

【心理卫生】

早期介入认知行为治疗对重度抑郁发作患者生活质量的影响

江妙玲,周燕玲,李雪珍,卢风华,何红波,黄 雄,刘 琳,叶 敏,余 敏
(广州医科大学附属脑科医院 广州市惠爱医院,广东 广州 510370)

【摘要】目的 探讨早期介入认知行为治疗对重度抑郁发作患者生活质量的影响。**方法** 选取60例重度抑郁发作患者,随机分为干预组和对照组,各30例。对照组给予常规药物治疗、护理和健康教育,干预组在对照组的基础上早期进行6周的认知行为治疗。在基线、第4周、第6周采用汉密尔顿抑郁量表、健康状况调查问卷进行评定。**结果** 抑郁量表及健康状况调查问卷各维度评分在基线组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。重复测量的方差分析结果显示,抑郁量表及健康状况调查问卷各维度评分时间主效应有统计学意义($P<0.05$)。抑郁量表及健康状况调查问卷的7个维度(心理健康维度除外)评分组间主效应有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 重度抑郁发作患者早期给予认知行为治疗,可明显改善患者的抑郁情绪,提高其生活质量。

【关键词】 认知行为治疗,早期; 抑郁发作,重度; 生活质量

【中图分类号】 R473.74 **【文献标识码】** A **【DOI】** 10.16460/j.issn1008-9969.2017.15.067

Effect of Early Cognitive Behavior Treatment on Quality of Life of Patients with Major Depressive Episode

JIANG Miao-ling, ZHOU Yan-ling, LI Xue-zhen, LU Feng-hua, HE Hong-bo, HUANG Xiong, LIU Lin, YE Min, YU Min
(Guangzhou Huiai Hospital, the Affiliated Brain Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510370, China)

Abstract: Objective To explore the effect of early cognitive behavior treatment on quality of life of patients with major depressive episode. **Methods** Sixty patients with major depressive episode were randomly divided into study group and control group. Control group was given routine care, and study group additional cognitive behavior treatment at the first 6 weeks. Hamilton Depression Scale (HAMD-17) and Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) were assessed at baseline, the end of the 4th week, and the end of the 6th week. **Results** There was no difference between two groups at baseline ($P>0.05$). Analysis of variance of repeated measures showed that scores of HAMD and all dimensions of SF-36 by time were statistically significant ($P<0.05$). Scores of HAMD and SF-36 (except dimension of MH) by groups were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Early cognitive behavior treatment could remarkably improve depressive emotion and quality of life in patients with major depressive episode.

Key words: cognitive behavior treatment, early; depressive episode, major; quality of life

抑郁症是指以显著而持久的情绪低落、活动能力减退、思维与认知功能迟缓为临床主要特征的一类心境障碍,严重影响患者的生活质量^[1]。抑郁症的治疗目标不仅仅是症状的完全消失,而是全面考虑症状消失、功能康复及生活质量恢复^[2-3]。相关研究证明,认知行为是一种有效的治疗方法,其合并药物治疗可以有效提高患者的治疗依从性、降低复发率,有利于功能康复及生活质量恢复^[4-5]。目前认知行为治疗已经广泛应用于临床,但是大多数抑郁症患者在稳定期或者是急性症状基本被控制后才开始接受认知行为治疗,而重度抑郁发作患者急性期进行认知行为治疗的报道不多。既往有文献报道青少年抑郁症患者在急性期就开始接受认知行为治疗,能更

快减轻症状,更早恢复社会心理功能^[6-7]。因此,本研究对重度抑郁发作患者急性阶段及开始介入认知行为治疗,了解认知行为治疗对抑郁症状及生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取在广州医科大学附属脑科医院住院治疗的重度抑郁患者60例,采用随机数字表法将患者分为2组,对照组30例,其中女性18例,男性12例,年龄(32.1±11.8)岁,病程(6.4±5.5)年。认知行为治疗干预组30例,其中女性16例,男性14例,年龄(31.7±11.0)岁,病程(7.6±7.2)年。所有患者均符合以下标准:《国际疾病与相关健康问题统计分类》(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10) 抑郁症的诊断标准^[8];汉密尔顿抑郁量表^[9](Hamilton Depression Scale, HAMD)17项版本评分≥24分;年龄18~60岁;具有阅读能力及应答能力并愿意参加本研究,受试者及监护人签署知情同意书。排除标准:合并严

