

· 论著·临床·

# 伴失眠的抑郁症患者睡眠认知特征及其对睡眠质量的影响

孟繁强, 杨丽娟\*, 张居易, 李占江

(首都医科大学附属北京安定医院, 国家精神心理疾病临床医学研究中心,

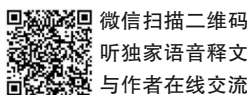
北京市精神疾病诊断与治疗重点实验室, 北京 100088

\*通信作者: 杨丽娟, E-mail: 1058669692@qq.com)

**【摘要】** **目的** 了解伴失眠的抑郁症患者对睡眠的信念与态度, 并探讨其对睡眠质量的影响。**方法** 纳入在首都医科大学附属北京安定医院就诊、符合《精神障碍诊断与统计手册(第4版)》(DSM-IV)诊断标准的伴失眠的抑郁症患者( $n=61$ )和原发性失眠患者( $n=62$ )为研究对象, 并招募健康对照组( $n=64$ )。三组被试均接受睡眠功能失调信念和态度量表(DBAS)及匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评定, 伴失眠的抑郁症患者同时接受汉密尔顿抑郁量表17项版(HAMD-17)评定。采用协方差分析比较三组被试PSQI和DBAS评分。采用多元线性回归分析探讨伴失眠的抑郁症患者PSQI评分的影响因素。**结果** 伴失眠的抑郁症组和原发性失眠组PSQI评分均高于对照组( $t=18.932, 18.610, P$ 均 $<0.01$ ), 两组DBAS评分均低于对照组( $t=-5.561, -5.791, P$ 均 $<0.01$ )。以伴失眠的抑郁症患者PSQI评分作为因变量, 建立的多元线性回归方程具有统计学意义( $F=14.095, R^2=0.327, P<0.05$ ), DBAS中对睡眠的预测与控制因子和年龄是患者睡眠质量的影响因素( $B=-0.100, -0.279, P<0.05$ 或 $0.01$ )。**结论** 伴失眠的抑郁症患者比正常人存在更多的睡眠相关负性认知, 且不良认知可能是其睡眠质量的影响因素。

**【关键词】** 抑郁症; 失眠; 信念与态度; 失眠认知行为治疗

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫描二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20220503001

## Characteristics of the sleep-related beliefs in depressive patients comorbid with insomnia and its influence on sleep quality

Meng Fanqiang, Yang Lijuan\*, Zhang Juyi, Li Zhanjiang

(Beijing An Ding Hospital, Capital Medical University, National Mental and Mental Disease Clinical Medicine Research Center,

Beijing Key Laboratory of Diagnosis and Treatment of Mental Disorders, Beijing 100088, China

\*Corresponding author: Yang Lijuan, E-mail: 1058669692@qq.com)

**【Abstract】** **Objective** To explore the beliefs and attitudes about sleep in patients with comorbid depressive disorder and insomnia, and to explore its influence on sleep quality. **Methods** Patients with comorbid depressive disorder and insomnia ( $n=61$ ) and patients with primary insomnia ( $n=62$ ) who met criteria specified in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) in Beijing An Ding Hospital Affiliated to Capital Medical University were enrolled, meantime, another 64 healthy controls were recruited. All subjects were assessed using Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Additionally, patients with comorbid depressive disorder and insomnia were evaluated using Hamilton Depression Scale-17 item (HAMD-17). The PSQI and DBAS scores were compared among three groups using analysis of covariance, and multiple linear regression analysis was used to screen the factors affecting PSQI score in patients with comorbid depressive disorder and insomnia. **Results** Compared with healthy controls, higher scores of PSQI ( $t=18.932, 18.610, P<0.01$ ) along with lower scores of DBAS ( $t=-5.561, -5.791, P<0.01$ ) were observed in patients with comorbid depressive disorder and insomnia and patients with primary insomnia. Taking the PSQI score of patients with comorbid depressive disorder and insomnia as the dependent variable, statistically significant equations were generated using multiple linear regression analysis ( $F=14.095, R^2=0.327, P<0.05$ ), and the predictive and control factors of sleep in DBAS and age were found to be the influencing factors of PSQI score in patients ( $B=-0.100, -0.279, P<0.05$  or  $0.01$ ). **Conclusion** Compared with the normal, depression patients with insomnia have more dysfunctional beliefs and attitudes towards sleep, and dysfunctional cognition may be the influencing factor of their sleep quality.

