对压力情境,从而减轻痛苦;另一方面,表达抑制是一种非适应性情绪调节策略,它是针对当前或即将发生的情绪表达行为的抑制,该策略与更多的负面情绪(如抑郁、焦虑)有关^[5]。沉思也是一种非适应性情绪调节策略,它是指个体在遇到抑郁情绪时,聚焦于抑郁情绪,只关注自我产生情绪的原因和各种可能的不良后果,其在抑郁症状的发生发展过程中起着非常重要的作用^[6]。目前国内还没有研究探讨脑卒中患者的不同情绪调节方式和抑郁症状之间的关系。因此,本研究将考察脑卒中患者情绪调节方式和抑郁症状的关系并寻找抑郁的相关因素,以便为卒中后抑郁的干预提供理论依据。

1 对象与方法

1.1 对象

选取2012年3月—2015年3月我科住院的脑卒中恢复期患者155例,统一发放并收回问卷,主要采用集体施测的方式,少数被试患者由于阅读能力不佳可采用个别测试由他人代为阅读自己作答的方式进行。入选标准:所有患者经头颅CT或MRI检查证实为脑卒中患者,且符合1995年全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准^[7],均存在肢体运动功能障碍,病程在1—6个月,且为首次发病。排除标准:在脑卒中发病前有精神疾患和抑郁病史者;脑卒中后意识不清,有严重失语或理解表达障碍者,认知功能障碍者;合并严重心肺疾病或其他严重躯体疾病不能配合患者;拒绝调查者。

1.2 方法

1.2.1 卒中后抑郁的诊断标准^[8]:定性诊断根据《中国精神障碍分类和诊断标准》CCMD-3中抑郁症的诊断标准。

1.2.2 采用抑郁自评量表^[9](self-rating depression scale, SDS),该量表含有20个项目,分为4级评分,包含:①精神病性情感症状(2个项目);②躯体性障碍(8个项目);③精神运动性障碍(2个项目);④抑郁的心理障碍(8个项目)。SDS总粗分的正常上限为41分,分值越低状态越好。标准分为总粗分乘以1.25后所得的整数部分。我国以SDS标准分 ≥ 50 定义为有抑郁症状。此量表极为简单,由20道题组成,是自己根据自己一个星期之内的感觉来回答的。20个题目之中,分别反映出抑郁心情、身体症状、精神运动行为及心理方面的症状体验,因为是自己评价,不要别人参加评价,也不用别人提醒。如果是文盲,可以由别人代念题目,不由别人代答,由自己判定轻重程度。

1.2.3 Gross 情绪调节问卷^[10](emotion regulation questionnaire, ERQ),评估受试者“认知重评”和“表达抑制”这两种情绪调节策略的使用情况。该问卷分成认知重评和表达抑制两个分量表,共10道题目,采用1—7七点计分方式,认知重评分量表得分越高,表明越常采用认知重评这种情绪调节策略;表达抑制分量表得分越高,表明越常采用表达抑制这种调节策略。

1.2.4 Nolen-Hoeksema 沉思反应量表^[11](ruminative-response scale, RRS):评估受试者“沉思”这种情绪调节策略的使用情况,共22道题目,采用1—4四点计分方式,例如“思考自己有多么孤独”,总分越高,表明被试在抑郁情绪时更多地自我关注、产生更多的沉思性行为。

1.2.5 神经功能缺损程度评定:采用美国国立卫生研究院脑卒中量表(NIHSS)^[12],包含11项,分别为意识程度、回答问题的能力、遵从指令的能力、眼球运动、视野、面部肌肉肌力、上肢运动功能、下肢运动功能、肢体协调程度、感觉功能、语言功能、构音情况、感觉忽视。各个项目计分以3—5个等级,评分范围为0—42分,分数越高表示神经受损越严重:0—1分表示正常或趋近于正常,1—4分表示轻微脑卒中,5—15分表示中度脑卒中,16—20分表示中重度脑卒中,20分以上为重度脑卒中。

