

· 论 著 ·

# 认知行为干预护理对抑郁症患者影响的临床对照研究

刘 芹 孔凡贞 黎玮琴 赵惠英 杨 勇 钱正康 曲一凡

**【摘要】目的** 探讨认知行为干预护理对抑郁症患者应对方式的影响。**方法** 采用随机数字表法将符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》(CCMD-3)的64例抑郁症患者分为研究组和对照组各32例。两组患者均接受抗抑郁药物治疗,研究组合并认知行为干预护理,对照组仅予常规精神科护理。所有患者在入组时、治疗6周后采用汉密尔顿抑郁量表24项(HAMD-24)、抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)及简易应对方式问卷(SCSQ)进行评估。**结果** 干预6周后研究组的HAMD-24、SDS、SAS得分较对照组低( $P < 0.01$ );研究者组SCSQ中消极应对方式评分较对照组低( $P < 0.01$ ),积极应对方式评分则高于对照组( $P < 0.01$ )。**结论** 认知行为干预护理可能有利于改善抑郁症患者焦虑抑郁情绪和提高其积极应对能力。

**【关键词】** 抑郁症;认知行为干预护理;应对方式

中图分类号:R749.4

文献标识码:A

doi:10.3969/j.issn.1007-3256.2014.05.006

## Impact of cognitive behavior intervention on coping style in patients with depression

LIU Qin, KONG Fan-zhen, LI Wei-qin, ZHAO Hui-ying, YANG Yong, QIAN Zheng-kang, QU Yi-fan

Clinical Psychological Department, the Affiliated Guangji Hospital of Soochow University, Suzhou 215008, China

**【Abstract】Objective** To explore the impact of cognitive behavior intervention on coping style in patients with depression. **Methods** 64 patients with depression diagnosed by CCMD-3 were randomly divided into two groups. Control group was treated with anti-depression medications and with general psychiatric care, and research group was treated with antidepressant medications and cognitive behavior intervention. The validity were evaluated with Hamilton's Depression Scale (HAMD-24), self-rating depression scale (SDS), self-rating anxiety scale (SAS), simplified coping style questionnaire (SCSQ) at the base line and 6 weeks after. **Results** The scores of HAMD-24, SDS, SAS and negative coping style in SCSQ were significantly lower ( $P < 0.01$ ) in research group compared to those in control group while the score of positive coping style was higher after intervention ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** Cognitive behavior intervention could relieve the depressive and anxious emotion, enhance the positive coping style and improve the life quality.

**【Key words】** Depression; Cognitive behavior intervention; Coping style

抑郁症是最常见的精神障碍之一,全球发病率为3%~5%,我国为6.9%<sup>[1]</sup>。以情绪低落、兴趣缺乏、乐趣丧失等为主要临床特征。抑郁症患者由于认知的偏差,对生活事件通常采用消极的应对方式,又加重了抑郁症状,并与抑郁症状的反复发作相关,给患者生活和工作带来严重影响<sup>[2-3]</sup>。认知行为干预护理是精神科专科护理干预模式之一<sup>[4]</sup>,在精神科抑郁症患者的临床护理研究中具有较高应用价值,近年来越来越受到重视,但国内系统性研究相对较少,故本研究进行认知行为干预护理对抑郁症患

者影响的临床对照研究。

### 1 对象和方法

**1.1 对象** 以2012年1月-2013年12月在苏州大学附属广济医院临床心理科住院抑郁症患者为研究对象。入组标准:①符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》(Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disease, third edition, CCMD-3)关于无精神病性症状的抑郁症诊断标准<sup>[5]</sup>;②年龄18~58岁;③初中以上文化程度;④男女不限;⑤汉密尔顿抑郁量表24项版(Hamilton Depression Scale, HAMD-24)总评分 $\geq 20$ 分;排除标准:排除有严重自杀倾向、躯体疾病者。共64例患者纳入研究,并采用随机数字表随机分为研究组(认知行为干预护理组)

项目基金:苏州市临床重点病种诊疗专项项目(LCZX201316)。

作者单位:215008 苏州市广济医院

通信作者:钱正康, E-mail: drqzk@163.com

和对照组(常规精神科护理组)各 32 例,其中研究组男性 10 例,女性 22 例,平均年龄(37.49 ± 7.29)岁,总病程 3~303 月,平均病程(83.23 ± 60.98)月,入组时 HAMD 基线评分为(32.53 ± 2.90)分;对照组男性 12 人,女性 20 人,平均年龄(37.92 ± 8.87)岁,总病程 5~267 月,平均病程(80.27 ± 59.52)月,入组时 HAMD 基线评分为(32.56 ± 2.97)分。对照组脱落 1 例,研究组脱落 2 例。两组性别、平均年龄、病程差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