**【Keywords】** Depressive disorders; Insomnia; Beliefs and attitudes; Cognitive behavioral therapy for insomnia

基金项目: 首都卫生发展科研专项项目(项目名称: 基于认知行为治疗的失眠自我管理技术社区应用和推广研究, 项目编号: 首发2020-3-2124); 北京市属医院科研培育项目(项目名称: 失眠症认知行为治疗不同技术成分的效果比较研究, 项目编号: PX2019067)

失眠在抑郁症患者中非常普遍,数据显示,至少三分之二的抑郁症患者存在失眠问题<sup>[1]</sup>。50%以上的抑郁症患者在接受系统抗抑郁治疗后仍残留失眠症状<sup>[2]</sup>,且残留症状与认知功能损害有关<sup>[3]</sup>。失眠常作为抑郁发作的前驱症状,并可能增加抑郁症复发风险,甚至导致自杀倾向<sup>[2,4]</sup>。越来越多的研究提示,失眠可能是抑郁症发病、进展及复发的危险因素<sup>[5-7]</sup>。《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)和睡眠障碍国际分类第三版(International Classification of Sleep Disorders, third edition, ICSD-3)均删除了原发性失眠的诊断,改为失眠障碍<sup>[8]</sup>,表明不再力图寻找共患疾病之间的因果关系,提示在治疗精神疾病的同时要重视对失眠的治疗。有研究表明,患者对睡眠的不合理信念是独立的,并不简单的是一般负性信念的子集,抑郁症状的严重程度并不代表其对睡眠不合理信念的水平<sup>[9-10]</sup>。Carney等<sup>[11]</sup>研究显示,针对抑郁症的认知行为治疗(Cognitive behavioral therapy, CBT)并未改变患者对睡眠的不合理信念。抑郁症患者存在大量负性认知以及对睡眠的不合理信念<sup>[12-13]</sup>,这些非适应性信念是失眠认知行为治疗(Cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I)的重要靶点。因此,本研究探讨伴失眠的抑郁症患者对睡眠的信念与态度,并分析其对睡眠质量的影响,以期在CBT-I在此类患者中的运用提供参考。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

纳入在首都医科大学附属北京安定医院门诊就诊及住院治疗的患者为研究对象:于2015年10月-2016年3月纳入原发性失眠患者,于2019年1月-8月纳入伴失眠的抑郁症患者。于2015年10月-2016年1月从社会上招募健康对照组。

原发性失眠患者入组标准:①符合《精神障碍诊断与统计手册(第4版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, DSM-IV)原发性失眠症诊断标准;②匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)评分>7分;③年龄18~60岁;④初中及以上受教育程度。排除标准:①合并脑器质性疾病或其他严重躯体疾病者;②有睡眠节律异常、嗜睡或睡眠呼吸阻塞综合征等其他睡眠障碍者;③有冲动、伤人或自伤等行为者。伴失眠的抑郁症患者入组标准:①符合

DSM-IV重性抑郁障碍诊断标准;②PSQI评分>7分;③年龄18~60岁;④初中及以上受教育程度。排除标准:同原发性失眠组。健康对照组入组标准:①无入睡困难、睡眠维持困难、睡眠质量差或早醒等主诉;②PSQI评分≤7分;③年龄18~60岁;④初中及以上受教育程度。排除标准:①合并影响睡眠的躯体疾病或精神疾病者;②有精神疾病病史者;③近期经历重大生活事件或精神刺激者;④精神疾病家族史阳性。符合入组标准且不符合排除标准的伴失眠的抑郁症患者61例、原发性失眠患者62例、健康对照组64例<sup>[14]</sup>。所有研究对象均签署知情同意书。本研究经北京安定医院伦理委员会审查批准[批号:(2015)科研第(141号)]。

