

首发抑郁症患者的执行功能对照研究

段秀芳¹ 刘伟¹ 孙宁² 孙燕² 王艳² 杜巧荣²

执行功能是人类的高级认知功能,一般指个体实现某一特定目标时,以灵活、优化的方式控制多种认知加工过程,协同操作的认知神经机制^[1]。目前国内外很多研究表明抑郁症患者存在执行功能障碍,执行功能障碍严重的抑郁症患者更容易出现注意障碍、记忆障碍以及认知的灵活障碍等^[2]。即使抑郁主要临床症状已长期缓解,但仍存在有其他一些残留症状(如执行功能障碍^[3]),社会功能仍未能完全恢复。本研究旨在探讨首发抑郁症患者的执行功能障碍特点及其相关因素,从而针对性地制定更合理的治疗方案,可望有助于患者更好的恢复社会功能,回归社会。

1 对象与方法

1.1 研究对象

患者组:选取2008年10月—2009年10月山西医科大学第一医院精神科门诊确诊的75例首次发病患者,以DSM-IV-TR轴I障碍临床定式检查(SCID-I/P作为筛查工具,《美国精神疾病诊断与统计手册第4版》(DSM-IV))作为诊断标准。纳入标准:①年龄18—60岁;②符合DSM-IV抑郁障碍,单次发作诊断标准;③抑郁自评量表(SDS)≥50分,并且汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)≥17分;④2周内未服用任何抗抑郁药和其他抗精神病药物;⑤无其他精神疾病及器质性脑部疾病;⑥6个月内无酒精和药物滥用史。其中,男29例,女46例;平均年龄为(32±10.74)岁;平均受教育年限为(11.7±3.4)年。本患者组平均抑郁量表得分为(21.53±3.48)分。

对照组:选取71例健康自愿者,纳入标准:①无精神疾病史;②无精神疾病家族遗传史;③与患者无血缘关系。其中,男36例,女35例;平均年龄为(30.25±9.00)岁;平均受教育年限为(12.2±3.7)年。

患者组与对照组年龄、性别、文化程度相匹配,差异无显著性意义。所有研究对象均同意参加本研究,并签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 临床评估:使用汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)对抑郁症患者进行临床症状评估。包括躯体/焦虑化、体重、认识障碍、日夜变化、阻滞、睡眠障碍和绝望感共7个因子。

1.2.2 神经心理测验:采用中文版可重复神经心理状态测验(repeatable battery for the assessment of neuropsychological status, RBANS)对抑郁症患者和对照组进行神经心理测验, RBANS由Randolph C于1998年编制,该测验具有快速、有效、敏感、易感性的特点,可重复使用,无明显的学习效应。国际上已广泛用于精神分裂症,双向情感障碍,抑郁症等的认知评定^[4]。由北京回龙观医院的张保华等译成中文版,经验证明具有良好的信度和效度。该测验是一个简明的、由单人操作的测验^[5],测评内容包括:①即刻记忆层面:词汇学习和故事复述测验;②言语功能层面:言语流畅性和图画命名测验;③注意层面:编码测验;④视觉广度层面:图形临摹和线条定位测验。

测评由一名曾在北京回龙观医院经过培训,具有良好一致性的心理测评人员进行。

1.3 统计学分析

所有资料用SPSS13.0统计软件管理,进行相应的数据复核。患者组和对照组之间采用独立样本 t 检验的方法;抑郁症临床症状与执行功能的关系采用Pearson相关进行计算。统计学的显著水平使用 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 患者组和对照组在即刻记忆层面的差异

在词汇学习和故事复述的测验中,患者组凭记忆说出的正确数目均少于对照组,差异有显著性意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 患者组和对照组在言语功能层面的差异

在图画命名测验和言语流畅性测验中,患者组能正确命名的个数和在规定时间内说出的词语个数均少于对照组,差异有显著性意义($P<0.05$)。见表1。

2.3 患者组和对照组在注意层面的差异

在编码测验中,病例组在规定时间内正确书写的个数要少于对照组,且两组差异有显著性意义($P<0.05$)。见表1。

2.4 患者组和对照组在视觉广度层面的差异

在图形临摹和线条定位测验中,患者组的成绩均低于对照组,且差异有显著性意义($P<0.05$)。见表1。

2.5 抑郁症临床症状与各执行功能测验的关系

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.02.028

1 临汾市荣军康复医院,临汾,041000; 2 山西医科大学第一医院
作者简介:段秀芳,女,住院医师; 收稿日期:2009-11-10

在 HAMD 各因子与各认知功能测验的相关分析中,焦虑/躯体化因子与言语功能层面的图画命名测验呈负相关($r=-3.33, P<0.05$),与视觉广度层面的线条定位测验呈正相关($r=0.236, P<0.05$); 认识障碍因子与视觉广度层面的图形临摹测验呈负相关($r=-0.271, P<0.05$); 阻滞因子与言语功能层面的图画命名测验呈负相关($r=-0.310, P<0.05$); 绝望感因子与言语功能层面的图画命名测验呈负相关($r=-0.237, P<0.05$),与编码测验呈正相关($r=0.258, P<0.05$),与视觉广度层面的图形临摹测验呈正相关($r=0.276, P<0.05$),与线条定位测验也呈正相关($r=0.328, P<0.05$)。其余相关差异无显著性意义($P>0.05$)。见表 2。