【收稿日期】 2017-05-10

【基金项目】 国家自然科学基金(81371506),广东省医学科研基金(B2015124)

【作者简介】 江妙玲(1971-),女,广东广州人,本科学历,副主任护师,科护士长。

【通信作者】 何红波(1977-),男,湖北鄂州人,博士,副主任医师,科长。

重脑器质性疾病或躯体疾病;合并精神活性物质有害使用或依赖;需接受无抽搐电休克治疗患者;合并痴呆患者。患者入组后均单一使用五羟色胺再摄取抑制剂类(selective serotonin reuptake inhibitor,SSRI)抗抑郁药物治疗。2组患者在年龄、性别、婚姻状况、病程等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法 2组患者在研究期间均接受常规的药物、常规心理护理及健康教育。健康教育以举办讲座、发放知识手册和情绪管理手册等形式实施,每周2次,每次30 min,共12次,主要内容包括:人生理与心理特点、心理问题与发生;正确应对常见的问题;抑郁症发病因素、临床特点、治疗效果及预防复发知识等。常规心理护理包括:了解患者的个体特征,从内心支持和关心患者,消除患者的不安全感 and 孤独感,根据患者的个体特征鼓励患者多进行个体性活动,如团体的体育活动、游戏等。同时与患者家属建立良好的联系,鼓励患者和家属的有效的沟通和互动。对照组采用以上干预,回答患者及家属的提问,或对其需遵守的注意事项进行指导,不进行其他心理治疗干预。干预组在常规药物治疗、常规心理护理及健康教育的基础上合并早期实施认知行为治疗,每周2次,每次30 min,共6周。本研究获得广州医科大学附属脑科医院伦理委员会审核批准,入组患者及其监护人均知情同意并签署书面知情同意书。

1.2.1 人员组成 成立心理治疗小组,以精神科医师和心理治疗师、责任护士为主要成员,共6名,精神科医师负责病历的收集、整理,护士负责患者资料收集和评估,心理治疗师负责治疗方案的制定及实施。心理治疗师接受过专业的认知行为治疗培训,并通过一致性检验。

1.2.2 认知行为治疗实施

1.2.2.1 目标确定 根据患者的真实经历和不同的个案分享帮助患者建立正确的目标,治疗过程中分发特定的治疗资料和家庭作业表格。认知行为治疗的主体主要包括:破冰和治疗目标制定(第1—第2周);识别、评价自动思维(第3周);情绪分辨和确认(第4周);应对自动思维和不合理情绪(第5周);识别和矫正核心信念(第6周)。

1.2.2.2 破冰活动及治疗目标的制定 在治疗的第1—第2周,根据抑郁症患者被动、消极,尤其部分患者思维迟钝、言语减少等特点,心理治疗师通过小游戏的设计和患者完成破冰练习,逐步与患者建立开端良好的治疗关系,了解患者个体的疾病诱因、病情特点、需要重点关注的需求或者自身改变的需求强度等。向患者介绍治疗过程所采取的方式、注意事

项,根据患者的自身病情特点和需求向患者介绍治疗目标制定的意义,与患者一起探讨适合患者本人的短期和长期治疗目标。

1.2.2.3 识别、评价、确认、应对自动思维、不合理情绪和核心信念 治疗第3—第6周,通过事先设计好的书面材料让患者学习关于自动思维、情绪、核心信念的概念、确认、识别和处理等。根据抑郁患者本身病情,如思维迟缓、注意不能集中等以及个体特征的不同,理解、识别和确认的过程中采用讲解、场景设置、角色扮演、讨论与反馈等多种方式进行学习和练习,其后每个不同的患者根据其病情和需求,讨论、设定不同的家庭作业,如个别患者设定逐步增加运动时间或者改变活动方式、个别患者设定逐步调整生物钟进行睡眠训练等的作业类型。治疗结束时治疗师与患者一起讨论治疗短期、长期目标的进展状况,对患者目前的状况进行总结和分析,和患者一起讨论和探讨结束后患者的进一步治疗。

1.2.2.4 积极性行为的训练和强化 每天早上进行一次手指操、回春操锻炼,帮助患者学习如何通过身体锻炼进行放松;根据患者的兴趣,每周安排2次陶艺或字画训练,帮助患者提高专注力及找到适合自身的兴趣,增强患者的个体和家庭、社交支持系统建设。