### 1.2 评定工具

采用自制调查表收集被试的社会人口学资料,包括年龄、性别、受教育年限和婚姻状况;同时收集伴失眠的抑郁症患者和原发性失眠患者的临床资料,包括病程、服药情况及家族史等。

采用睡眠功能失调信念和态度量表(Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale, DBAS)评定个体对睡眠的认知。DBAS由Morin等编制,本研究应用的是徐波等<sup>[15]</sup>的中文修订版,修订的问卷具有良好的信效度,Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.827。DBAS共24个条目,包括5个因子:①对失眠后果的灾难化解释;②对睡眠的预测与控制;③对服用药物的错误认知;④对睡眠期望的歪曲信念;⑤改善睡眠方法的错误信念。采用1~5分5级评分,DBAS总评分越低,表明对睡眠的不合理信念情况越严重。

采用PSQI评定睡眠质量。PSQI共18个条目,包括7个因子:睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物和日间功能。采用0~3分4级评分,总评分范围0~21分。PSQI评分越高,表明睡眠质量越差<sup>[16]</sup>。

采用汉密尔顿抑郁量表17项版(Hamilton Depression Scale-17 item, HAMD-17)评定患者抑郁症状严重程度。HAMD-17大部分条目采用0~4分5级评分,少部分条目采用0~2分3级评分,总评分≤7分为无抑郁,7<总评分≤17分为轻度抑郁,17<总评分≤24分为中度抑郁,>24分为重度抑郁<sup>[17]</sup>。

### 1.3 评定方法

三组被试均接受DBAS和PSQI评定,伴失眠的抑郁症患者同时接受HAMD-17评定。HAMD-17为他评量表,由3名经过量表一致性培训的主治医师进行评定,组内相关系数(ICC)为0.857。DBAS

及PSQI为自评问卷,由患者自行填写。三个量表的评定耗时约30 min。量表评定在心理测评室进行,主试采用统一指导语,若被试对题项存疑,主试可予以中性释疑。被试填写完成后当场回收答卷。剔除标准:①漏答题项数目≥3个;②作答选项存在明显的规律性。

### 1.4 统计方法

采用EpiData 3.1录入数据,采用SPSS 25.0进行统计分析。三组被试的年龄和受教育年限比较采用单因素方差分析,性别和婚姻状况比较采用 $\chi^2$ 检验。三组DBAS和PSQI评分比较采用协变量方差分析,并使用LSD法进行事后检验。采用多元线性回归分析探讨伴失眠的抑郁症患者PSQI评分的影响因素。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 三组被试一般资料及患者组临床资料

伴失眠的抑郁症组、原发性失眠组和对照组

的年龄、婚姻状况和居住地差异均有统计学意义( $P<0.05$ 或 $0.01$ )。

伴失眠的抑郁症组HAMD-17评分为(16.93±3.70)分;服用一种或多种精神科药物,包括抗抑郁药、镇静催眠药、心境稳定剂或非典型抗精神病药物;精神疾病家族史阳性者7例。原发性失眠组服用一种或多种镇静催眠药;精神疾病家族史阳性者2例。见表1。

### 2.2 三组被试PSQI评分比较

将年龄作为协变量,运用协方差分析,比较三组PSQI评分。三组被试PSQI各因子评分及总评分差异均有统计学意义( $F=41.823\sim 230.184, P$ 均 $<0.01$ )。

两两比较结果显示,伴失眠的抑郁症组与原发性失眠组PSQI各因子评分及总评分均高于对照组,差异均有统计学意义( $t=5.524\sim 18.932, t=5.413\sim 18.610, P$ 均 $<0.01$ );伴失眠的抑郁症组PSQI睡眠障碍、催眠药物、日间功能因子评分及总评分均高于原发性失眠组,差异均有统计学意义( $t=0.432\sim 2.591, P$ 均 $<0.01$ )。见表2。

