

## 癌症患者抑郁状态的心理社会因素分析

徐静波<sup>1</sup>, 冯昕<sup>1</sup>, 刘振静<sup>2</sup>

[摘要] 目的 分析癌症患者与抑郁有关的心理社会因素。方法 对 81 例癌症患者进行症状自评量表(SCL-90)、社会支持评定量表(SSRS)、艾森克人格评定量表(EPQ)、防御方式问卷(DSQ)、生活事件量表(LES)以及汉密尔顿抑郁量表(HAMD)的评定, 60 例健康体检者为正常对照组, 行 SCL-90、EPQ、DSQ 评定。结果 并发症重的癌症患者 HAMD 得分要高于无并发症及并发症轻者; 癌症抑郁组 SCL-90 总分、总均分、躯体化分、强迫状态分、抑郁分、焦虑分、其他分显著高于非抑郁组与对照组; 癌症抑郁组 EPQ 的 N 因子分与非抑郁组及对照组比较有显著性差异; 且负性生活事件多, 强度大。结论 躯体症状的严重程度、负性生活事件、癌症患者的人格特征、心理防御机制使用不当与癌症患者抑郁情绪的发生和持续有关。

[关键词] 癌症; 抑郁; 心理社会因素

**Psychosocial Factors Related with Depression in Patients with Cancer** XU Jing-bo, FENG Xin, LIU Zhen-jing. Ankang Hospital of the Public Security Bureau of Hangzhou City, Hangzhou 311113, Zhejiang, China

**Abstract:** **Objective** To investigate the psychosocial factors in cancer patients with depression. **Methods** 81 cancer patients were surveyed with Hamilton Depression Scale (HAMD), Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), Defense Style Questionnaire (DSQ), Social Support Rating Scale (SSRS), Life Events Scale (LES), Symptom Checklist 90 (SCL-90). 60 health persons as normal controls were surveyed with SCL-90, EPQ and DSQ. **Results** The score of HAMD was higher in cancer patients with more complication than that with less or no complication. There was significant difference in total score, somatization, obsessive-compulsive, anxiety, depression, other score of SCL-90 among groups of cancer patients with depression, cancer patients without depression and normal controls, as well as the N factor of EPQ, negative life events and immature defense. **Conclusion** The severity of the complications, negative life events, personality, defense style may related with the occurring and persisting of the depression in cancer patients.

**Key words:** cancer; depression; psychosocial factor

[中图分类号] R73 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)03-0270-03

[本文著录格式] 徐静波, 冯昕, 刘振静. 癌症患者抑郁状态的心理社会因素分析[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(3): 270-272.

癌症患者多伴有焦虑、抑郁等情绪反应, 其中以抑郁最常见<sup>[1]</sup>。抑郁情绪可加速癌症的进展, 影响患者的生活质量<sup>[2]</sup>。随着生物-心理-社会医学模式的不断完善, 对抑郁影响因素的研究越来越深入。癌症作为一个负性事件对患者是恶性刺激, 患者的性格、应对方式以及病情的轻重等也是重要因素。本文对此进行了分析, 为临床的心理干预治疗提供参考。

### 1 对象和方法

1.1 对象 共 81 例癌症患者入组, 均为 2005 年 3 月~6 月在苏州大学附属第一医院肿瘤科及血液科住院化疗的患者。入组标准: ①病理诊断确诊为恶性肿瘤者; ②性别不限, 年龄 18~70 岁; ③无其他免疫、内分泌系统疾病, 无精神分裂症、酒精和药物依赖史, 无脑器质性疾病史; ④取得患者及家属知情同意。81 例中男 46 例, 女 35 例, 平均年龄(44±13)岁; 病程 4 d~8

年余。

对照组 60 例, 为来苏州大学附属第一医院体检的正常人和部分本院医护人员。均无严重躯体疾病、精神疾病, 年龄 18~67 岁, 平均(39±12)岁, 男 32 例, 女 28 例。患者组与对照组性别、年龄、职业、文化程度及经济状况构成等方面均无显著性差异( $P>0.05$ )。

1.2 调查方法 在患者入院时, 先记录一般资料, 了解患者的基本情况。依据疼痛、腹水、恶心、呕吐、乏力、纳差等并发症的症状严重程度, 分为无、轻、重 3 组。

患者入院 1 周内完成症状自评量表(SCL-90)、社会支持评定量表(SSRS)、艾森克人格评定量表(EPQ)、防御方式问卷(DSQ)、生活事件量表(LES)以及汉密尔顿抑郁量表(HAMD)的评定。其中 SCL-90、SSRS、EPQ、DSQ 由受试者在研究者的中性指导语下独立完成, HAMD 由 1 名有经验的精神科医生完成。HAMD 总分  $\geq 20$  分为抑郁组(30 例),  $< 20$  分为非抑郁组(51 例)。