1.3 评价指标 分别于入院时、干预第4周及第6周使用汉密尔顿抑郁量表和健康状况调查问卷对患者进行评估。量表评估人员经过一致性培训,不了解患者的分组情况,为评估者单盲法。

1.3.1 汉密尔顿抑郁量表 本研究采用17项版本,用于评估患者抑郁症状的严重程度。该量表包括17个条目,分数越高,代表症状越重。总分超过24分为严重抑郁,超过17分为中度,超过7分为轻度抑郁,如小于7分则没有抑郁症状^[9]。

1.3.2 健康状况调查问卷评定 该量表含36个单项,包括8个维度:躯体功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康感、生命活力、社交功能、情感职能、心理健康。分值越高,提示生活质量越好^[10]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0处理数据,计数资料采用例数及百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。计量资料采用 $\bar{X}\pm S$ 表示,组间比较采用 t 检验及重复测量方差分析。检验水准 α 为0.05,双侧检验。

2 结果

2.1 2组干预及随访完成情况 干预组患者全部完成6周的认知行为治疗,2组患者均能配合完成6周的量表评估。

2.2 2组抑郁得分、生活质量评分比较 抑郁总分

及生活质量各维度评分在入组时进行组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。抑郁总分及生活质量各维度评分时间主效应有统计学意义($P<0.05$)。抑郁总分及躯体功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康感、

生命活力、社交功能、情感职能评分在组间主效应有统计学意义($P<0.05$),心理健康评分组间主效应差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 1、表 2。

表 1 2 组重度抑郁患者不同时间点抑郁得分、生活质量评分($\bar{X}\pm S$,分)

变量	干预组(n=30)			对照组(n=30)		
	基线	第 4 周	第 6 周	基线	第 4 周	第 6 周
汉密尔顿抑郁量表	29.5±4.7	10.7±4.2	8.3±4.9	30.6±6.1	13.8±5.2	11.6±4.4
健康状况调查问卷						
躯体功能	61.5±12.3	74.1±21.8	81.0±18.2	60.3±11.8	60.3±20.6	68.2±17.1
生理职能	61.6±23.8	64.7±15.5	79.2±20.2	60.5±22.0	53.8±14.2	64.6±13.7
躯体疼痛	48.7±14.4	66.8±18.0	66.4±23.3	48.6±17.6	56.6±16.6	59.1±10.7
总体健康	49.9±21.8	77.0±18.0	76.2±19.2	40.7±15.4	61.3±26.9	60.5±13.4
生命活力	49.1±18.0	73.9±20.9	78.5±21.6	50.9±30.2	56.8±29.8	64.2±21.2
社交功能	49.8±12.9	71.4±19.6	75.6±21.2	48.7±28.6	56.7±30.9	68.8±25.1
情感职能	50.9±24.5	66.1±14.7	72.3±22.2	49.0±30.1	66.9±19.5	60.9±26.7
心理健康	53.1±14.9	55.3±23.0	76.5±19.5	52.3±19.8	57.7±20.1	70.5±17.0

表 2 2 组重度抑郁患者不同时间点抑郁得分、生活质量评分重复测量方差分析结果

变量	时间主效应		组间主效应		交互效应	
	F	P	F	P	F	P
汉密尔顿抑郁量表	296.218	<0.001	11.315	0.001	0.810	0.447
健康状况调查问卷						
躯体功能	10.473	<0.001	10.647	0.002	2.740	0.069
生理职能	4.975	0.008	11.616	0.001	2.295	0.105
躯体疼痛	14.772	<0.001	4.468	0.039	2.111	0.126
总体健康	23.250	<0.001	29.928	<0.001	0.502	0.607
生命活力	13.960	<0.001	9.751	0.003	2.374	0.098
社交功能	13.395	<0.001	6.865	0.011	1.592	0.208
情感职能	6.819	0.002	6.404	0.014	0.942	0.393
心理健康	24.748	<0.001	0.446	0.507	0.713	0.492