表1 三组被试一般资料及患者组临床资料比较

Table 1 Demographic data of three groups and clinical data of patient groups

组别	性别(例)		年龄(岁)	受教育年限(年)	婚姻状况(例)		居住地(例)		病程(月)
	男性	女性			已婚	未婚、离异或丧偶	城市	农村	
伴失眠的抑郁症组( $n=61$ )	17	44	40.31±13.63	12.73±3.10	41	20	54	7	36.00(108.00)
原发性失眠组( $n=62$ )	22	40	43.60±13.00	12.03±3.25	43	19	50	12	49.50(93.00)
对照组( $n=64$ )	25	39	35.98±11.21	12.13±2.92	24	40	43	21	-
$F/t/\chi^2$	1.804		5.712	0.946	16.417		6.362		-
$P$	0.406		0.004	0.390	<0.010		0.042		-

表2 伴失眠的抑郁症组、原发性失眠组及对照组PSQI评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

Table 2 Comparison of PSQI scores among depression group with insomnia, primary insomnia group and control group

组别	PSQI评分							
	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物	日间功能	总评分
伴失眠的抑郁症组( $n=61$ )	2.07±0.66	2.38±0.76	1.70±1.20	1.93±1.22	1.87±0.67	2.21±1.27	1.93±0.89	14.16±3.69
原发性失眠组( $n=62$ )	2.31±0.62	2.45±0.72	1.73±1.00	1.84±1.15	1.60±0.59	1.42±1.39	1.32±0.99	12.66±3.92
对照组( $n=64$ )	0.75±0.44	0.53±0.71	0.09±0.29	0.09±0.29	1.00±0.18	0.02±0.13	0.50±0.62	2.98±1.28
$F$	121.294	131.213	61.678	64.562	41.823	62.443	46.419	230.184
$P$	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010
$t_1$	15.689	11.000	9.213	9.989	5.524	9.542	7.978	18.932
$P_1$	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010
$t_2$	15.882	13.332	10.334	9.968	7.020	7.202	5.413	18.610
$P_2$	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010
$t_3$	-0.281	-2.322	-1.052	0.084	1.412	2.375	2.591	0.432
$P_3$	0.118	1.000	1.000	0.767	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010

注:PSQI,匹兹堡睡眠质量指数量表; $F, P$ ,三组之间比较; $t_1, P_1$ ,伴失眠的抑郁症组与对照组比较; $t_2, P_2$ ,原发性失眠组与对照组比较; $t_3, P_3$ ,伴失眠的抑郁症组与原发性失眠组比较

### 2.3 三组被试 DBAS 评分比较

将年龄作为协变量,运用协方差分析,比较三组被试 DBAS 评分。三组被试对失眠后果的灾难化解释、对服用药物的错误认知、对睡眠期望的歪曲信念因子评分及 DBAS 总评分差异均有统计学意义

( $F=8.790\sim 21.450, P$ 均 $<0.01$ )。

两两比较结果显示,伴失眠的抑郁症组与原发性失眠组对失眠后果的灾难化解释、对服用药物的错误认知、对睡眠期望的歪曲信念因子评分及 DBAS 总评分均低于对照组( $t=-5.561\sim -3.423, t=-6.138\sim -0.322, P$ 均 $<0.01$ )。见表 3。

表 3 伴失眠的抑郁症组、原发性失眠组及对照组 DBAS 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

Table 3 Comparison of DBAS scores among depression group with insomnia, primary insomnia group and control group