1.3 统计学方法 所有数据用 SPSS 10.0 软件进行  $t$

作者单位: 1. 杭州市公安局安康医院, 浙江杭州市 311113; 2. 青岛市精神卫生中心, 山东青岛市 266000。作者简介: 徐静波(1977-), 女, 山东汶上县人, 主治医师, 主要从事精神卫生临床工作及研究。

检验,  $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 抑郁与并发症 癌症患者无疼痛、呕吐、恶心、纳差、乏力、腹水、脱发等由癌症和化疗引起的并发症者(22例)与并发症重者(25例)HAMD得分有显著性差异( $t = 5.104; P < 0.001$ );并发症轻组(34例)与重组HAMD得分有显著性差异( $t = -3.332; P < 0.05$ );无并发症组与并发症轻组之间HAMD得分无显著性差异( $t = 1.844; P > 0.05$ )。

2.2 SCL-90 抑郁组的SCL-90总分、总均分、躯体化分、强迫分、抑郁分、焦虑分及其他分高于非抑郁组( $P < 0.05$ );抑郁组与对照组比较,其SCL-90总分、总均分、躯体化分、强迫分、人际关系敏感分、抑郁分、焦虑分、其他分有显著性差异( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 各组SCL-90各因子分比较

项目	抑郁组 (n=30)	非抑郁组 (n=51)	对照组 (n=60)
总分	144.63±3.55 <sup>a,b</sup>	123.35±2.96	118.36±3.41
总均分	1.61±3.96 <sup>a,b</sup>	1.37±3.28	1.31±3.79
躯体化	20.67±0.89 <sup>b,c</sup>	17.75±0.83	15.24±0.43
强迫状态	16.77±0.60 <sup>c,d</sup>	14.12±0.49	14.46±0.54
人际关系敏感	13.60±0.76 <sup>d</sup>	12.29±0.47	11.18±0.29
抑郁	27.20±1.11 <sup>a,b</sup>	20.61±0.71	18.39±0.79
焦虑	15.67±0.61 <sup>a,b</sup>	13.67±0.47	12.76±0.43
敌对	8.23±0.29	7.55±0.22	7.93±0.33
恐怖	8.07±0.29	8.06±0.29	8.14±0.23
偏执	7.50±0.26	7.84±0.12	7.83±0.34
其他	13.90±0.56 <sup>a,b</sup>	11.41±0.40	9.10±0.27

注:与非抑郁组比较:a:  $P < 0.001$ ,c:  $P < 0.05$ ;与对照组比较:b:  $P < 0.001$ ;d:  $P < 0.05$ 。

2.3 DSQ 抑郁组不成熟防御机制分、掩饰因子分均高于非抑郁组与正常对照组( $P < 0.05$ )。

表2 各组DSQ各因子分比较

项目	抑郁组 (n=30)	非抑郁组 (n=51)	对照组 (n=60)
不成熟防御机制	3.83±0.12 <sup>a,b</sup>	3.52±0.96	3.42±0.13
成熟防御机制	5.48±0.12	5.58±0.11	6.37±0.81
中间型防御机制	3.68±7.31	3.65±7.28	3.75±8.14
掩饰因子	6.69±0.19 <sup>c,d</sup>	6.03±0.19	5.76±0.19

注:a:与非抑郁组比较,  $P < 0.05$ ;b:与对照组比较,  $P < 0.05$ 。

2.4 EPQ 抑郁组与非抑郁组比较,神经质(N)分有显著性差异( $t = 2.582, P < 0.05$ );抑郁组与对照组比较,神经质分( $t = 2.071, P < 0.05$ )及内外向分( $t = -2.068, P < 0.05$ )均有显著性差异。见表3。

表3 各组EPQ各因子分比较

项目	抑郁组 (n=30)	非抑郁组 (n=51)	对照组 (n=60)
精神质	4.10±0.41	4.27±0.31	3.83±0.51
神经质	9.20±0.77 <sup>a,b</sup>	7.39±0.46	7.40±0.62
内外向	8.49±0.88 <sup>b</sup>	10.28±0.64	11.77±0.93
掩饰程度	11.15±0.64	12.70±0.42	12.43±0.51

注:注:a:与非抑郁组比较,  $P < 0.05$ ;b:与对照组比较:  $P < 0.05$ 。

2.5 LES 抑郁组负性生活事件频度( $2.70 \pm 0.26$ )高于非抑郁组( $2.02 \pm 0.14$ )( $t = 2.538, P < 0.05$ ),抑郁组负性生活事件强度( $105.17 \pm 10.26$ )也高于非抑郁组( $80.88 \pm 5.14$ )( $t = 2.354, P < 0.05$ )。