## 1.2 方法

1.2.1 干预方法 所有患者均接受抗抑郁药物治疗,对照组合并常规精神科护理。研究组在接受抗抑郁药物治疗基础上联合认知行为干预护理,由 1 名具有心理咨询资格的主管护师采用集体干预与个别指导的方法实施干预。具体操作步骤:①建立信任关系。与患者沟通,了解其生活及社会支持情况,鼓励患者倾诉,认真倾听、适时共情。②帮助患者认识自动思维。进行合理情绪认知即 ABC 理论的讲解,使患者认识到激发事件与患者异常反应之间存在信念、认知等中介作用,从而帮助患者认识到自动思维的存在和影响;③通过角色扮演、情景模拟使患者面临可引起焦虑抑郁的情景,让患者评价自身的负性情绪,教会患者察觉其在压力情景下引发负性的认知,并鼓励其用另一种方法思考,积极自我对话,患者对自己的消极思想提出积极的想法,帮助患

者重新评价自我陈述来检验这些想法,形成正确的思维方式;④布置作业,教会患者以三栏笔记形式记录自己的思维并对这些思维分析,纠正错误认知;⑤日常活动计划,每天安排患者参加愉悦、力所能及的工娱治疗活动,要求患者记录日常活动的感受,鼓励患者发现问题,分析问题和解决问题。放松训练每周 2 次,每次 45 分,在音乐的配合下指导患者放松身体各部位。

1.2.2 评定方法及工具 所有纳入研究患者分别于入组当日及接受治疗 6 周后,由苏州大学附属广济医院心理测评中心心理测量师对所有患者进行心理测评,测评项目包括 HAMD-24、抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)、焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)及简易应对方式问卷(Simplified Coping Style Questionnaire, SCSQ)<sup>[6]</sup>。

1.2.3 统计方法 采用 SPSS19.0 进行数据分析。计数资料采用率和构成比描述,并使用 $\chi^2$ 检验进行比较;计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )描述,并使用  $t$  检验或非参数检验进行比较。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 一般情况比较 基线期两组性别、年龄、病程及 HAMD-24、SAS、SDS 评分差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组基线期一般情况比较

| 项 目     | 研究组( $n=32$ ) | 对照组( $n=32$ ) | $t/\chi^2$ 值 | $P$ 值 |
|---------|---------------|---------------|--------------|-------|
| 性 别     |               |               | 0.599        | 0.793 |
| 男性      | 10(15.6%)     | 12(18.8%)     |              |       |
| 女性      | 22(34.4%)     | 20(31.3%)     |              |       |
| 年龄(岁)   | 37.49 ± 7.29  | 37.92 ± 8.87  | 1.456        | 0.148 |
| 病程(月)   | 83.23 ± 60.98 | 80.27 ± 59.52 | -1.139       | 0.259 |
| HAMD-24 | 32.53 ± 2.90  | 32.56 ± 2.97  | -0.043       | 0.966 |
| SAS     | 55.84 ± 3.31  | 55.78 ± 3.19  | 0.077        | 0.939 |
| SDS     | 58.94 ± 5.29  | 57.63 ± 3.88  | 1.132        | 0.262 |

2.2 HAMD-24、SAS、SDS 评分比较 研究组患者在治疗 6 周末 HAMD-24、SAS、SDS 评分较对照组低,差异有统计学意义( $P < 0.01$ );两组在治疗 6 周

后 HAMD-24、SAS、SDS 均较各组治疗前低,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。见表 2。

表 2 HAMD-24、SAS、SDS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组 别           | HAMD-24 评分   |                           | SAS 评分       |                           | SDS 评分       |                           |
|---------------|--------------|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|---------------------------|
|               | 治疗前          | 治疗 6 周后                   | 治疗前          | 治疗 6 周后                   | 治疗前          | 治疗 6 周后                   |
| 研究组( $n=32$ ) | 32.53 ± 2.90 | 15.29 ± 2.47 <sup>a</sup> | 55.84 ± 3.31 | 35.81 ± 3.09 <sup>a</sup> | 58.94 ± 5.29 | 36.39 ± 2.62 <sup>a</sup> |
| 对照组( $n=32$ ) | 32.56 ± 2.97 | 10.60 ± 2.72 <sup>a</sup> | 55.78 ± 3.19 | 33.10 ± 3.39 <sup>a</sup> | 57.63 ± 3.88 | 33.93 ± 3.06 <sup>a</sup> |
| $t$ 值         | -0.043       | 7.055                     | 0.077        | 3.261                     | 1.132        | 3.369                     |
| $P$ 值         | 0.966        | 0.000                     | 0.939        | 0.002                     | 0.262        | 0.001                     |

注:<sup>a</sup> $P < 0.001$ 。

2.3 SCSQ 评分比较 研究组在治疗 6 周末 SCSQ 中积极应对方式得分较对照组高,而消极应对方式得分低,差异有统计学意义( $P < 0.01$ );在治疗 6 周末 研究组 SCSQ 中积极应对方式得分较治疗前高,而消极应对方得分则低,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。见表 3。