组 别	DBAS 评分					总评分
	对失眠后果的灾难化解释	对睡眠的预测与控制	对服用药物的错误认知	对睡眠期望的歪曲信念	改善睡眠方法的错误信念	
伴失眠的抑郁症组( $n=61$ )	20.85±4.84	21.85±4.00	9.54±2.24	6.57±1.99	7.61±1.92	66.43±9.77
原发性失眠组( $n=62$ )	21.37±4.65	20.66±4.24	9.50±2.45	6.13±1.98	7.61±2.21	65.27±10.56
对照组( $n=64$ )	25.14±5.19	22.64±3.34	11.34±2.31	8.47±2.15	8.27±2.05	75.86±9.93
$F$	13.300	1.450	8.790	21.450	1.630	16.160
$P$	<0.010	0.057	<0.010	<0.010	0.122	<0.010
$t_1$	-3.423	-3.052	-5.301	-5.392	-2.364	-5.561
$P_1$	<0.010	1.000	<0.010	<0.010	0.313	<0.010
$t_2$	-0.322	-2.861	-3.964	-6.138	-1.682	-5.791
$P_2$	<0.010	0.308	<0.010	<0.010	0.414	<0.010
$t_3$	1.091	-0.192	-1.344	0.726	-0.681	0.023
$P_3$	1.000	0.654	1.000	0.743	1.000	1.000

注:DBAS,睡眠功能失调信念和态度量表; $F, P$ ,三组之间比较; $t_1, P_1$ ,伴失眠的抑郁症组与对照组比较; $t_2, P_2$ ,原发性失眠组与对照组比较; $t_3, P_3$ ,伴失眠的抑郁症组与原发性失眠组比较

### 2.4 伴失眠的抑郁症患者 PSQI 评分的影响因素

以伴失眠的抑郁症患者 PSQI 总评分作为因变量,将年龄、受教育年限、HAMD-17 总评分、DBAS 的五个因子评分作为自变量,进行多元线性回归分析。结果表明,DBAS 中对睡眠的预测与控制因子及年龄是伴失眠的抑郁症患者 PSQI 评分的影响因素( $B=-0.100, -0.279, P<0.05$ 或 $0.01$ ),建立的多元线性回归方程有统计学意义( $F=14.095, P<0.05$ ),决定系数  $R^2=0.327$ 。多元线性回归方程: $Y=16.229-0.100X_1-0.279X_2$ ( $X_1$ 为年龄, $X_2$ 为 DBAS 中睡眠预测与控制因子评分, $X$ 的系数为偏回归系数)。见表 4。

表 4 伴失眠的抑郁症患者 PSQI 评分的多元线性回归分析

Table 4 Multiple linear regression analysis of PSQI scores in depression group with insomnia

变 量	$B$	$SE$	$\beta$	$t$	$P$
常数	16.229	3.244	-	5.002	<0.010
年龄( $X_1$ )	-0.100	0.032	0.370	3.084	0.003
DBAS 睡眠预测与控制因子( $X_2$ )	-0.279	0.111	-0.303	-2.522	0.014

注:DBAS,睡眠功能失调信念和态度量表

## 3 讨 论

本研究显示,伴失眠的抑郁症组 PSQI 睡眠障碍因子评分及总评分均高于原发性失眠组,提示伴失眠的抑郁症患者比原发性失眠患者的睡眠质量更差。抑郁症患者睡眠质量差可能与抑郁症本身的症状有关,由于患者白天活动减少,卧床时间增加,在床上过多的思维反刍等,这些不良睡眠习惯均可能影响睡眠质量。根据 Spielman 等<sup>[18]</sup>提出的失眠的 3P 模型,抑郁症本身可能是急性失眠的诱发因素,而不良睡眠习惯及认知则作为失眠的维持因素使失眠慢性化。另外,抑郁症伴随的躯体症状以及抗抑郁药的使用都可能影响患者的睡眠质量<sup>[19-20]</sup>。有研究表明,抑郁症的发作次数也与睡眠质量有关,既往发作次数多的抑郁症患者有更严重的睡眠连续性障碍<sup>[21]</sup>。