3 讨论

3.1 早期介入认知行为治疗对重性抑郁发作患者抑郁症状的影响 认知行为治疗主要是将认知疗法、行为疗法互相融合、整合的一种新型心理治疗方法。文献报道认知行为治疗可重塑抑郁症患者的自信与理念,减轻患者负罪感,降低自杀的发生^[11]。本研究采用认知行为治疗强调早期“破冰”练习。“破冰”之意,就像打破严冬厚厚的冰层,破除人与人之间的隔阂与冷漠,加深医患之间的相互了解,消除紧张,营造一种团结和谐、轻松愉悦的治疗氛围。本研究在入院第 1 周,心理治疗师针对患者思维迟缓、注意不能集中、言语减少,情绪低落等疾病特征,通过破冰游戏来触发患者的潜在意识,转移患者注意力,消除患者与心理治疗师之间的间隔,改善护患关系,提高患者的治疗配合程度,保证重性抑郁患者能够接受心理干预治疗。既往研究报道认知行为治疗能有效改善抑郁患者的抑郁症状^[4-5,12-14],但多数报道的实施认知行为治疗的患者大多数处于恢复期或

者是急性精神症状基本被控制之后进行的,可能是因为恢复期的抑郁症患者更加愿意接受心理治疗,治疗配合程度更高^[4,14]。韩自力等^[15]研究报道对重性抑郁发作患者的早期治疗不仅能减轻患者的抑郁症状,还能提高患者的治疗依从性,对巩固疗效、预防复发具有重要意义。本研究在重度抑郁发作早期即介入认知行为治疗,结果显示,抑郁评分组间主效应有统计学意义,干预组评分在第 4 周、第 6 周低于对照组,提示抗抑郁药物治疗合并认识行为治疗能有效减轻抑郁症状。因此,认知行为治疗不仅能有效改善缓解期患者的抑郁症状,对重度抑郁发作患者早期即有改善抑郁症状的作用。

3.2 早期介入认知行为治疗对重性抑郁发作患者生活质量的影响 本研究还发现,认知行为治疗对重度抑郁发作患者的生活质量也有改善作用。生活质量问卷除了心理健康维度,其他 7 个维度的评分组间主效应有统计学意义,干预组的评分在第 4 周、第 6 周均低于对照组,提示早期介入认知行为治疗有利于患者生活质量早期恢复。这与既往文献报道的认知行为治疗有效减轻抑郁症患者精神症状及改善生活质量的结果一致^[4-5,12-14]。比如,文献报道艾司西酞普兰联合认知行为治疗抑郁症,汉密尔顿抑郁量表及生活质量综合评定问卷(Generic Quality of Life Inventory 74,GQOL-74)在第 4 周分别就明显较艾司西酞普兰组降低及升高^[4]。贾金鼎等报道了认知行为治疗合并抗抑郁药物治疗后,第 6 周时抑郁分数下降,明显低于药物治疗组,生活质量分数较药物组明显增加^[16]。本研究证实早期介入认知行为干预,可有效加强重度抑郁障碍患者和家属对疾病的认识,找出疾病复发的原因及采取针对性措施,纠

正患者的心理误区,改变不合理观念和引导其对不良事件的应对方式,改善患者的心理状态,提高重度抑郁障碍患者的生活质量。

3.3 早期介入认知行为治疗的优势及局限性 美国精神病学学会 2010 版的《抑郁症治疗指南》中明确提出,在治疗方案的选择上需征求患者的意愿,心理治疗适用于轻度到中度抑郁症和特殊患者(如孕产妇、药物不耐受者等)的急性期治疗,亦可与药物治疗合用适用于不同严重程度抑郁症治疗的各个阶段(包括急性期、巩固期和维持期)^[12]。因此在抑郁发作早期就应该采取综合治疗措施,包括药物治疗、物理治疗及心理、康复治疗,期望在疾病早期阶段尽快控制症状、恢复功能状态及生活质量。本研究的优势是在重度抑郁发作患者早期即开始接受认知行为治疗,早期减轻抑郁症状,提高生活质量。另外,本研究的认知行为治疗采用一般认知行为治疗的材料,并根据抑郁症患者病情的特点以及个性特征,结合游戏、场景设置、角色扮演、讨论与反馈等多种方式,通过个体化的目标设置以及家庭作业练习对患者进行治疗,识别患者“我不好”的核心信念、学会启动自动思维,使他们了解到事情有解决的可能性和可行性,消除患者自责、悲观的观念及不合理情绪,以纠正不合理认知,降低自杀风险。本研究有以下不足,一是样本量偏小,研究结果容易出现假阳性。二是随访时间短,未能进一步了解认知行为治疗对抑郁症状及生活质量的长期效果。