2.6 SSRS 抑郁组与非抑郁组SSRS比较,社会支持总分、主观因子分、客观因子分及利用度因子分均无显著性差异( $P > 0.05$ )。

3 讨论

本研究显示,伴发由癌症或化疗引起的疼痛、恶心、呕吐、乏力、纳差、腹水、脱发等并发症的癌症患者,其并发症程度越重越容易出现抑郁症状。患者根据可观测到的癌痛、腹水、恶心、呕吐、乏力、纳差等严重影响了患者正常生活的症状,来自我判定疾病对躯体状况和生命的威胁程度,引起患者明显的抑郁情绪反应,甚至产生绝望的情绪。

通过SCL-90研究也发现,抑郁组比无抑郁组及正常对照组躯体化症状严重,一方面躯体的不适引起了抑郁,另外不良的情绪也使患者的认知出现改变,对不适感过度敏感和夸大,从而影响医生的正确评价,给治疗带来不便。

癌症抑郁患者焦虑情绪也明显增高,患者对疾病的疼痛、化疗引起的不适的预期造成焦虑情绪,而且抑郁本身也包含焦虑的成分。

癌症抑郁组比对照组对人际关系更敏感,癌症患者渴望关心、希望得到安慰,良好的社会支持可以减轻患者患病后的无助感,增加患者战胜疾病的信心。

癌症抑郁组强迫因子分显著高于非抑郁组和对照组。癌症患者反复考虑自身的疾病,追究自己得病的原因,陷入自责或埋怨,情绪低落;抑郁状态下悲观失望,对自己、家庭的担心增加,因此伴发抑郁的癌症患者多有些强迫思维。

癌症抑郁组在饮食、睡眠等其他方面与非抑郁组及正常对照组有显著性差异,说明患者的心理问题是多方面的。

癌症抑郁组比非抑郁组及正常对照组更多使用不成熟防御机制,说明抑郁症状与不成熟防御方式有关,与相关报道一致<sup>[3]</sup>。采用不成熟防御机制使患者的内心冲突不能得到很好解决,会感到压抑、失望,不善于处理各种冲突和应激,对自己缺乏信心,对自己的得失不能正确评价,情绪上就表现出低落、激惹、焦虑等<sup>[4]</sup>。抑郁状态会影响癌症的治疗结果,加重病情,并能促进肿瘤的复发、转移、恶化等,还会降低生活质量以及导致就医行为增加、住院时间延长、治疗依从性差及增加医疗费用等<sup>[5]</sup>。这些又可影响患者对疾病的认知评价和更易采用不成熟的心理防御机制。

艾森克人格测查发现,癌症抑郁组N因子分显著

高于非抑郁组和正常对照组,提示癌症患者抑郁的发生与神经质相关。这与 N 因子分高,情绪不稳定,更容易产生焦虑、抑郁等有关。癌症抑郁组内外向因子分显著低于正常对照组,而非抑郁组无差别,可能与患病影响了心理测查的结果有关,仅供参考。

研究表明,负性生活事件(LES)与癌症患者发生抑郁相关,与某些报道一致<sup>[6]</sup>。生活事件是促发抑郁的重要因素,过多的负性生活事件导致心理承受能力下降,不能保持健康的心理,产生悲观抑郁情绪。

研究还发现社会支持与抑郁的发生无显著相关性,这与以往的研究结果不同<sup>[6]</sup>。可能与本研究所取样本量偏小有关。

癌症患者在患病期间会出现抑郁和焦虑情绪,原因涉及多个方面。为取得较好疗效和改善患者情绪、

提高其生活质量,在对躯体疾病的治疗过程中,要注意患者的心理健康,加强心理干预治疗,指导患者采用成熟防御机制,提高患者自我调控、自我解脱的能力。从而,减轻患者的抑郁症状,提高患者的生活质量。

#### [参考文献]

- [1] Mock V, Dow KH, Meares CT, et al. Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer[J]. Oncol Nurs Forum, 1997, 24(6):991-1000.
- [2] Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression[J]. Soc Biol Psychiatry, 2003, 54:269-282.
- [3] 万丽红,龚梅恩,刘明,等.原发性肝癌患者抑郁症状与不成熟防御机制[J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(3):153-156.
- [4] 寇振芬,季卫东.抑郁症患者防御方式调查[J]. 中国民政医学杂志, 1999, 11(3):185.
- [5] Buccheri G. Depressive reactions to lung cancer are common and often followed by a poor outcome[J]. Eur Respir J, 1998, 11(1):173.
- [6] 毛佩贤,贺佳丽.肺癌患者抑郁状态的相关因素分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2000, 14(6):417-419.

(收稿日期:2007-08-23 修回日期:2007-09-28)