表1 患者组与对照组 RBANS 测验结果 ($\bar{x}\pm s$)

	患者组	对照组	t 值	P 值
词汇学习	24.04±6.44	28.68±6.09	-4.465	0.000
故事复述	10.52±5.11	15.65±3.83	-6.882	0.000
图画命名	9.16±1.63	9.49±0.65	-2.148	0.034
言语流畅性	17.08±4.20	19.62±4.23	-3.643	0.000
编码测验	44.83±12.41	54.41±11.70	-4.795	0.000
图形临摹	15.07±3.02	16.76±2.80	-3.512	0.001
线条定位	15.59±3.23	17.23±2.47	-3.458	0.001

表 2 HAMD各因子分与各执行功能测验结果的 Pearson 相关分析

HAMD 因子	词汇学习	故事复述	图画命名	言语流畅性	编码测验	图形临摹	线条定位
焦虑/躯体化	0.097	-0.018	-0.333 ^②	0.000	0.106	0.180	0.236 ^①
体重	0.161	0.049	-0.198	-0.014	-0.092	0.119	0.141
认识障碍	-0.174	-0.121	-0.102	-0.041	-0.164	-0.271 ^①	-0.032
日夜变化	-0.033	0.066	-0.007	-0.015	0.156	0.197	0.078
阻滞	-0.017	-0.045	-0.310 ^②	-0.103	-0.041	0.018	-0.086
睡眠障碍	0.198	0.006	-0.033	0.091	-0.078	-0.015	0.022
绝望感	0.037	0.112	-0.237 ^①	-0.108	0.258 ^①	0.276 ^①	0.328 ^②

与患者组比较:① $P<0.05$,② $P<0.01$

3 讨论

诸多研究表明,抑郁症患者常伴有认知功能障碍,表现为脑功能的全面损害,特别是以执行功能障碍为特征的额叶损害^[6]。这类症状可能存在于抑郁症状之外,是即使在缓解期内仍不能恢复正常社会功能的主要原因^[7]。

本研究的结果显示,抑郁症患者在即刻记忆、言语功能、注意、视觉广度层面与对照组相比均有所减退,而且差异有显著性意义,说明首发抑郁症患者的执行功能较健康人确实受到了不同程度的损害。此测试结果与国内外研究结果基本一致^[8-10]。

此外,研究还发现 HAMD 的焦虑/躯体化、阻滞、绝望感因子与言语功能层面的图画命名测验呈负相关,提示抑郁症患者的言语功能损害可能与临床症状有关;抑郁各因子严重

程度越重,言语功能损害越重。绝望感因子与编码测验和视觉广度层面的图形临摹、线条定位测验呈正相关,焦虑/躯体化因子与视觉广度层面的线条定位测验呈正相关,提示患者的绝望感越严重,其注意层面和视觉广度层面的功能损害越重; 认识障碍因子与视觉广度层面的图形临摹测验呈负相关,说明认识障碍在一定程度上影响了患者视觉广度。这些提示抑郁症患者的视觉记忆、运动控制、空间知觉力、视觉记忆对细节的警惕、视觉分析综合能力、逻辑联想、部分与整体关系的观念思维灵活性、想象力、抓住事物线索的能力及眼-手协调能力均受到损害^[9]。也有研究表明,执行功能受损会导致个体难以开始一项活动,难以在活动中监控自我绩效,在排除不相关任务的干扰和保持注意方向出现功能性局限^[11]。抑郁症患者病情严重程度与执行功能障碍孰因孰果还有待进一步研究。

本研究结果初步显示,首发抑郁症患者的执行功能确实存在不同程度的损害,患者的执行功能损害程度与抑郁的亚临床症状有关。

参考文献

- [1] 曹燕翔,姚志剑,谢世平.抑郁症执行功能的研究进展[J].国际精神病学杂志,2007,34(4):208—211.
- [2] 罗兰兰,张勉.抑郁症患者认知功能障碍的研究进展[J].国际精神病学杂志,2005,32(3):159—161.
- [3] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998.121—126.
- [4] Randolph C. Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status (RBANS)[M].San Antonio,TX:Psychological Corporation,1998.
- [5] 张保华,谭云龙,张玉芳.重复性成套性神经心理状态测验的信度、效度分析[J].中国心理卫生杂志,2008,22(12):865—869.
- [6] Veiel HO.A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression [J].J Clin Exp Neuropsychol, 1997,19(4):587—603.
- [7] 卞清涛,谢光荣.抑郁症的认知功能障碍[J].国外医学·精神病学分册,2002,29(3): 141—143.
- [8] 苏晖,江开达.抑郁症首次发病患者认知功能的研究[J].中华精神科杂志,2005,38(3): 146—149.
- [9] 陈策,李正仪.抑郁症认知功能损害特点的初步研究[J].实用医技杂志,2008,10(15): 1227—1229.
- [10] Elliott R, Sahakian BJ, McKay AP, et al. Neuropsychological impairments in unipolar depression:the influence of perceived failure on subsequent performance [J]. Psychol Med,1996,26(5): 975—989.
- [11] 杨晓昫,王君,罗跃嘉.认知功能障碍的评估和康复策略[J].中国康复医学杂志, 2008,23(9):849—853.