综上所述,本研究表明,重度抑郁发作患者在药物治疗基础上早期介入认知行为治疗既能有效减轻精神症状,还能有效提高生活质量,该心理治疗技术值得在精神病专科医院广泛推广使用。

[参 考 文 献]

- [1] 肖焱南,陈梓朗,吴逢春. 急性抑郁发作患者生活质量与主观症状的相关性[J]. 广东医学, 2015(14):2221-2223. DOI:10.13820/j.cnki.gdyx.2015.14.025.
- [2] Strine T W, Kroenke K, Dhingra S, et al. The Associations between Depression, Health-related Quality of Life, Social support, Life Ssatisfaction, and Disability in Community-dwelling US Adults[J]. J Nerv Ment Dis,2009,197(1):61-64. DOI:10.1097/NMD.0b013e3181924ad8.
- [3] Szanto K, Dombrowski A Y, Sahakian B J, et al. Social E-

motion Recognition, Social Functioning, and Attempted Suicide in Late-Life Depression[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2012,20(3):257-265. DOI:10.1097/JGP.0b013e31820eea0c.

- [4] 王 林,陈爱民. 希望理论与认知行为治疗在抑郁症患者中的整合应用[J]. 护理学报,2014, 21(4):72-74.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2014.04.028.
- [5] 王秋萍,章新琼,朱 宇,等. 认知行为疗法对乳腺癌患者抑郁和生活质量的影响系统评价和 Meta 分析[J].护理学报, 2015,22(24):1-6.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2015.24.001.
- [6] Chávez-león E, Benitez-camacho E, Ontiveros Uribe M P. Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Acute Major Depressive Episodes in Bipolar Disorder Type II[J]. Salud Ment (Mex),2014(37):109-115.
- [7] Melvin G A, Tonge B J, King N J, et al. A Comparison of Cognitive-behavioral Therapy, Sertraline, and Their Combination for Adolescent Depression[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,2006,45(10):1151-1161.DOI:10.1097/01.chi.0000233157.21925.71.
- [8] 范肖东,汪向东,于 欣,等翻译.ICD-10 精神与行为障碍分类(临床描述与诊断要点)[M]. 北京:人民卫生出版社(中文版),1993:23.
- [9] 张明园. 精神科评定量表手册[M].4 版.长沙:湖南科学技术出版社,2003.
- [10] 方积乾,郝元涛. 健康状况调查问卷(SF-36)[J]. 中国行为医学科学,2001,10(特刊):19-24.
- [11] Klein J B, Jacobs R H, Reinecke M A. Cognitive-behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Meta-analytic Investigation of Changes in Effect-size Estimates[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,2007,46(11):1403-1413.DOI: 10.1097/chi.0b013e3180592aaa.
- [12] Gelenberg A J, Freeman M P, Markowitz J C, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder[M]. 3th ed. Washinton DC: American Psychiatric Publishing, 2010.
- [13] Zhang B, Ding X, Weihong L U, et al. Effect of Group Cognitive-behavioral Therapy on the Quality of Life and Social Functioning of Patients with Mild Depression[J]. Shanghai Arch Psychiatry,2016,28(1):18-27.DOI:10.11919/j.issn.1002-0829.215116.
- [14] Johnston-twining C, Dillinger A, Mooers J, et al. A Systematic Review of the Literature: Cognitive Behavioral Therapy Interventions for Depression, 2015[DB/OL].[2017-03-01]. http://jdc.jefferson.edu/createday/32.
- [15] 韩自力,甘照宇,唐秀梅,等. 重症抑郁发作缓解后 8 周和 2 年的疗效及其预测因素[J].中国神经精神疾病杂志,2011, 37(2):72-75. DOI:10.3969/j.issn.1002-0152.2011.02.004.
- [16] 贾金鼎,杨建章,余 学,等.认知行为治疗对抑郁症患者的疗效及生活质量的影响[J]. 中国健康心理学杂志,2011 (12):1411-1413.DOI:10.13342/j.cnki.cjhp.2011.12.050.

[本文编辑:陈伶俐]