1.3 统计学分析

使用SPSS18.0进行数据处理,计数资料采用例数表示,计量资料采用均数±标准差表示,采用Pearson相关分析计算抑郁量表分 and 不同情绪调节策略(认知重评、表达抑制和沉思)得分之间的相关系数。以“有/无抑郁症状”为因变量,以性别、年龄、婚姻状况、照料者、神经功能缺失得分和情绪调节策略为自变量,通过logistic回归分析社会人口学变量、情绪调节策略和抑郁症状之间的关系,以 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

共发放调查问卷155份,共收回问卷135份,剔除无效问卷11份,获得有效问卷124份。年龄 65.4 ± 8.2 岁;男80例,女44例;亲属照料69例;护工照料55例;已婚104例,离异/丧偶14例;NIHSS $14.2\pm$

6.3。本研究纳入的研究对象属于中重度脑卒中患者。124例脑卒中患者中有抑郁症状的患者41例,占总人数的比例为33.1%,受试者抑郁量表得分和情绪调节量表得分见表1。

对患病的41例卒中患者的SDS总分与影响因素进行相关分析发现,卒中患者的SDS总分分别与ERQ的认知重评分量表得分呈负相关($r=-0.33, P=0.01$),与RRS总分呈正相关($r=0.60, P=0.00$);与NIHSS得分呈正相关($r=0.21, P=0.01$),与ERQ的表达抑制分量表得分无相关($r=0.02, P=0.05$)。

根据有无抑郁,把受试者分为两组,分别为抑郁组和非抑郁组,两组受试者除“表达抑制”外,其余指标两组差异均具有显著性意义,见表2。

以卒中患者是否有抑郁症状(0表示无抑郁症状,1表示有抑郁症状)为二分因变量,将NIHSS评分、认知重评、沉思、年龄、性别、照料者和婚姻状况共7个变量作为自变量,依次逐步纳入进行logistic回归分析。模型整体检验表明方程具有显著性意义($F=210.97, P<0.001$),该模型对抑郁症状总变异的解释量为52.7%。

性别、年龄、照料者、婚姻状况、沉思、认知重评和NIHSS分进入回归方程。经过logistic回归分析,照料者为家属($OR=0.54, P=0.034$)、认知重评分量表得分高($OR=0.36, P=0.005$)和NIHSS得分低($OR=1.21, P=0.002$)的已婚脑卒中患者SDS总分较

表1 受试者各量表评分情况 ($\bar{x}\pm s, n=124$)	
测试项目	得分
SDS量表	46.7±6.4
认知重评	23.1±3.2
表达抑制	18.3±4.5
沉思量表	38.4±7.4

表2 抑郁组和非抑郁组患者人口学和量表评分		
	抑郁组(n=41)	非抑郁组(n=83)
SDS评分	58.4±3.7	39.3±5.7 ^①
年龄	70.4±5.4	59.6±5.3 ^①
性别(男性占比%)	68.6	73.7 ^①
婚姻状况(已婚占比%)	84.3	90.4 ^①
照料者(家属照料占比%)	40.1	55.6 ^①
NIHSS评分	21.5±4.5	11.3±3.7 ^①
认知重评	15.4±6.7	27.8±6.2 ^①
表达抑制	19.7±3.8	18.2±4.9
沉思	56.6±4.9	23.9±6.5 ^①

与抑郁组比较^① $P<0.05$

低,而年龄较大(OR=1.04, $P=0.019$)、照料者为护工(OR=1.18, $P=0.042$)、离异/丧偶(OR=1.22, $P=0.034$)和RRS总分较高(OR=1.53, $P=0.001$)的脑卒中患者SDS总分较高,见表3。

表3 卒中患者抑郁症状相关因素的logistic回归分析

变量值	B	SE	Wald	OR	P	95% CI
沉思	0.14	0.02	34.56	1.53	0.001	0.26—0.51
NIHSS	-0.24	0.30	21.34	1.21	0.002	0.02—0.29
认知重评	-0.15	0.03	7.78	0.36	0.005	0.06—0.87
性别	-0.79	0.50	6.74	0.79	0.057	0.07—0.78
年龄	0.03	0.02	4.98	1.04	0.019	1.01—1.07
照料者	-	-	3.76	-	0.006	-
家属	-0.76	0.04	4.23	0.54	0.034	0.03—0.45
护工	0.01	0.02	3.46	1.18	0.042	0.01—0.37
婚姻状况	-	-	3.67	-	0.024	-
已婚	-0.77	0.05	3.44	0.47	0.008	0.17—0.68
离异/丧偶	0.03	0.04	2.77	1.22	0.034	0.48—0.86