表 3 SCSQ 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组 别           | 积极应对方式           |                               | 消极应对方式           |                              |
|---------------|------------------|-------------------------------|------------------|------------------------------|
|               | 治疗前              | 治疗 6 周后                       | 治疗前              | 治疗 6 周后                      |
| 研究组( $n=32$ ) | 16.28 $\pm$ 2.89 | 26.29 $\pm$ 2.18 <sup>a</sup> | 17.44 $\pm$ 1.98 | 8.61 $\pm$ 2.42 <sup>a</sup> |
| 对照组( $n=32$ ) | 16.59 $\pm$ 2.88 | 16.80 $\pm$ 2.40              | 17.63 $\pm$ 2.00 | 16.80 $\pm$ 1.83             |
| <i>t</i> 值    | -0.433           | 16.187                        | -0.377           | -14.884                      |
| <i>P</i> 值    | 0.666            | 0.000                         | 0.707            | 0.000                        |

注: <sup>a</sup> $P < 0.001$ 。

### 3 讨 论

有研究显示,抑郁症患者常常过分关注自己的身体状况,对某些人或事不满意,常常是压抑的、过敏敏感的,有时自我贬低,同时又紧张、焦虑、反复思考,且不易采用积极应对方式<sup>[9]</sup>。荟萃分析显示,认知行为治疗在抑郁症急性期治疗中可有效减轻抑郁症状,在巩固期和维持期治疗中可有效预防或减少复发<sup>[10]</sup>。本研究结果显示,研究组在治疗 6 周末 HAMD-24、SAS、SDS 得分较对照组低( $P < 0.01$ ),与国内外研究结果一致<sup>[11-14]</sup>。表明认知行为干预护理可能可以改变抑郁症患者对人和事物的歪曲认知,理智地认识自己的障碍性行为和负性情绪,从而达到缓解病情、改善焦虑抑郁症状,提高疾病预后的目的。

本研究结果显示研究组在治疗 6 周末 SCSQ 中积极应对方式得分较治疗前及对照组同期评分高( $P < 0.01$ ),而消极应对方式得分则低( $P < 0.01$ )。表明在抑郁发作早期阶段予抗抑郁药物治疗基础上联合认知行为干预护理,可以使抑郁症患者对生活事件积极的应对能力提高,消极的应对方式减低,增强患者的自信心和自尊心,提高心理应激能力,树立其战胜疾病的信心,从而提高预后。与蒋菊芳<sup>[15]</sup>、吴艳等<sup>[16]</sup>研究结果一致。Fava<sup>[17]</sup>等研究还发现,认知行为治疗可以使大多数复发抑郁症患者停止药物治疗后摆脱复发的困扰,其有效性至少持续 6 年,这表明,在药物治疗基础上联合认知行为干预护理的疗效更持久。

综上所述,在抑郁症患者抗抑郁治疗基础上联

合认知行为干预护理可能有助于改变其不良认知和行为,使患者面临生活事件时能更多地采取积极的应对方式,从而改善焦虑、抑郁症状,增强抗抑郁药物治疗效果,提高疾病预后。本研究仅针对抑郁症患者急性期治疗进行观察,对长期治疗的影响及对复发等影响因素并未涉及,在后续的研究中,将扩大样本量,并作进一步随访。

### 参 考 文 献

- [1] Owens M, Goodyer IM, Wilkinson P, et al. 5-HTTLPR and Early Childhood Adversities Moderate Cognitive and Emotional Processing in Adolescence[J]. PLoS One 2012, 7(11): e48482.
- [2] Veiel HO, Kühner C, Brill G, et al. Psychosocial correlates of clinical depression after psychiatric in-patient treatment: methodological issues and baseline differences between recovered and non-recovered patients[J]. Psychol Med, 1992, 22(2): 415-427.
- [3] Muris P, Schmidt H, Lambrichts R, et al. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents[J]. Behav Res Ther 2001, 39(5): 555-565.
- [4] 施忠英,曹新妹,褚海英,等. 认知行为干预对抑郁症患者抑郁情绪和自杀态度影响的研究[J]. 上海护理, 2007, 7(6): 25-27.
- [5] 陈彦方. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 87-88.
- [6] 王曙红. 临床护理评价量表及应用[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2011: 219-220.
- [9] 蒋庆飞,徐秋萍,余柳霞,等. 抑郁症患者应付方式和个性特征的相关性研究[J]. 浙江预防医学, 2008, 20(2): 11-12.
- [10] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder[M]. Washington D. C. 2010.
- [11] 张玉娥,杨淑芬,付萍萍,等. 认知行为护理疗法在抑郁症患者中应用效果探讨[J]. 中外医疗, 2013, 32(21): 166-168.
- [12] Wiles N, Thomas L, Abel A, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: the CoBaIT randomised controlled trial[J]. Health Technol Assess 2014, 18(31): 1-167, vii-viii.
- [14] 王宏,宋瑞,郭明. 认知行为干预对抑郁症患者防御方式的影响[J]. 昆明医科大学学报, 2014, 35(1): 72-75.
- [15] 蒋菊芳,许玉芳,丁兰芬,等. 认知行为干预对抑郁症病人应对方式和生存质量的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(11B): 3608-3611.
- [16] 吴艳,许冬梅,李菲菲,等. 认知行为护理疗法对抑郁症患者负性情绪和应对方式的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(4): 394-396.
- [17] Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, et al. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression[J]. Am J Psychiatry 2004, 161(10): 1872-1876.

(收稿日期: 2014-07-07)