本研究中,伴失眠的抑郁症患者 PSQI 日间功能因子评分高于原发性失眠组,提示伴失眠的抑郁症患者可能存在更严重的日间功能损害,可能与抑郁症本身以及抗抑郁药或镇静催眠药物的使用有关<sup>[22]</sup>。这一结果也与临床经验相符:动力不足、兴趣

减退本身就是抑郁症的核心症状。对于伴失眠的抑郁症患者而言,催眠药物使用的问题,可能与目前临床上更习惯性地使用药物改善睡眠质量有关。而原发性失眠患者往往更担心药物治疗可能存在的依赖性或其他潜在副作用,转而寻求其他非药物治疗方法以改善睡眠质量。

本研究表明,伴失眠的抑郁症患者与原发性失眠患者的 DBAS 总评分均低于对照组,但两组差异无统计学意义,提示与正常人相比,伴失眠的抑郁症患者和原发性失眠患者均存在对睡眠的不合理信念与态度,且二者对睡眠的信念与态度接近,与匡倩等<sup>[23]</sup>、汤森等<sup>[24]</sup>研究结果一致。说明抑郁症状本身可能并未加重患者对睡眠的不合理认知。既往研究表明,抑郁症患者对睡眠的不良认知是独立于抑郁症状的<sup>[9-10]</sup>,这也提示针对抑郁症的心理治疗可能并不能同时改善患者对睡眠的不合理信念,对共存或残留的失眠症状需额外关注。有研究显示,针对失眠症状的治疗有助于减轻抑郁症状,CBT-I 对失眠的改善可能介导了抑郁症状的改善<sup>[25-26]</sup>。Cheng 等<sup>[27]</sup>对伴失眠的抑郁症患者进行数字化 CBT-I,结果表明,该方法有助于降低患者抑郁症严重程度。Chang 等<sup>[28]</sup>研究结果显示,在精神疾病患者中,较高的睡眠功能失调性信念与失眠严重程度呈正相关,且这种关联在情绪障碍患者中尤为突出。Huthwaite 等<sup>[29]</sup>研究也表明,包括情绪障碍患者在内的精神疾病患者也存在与睡眠相关的不良认知,说明对睡眠的不合理信念不是原发性失眠患者所独有的,精神疾病患者尤其是情绪障碍患者应得到更多关注。提示可以从纠正睡眠相关不良信念入手,改善抑郁症患者的失眠症状,从而缓解抑郁症状、预防复发。

在伴失眠的抑郁症患者中,DBAS 中对睡眠的预测与控制因子与年龄是伴失眠的抑郁症患者睡眠质量的影响因素,提示在对此类患者进行 CBT-I 治疗时,应侧重于对睡眠的预测与控制方面,可应用刺激控制、认知重建、放松训练等技术降低患者入睡焦虑水平,调整患者对睡眠的功能失调性认知,从而改善睡眠质量。而通过开展睡眠卫生教育,让患者认识到年龄与睡眠质量的关系,可能有助于减少患者对睡眠时长的期待<sup>[30]</sup>。

综上所述,伴失眠的抑郁症患者睡眠质量较差,且与正常人相比,存在更多的睡眠相关负性认知,对睡眠的预测及控制和年龄是其睡眠质量的影响因素,提示针对睡眠认知进行干预可能有助于对

此类患者的治疗。

本研究局限性在于:①未评估睡眠的客观指标;②睡眠相关的认知特点评价方式单一;③未界定失眠是抑郁症的伴发症状还是已达到失眠症的诊断标准,可能会对结果产生一定的影响;④伴失眠的抑郁症组资料收集的时间晚于另外两组,非平行对照等因素可能在一定程度上影响结果的普适性及可推广性。在后续的研究中,可采用多导睡眠监测并结合睡眠日记,更全面地评估患者的睡眠质量;同时,应用其他认知评定工具,对患者的认知模式进行多角度评估;增加样本量,并区分失眠是抑郁症的伴随症状还是与抑郁症共病,以期为进一步改善患者的睡眠质量、提高抑郁症治疗效果以及减少疾病复发提供参考。