注:变量排列以其Wald值大小排列。性别变量中“男性”赋值为0,“女性”赋值为1,以“女性”为参照。照料者变量中“家属”赋值为0,“护工”赋值为1;“婚姻状况”变量中已婚赋值为0,“离异/丧偶”赋值为1。

3 讨论

脑卒中后抑郁(post-stroke depression,PSD) 是指脑卒中后出现的情感障碍,以持续情感低落、兴趣减退、快感缺失等抑郁心境为主要临床表现,也是脑卒中最常见的并发症之一^[13],在不同的研究中因采用不同的评定方法、诊断标准,或者评估时间不同,其患病率报道也不同,多数报道 PSD 的患病率为30%—50%^[14],本研究中患病率为33.1%,基本与多数报道一致。有关 PSD 的病因学机制学说众多,多数认为是在脑卒中基础上的、多因素介导的神经生物学机制和社会心理机制共同参与的结果^[15],尽管神经生物学机制受到广泛关注,提出了如“病灶决定论”、“神经递质假说”、“细胞因子假说”“遗传易感假说”,但终究未达成定论;其社会心理机制同样也受到推崇,本研究主要从社会心理学角度出发,研究卒中后抑郁的可能机制。

本研究通过对124例脑卒中患者的社会学资料的调查、抑郁状态和情绪调节策略的运用调查,发现对待疾病采取适应性情绪调节策略即认知重评运用较多,卒中后发生抑郁的风险较小;而对待疾病采取非适应性情绪调节策略即沉思运用较多的(RRS总分较高)脑卒中患者,卒中后发生抑郁的风险较大。这支持了抑郁的情绪调节受损模型,说明在脑卒中患者中,情绪调节策略与抑郁症状的发生明显相关,认知重评属于适应性情绪调节策略,当个体更多地采用这一策略时,即表明个体能够从积极的方面看

待自己所面临的问题,这在一定程度上有利于减少负面情绪,增强正性情绪。同理,沉思属于负性情绪调节策略,当个体更多地采用这一策略时,即表明个体只关注自己缺陷和卒中给自己带来的困境,整日沉浸在负性情绪体验中,不会采取积极主动的行动,如此必然会带来抑郁。有趣的是,作为负性情绪表达方式的表达抑制,本研究中并没有发现其在卒中后抑郁的发生上发挥作用,抑郁组和非抑郁组未显示出差异($t=1.35,P=0.17$),患病的41例卒中患者的SDS总分与ERQ的表达抑制分量表得分无相关($r=0.02,P=0.05$),而国外研究均明确认为表达抑制是导致抑郁的重要因素^[16],究其缘由,可能主要是由于东西方文化差异所致,也可能是表达抑制策略仅仅发生在情绪产生之后,通过抑制降低情绪反应,但对负性情绪的内心体验并不能起到降低或者减缓作用,具体需要进一步研究。

本研究发现NIHSS评分与SDS评分成正相关,这与大多数研究结果一致,即卒中后神经功能缺损重的患者更容易罹患抑郁^[17],但也有研究认为,二者无直接相关,抑郁症状的出现与躯体障碍关系不大,二者只是在一定程度上相互影响^[18]。Dafer等^[19]对PSD的治疗发现卒中后抑郁症状因神经功能恢复而改善,这也说明神经功能缺损与PSD患病程度相关,这与本研究结果一致。实际上,卒中后躯体功能障碍和PSD是卒中后两大后遗症表现,存在抑郁症状的卒中患者治疗依从性差,从而影响躯体症状的恢

复,反之,躯体功能障碍迁延不愈影响抑郁情绪的改善,二者互相影响,互为因果。

有研究提示卒中后抑郁可能存在易感因素,其被解释为脑卒中事件触发了易感个体发生抑郁症,功能残疾、生活事件、社会支持不足等因素作为应激因素促发卒中后抑郁^[19]。本研究,婚姻状况、照料者因素可被解释为生活事件或社会支持状况,离异/丧偶、照料者为护工的患者更容易并发抑郁一定程度上支持了应激因素促发卒中后抑郁的发生的观点。

综上所述,从社会心理角度看,卒中后抑郁的发生与卒中患者所采取的情绪调节策略有很大关联,认知重评作为一种适应性情绪调节策略,有利于减少负面情绪,增强正性情绪,在一定程度上可以预防抑郁的发生,相反,沉思策略,属于负性情绪调节策略,容易导致抑郁。因此,在康复治疗过程中,应多引导患者在遇到情绪问题时积极采用认知重评策略,换一个角度或者换种方式看待目前面临的康复问题;引导患者多与医务人员、家属及其他患者交流沟通。和沉思反应方式相对应的是分心反应,即引导患者把注意投入到乐观或中性的行为上,如外出用餐、偏瘫体操、派对或完成工作项目等活动上。神经功能缺损和一些社会因素如性别、婚姻状况和照料者等,在卒中后抑郁的发生中也起到了一定的作用。本研究也存在一些局限,如有报道认为认知功能对抑郁也存在一定程度影响,本研究未对纳入受试者进行认知功能评估。社会学因素还包括经济收入、教育程度和医疗费用来源等未进行详细调查,有待进一步研究。

参考文献

- [1] House A, Knapp P, Bamford J, et al. Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month[J]. *Stroke*, 2001, 32(3):696—701.
- [2] Brown C, Hasson H, Thyselius V, et al. Post-stroke depression and functional independence: a conundrum[J]. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2012, 126(1):45—51.
- [3] Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review[J]. *Rev Gen Psychol*, 1998, 2(3): 271—299.
- [4] Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination[J]. *Perspect Psychol Sci*, 2008, 3(5): 400—424.
- [5] Brummer L, Stopa L, Bucks R. The influence of age on emotion regulation strategies and psychological distress[J]. *Behav Cogn Psychother*, 2013,42(6):668—681.
- [6] Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: a psychometric analysis[J]. *Cognit Ther Res*, 2003, 27(3): 247—259.
- [7] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. *中华神经科杂志*, 1996, 29(6):379.
- [8] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准第3版[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 9—168.
- [9] 张明圆. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 35—42.
- [10] 王力, 柳恒超, 李中权, 等. 情绪调节问卷中文版的信效度研究 [J]. *中国健康心理学杂志*, 2007, 15(6): 503—505.
- [11] 韩秀, 杨宏飞. Nolen-Hoeksema 反刍思维量表在中国的试用 [J]. *中国临床心理学杂志*, 2009, 17(5): 550—551.
- [12] 蔡亚峰, 贾真, 张新春, 等. 美国国立卫生院卒中量表(NIHSS) 中文版多中心测评研究-附 537 例缺血性卒中多中心多时点临床测评研究[J]. *北京中医药大学学报*, 2008, 31(7): 494—498.
- [13] 李海聪, 李求兵, 杨学青, 等. 老年脑卒中患者抑郁障碍的相关因素分析[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2010, 12(7): 620—623.
- [14] Turner A, Hambridge J, White J, et al. Depression screening in stroke: a comparison of alternative measures with the structured diagnostic interview for the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (major depressive episode) as criterion standard[J]. *Stroke*, 2012, 43: 1000—1005.
- [15] Loubinoux I, Kronenberg G, Endres M, et al. Post-stroke depression: mechanisms, translation and therapy[J]. *J Cell Mol Med*, 2012, 16:1961—1969.
- [16] Beblo T, Fernando S, Klocke S, et al. Increased suppression of negative and positive emotions in major depression [J]. *J Affect Disord*, 2012, 141(2-3):474—479.
- [17] 李海华, 汪毅, 张琴, 等. 脑卒中后抑郁与神经功能缺损的关系研究[J]. *重庆医学*, 2012, 41(3): 241—243.
- [18] Alghwiri AA. The correlation between depression, balance and physical function post stroke[J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2016, 25(2): 475—479.
- [19] Dafer RM, Rao M, Shareef A, et al. Post-stroke depression[J]. *Top Stroke Rehabil*, 2008, 15(1): 13—21.