## 参考文献

- [1] Geoffroy PA, Hoertel N, Etain B, et al. Insomnia and hypersomnia in major depressive episode: prevalence, sociodemographic characteristics and psychiatric comorbidity in a population-based study[J]. *J Affect Disord*, 2018, 226: 132-141.
- [2] Carney CE, Segal ZV, Edinger JD, et al. A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder [J]. *J Clin Psychiat*, 2007, 68(2): 254-260.
- [3] 乞盟, 孟繁蕾, 宋天贺, 等. 伴失眠的缓解期抑郁症患者客观睡眠质量与认知功能的关系[J]. *四川精神卫生*, 2022, 35(2): 126-131.  
Qi M, Meng F, Song T, et al. Relationship between objective sleep quality and cognitive function in remission depression patients with insomnia [J]. *Sichuan Mental Health*, 2022, 35(2): 126-131.
- [4] Lovato N, Gradisar M. A meta-analysis and model of the relationship between sleep and depression in adolescents: recommendations for future research and clinical practice [J]. *Sleep Med Rev*, 2014, 18(6): 521-529.
- [5] Irwin MR. Depression and insomnia in cancer: prevalence, risk factors, and effects on cancer outcomes [J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2013, 15(11): 404.
- [6] Riemann D, Krone LB, Wulff K, et al. Sleep, insomnia, and depression[J]. *Neuropsychopharmacol*, 2020, 45(1): 74-89.
- [7] Fang H, Tu S, Sheng J, et al. Depression in sleep disturbance: a review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment[J]. *J Cell Mol Med*, 2019, 23(4): 2324-2332.
- [8] 邓佳慧, 王育梅, 孙洪强, 等. 解读 DSM-5 中睡眠-觉醒障碍和物质相关与成瘾障碍诊断标准的变化[J]. *中国药物依赖性杂志*, 2014, 23(5): 337-340, 365.  
Deng J, Wang Y, Sun H, et al. Interpretation of changes in the diagnostic criteria for sleep-wake disorders and substance-related and addiction disorders in DSM-5[J]. *Chinese Journal of*

- Drug Dependence, 2014, 23(5): 337-340, 365.
- [9] Carney CE, Edinger JD, Manber R, et al. Beliefs about sleep in disorders characterized by sleep and mood disturbance [J]. J Psychosom Res, 2007, 62(2): 179-188.
- [10] Fairholme CP, Manber R. Safety behaviors and sleep effort predict sleep disturbance and fatigue in an outpatient sample with anxiety and depressive disorders[J]. J Psychosom Res, 2014, 76(3): 233-236.
- [11] Carney CE, Harris AL, Friedman J, et al. Residual sleep beliefs and sleep disturbance following cognitive behavioral therapy for major depression[J]. *Depress Anxiety*, 2011, 28(6): 464-470.
- [12] Holubova M, Prasko J, Ociskova M, et al. Quality of life and coping strategies of outpatients with a depressive disorder in maintenance therapy - a cross-sectional study[J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2017, 14: 73-82.
- [13] Levenson JC, Bencá RM, Rumble ME, et al. Sleep related cognitions in individuals with symptoms of insomnia and depression[J]. *J Clin Sleep Med*, 2015, 11(8): 847-854.
- [14] 杨丽娟, 李占江, 曾妍妍, 等. 精神分裂症共病失眠患者睡眠认知特征及相关因素研究[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2018, 27(5): 400-404.
- Yang L, Li Z, Zeng Y, et al. Cognitive characteristics of sleep and related factors in patients with schizophrenia comorbid with insomnia[J]. *Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science*, 2018, 27(5): 400-404.
- [15] 徐波, 杨丽娟, 李占江. 睡眠功能失调信念与态度量表中文版的信效度研究[J]. *首都医科大学学报*, 2019, 40(5): 665-670.
- Xu B, Yang L, Li Z. Reliability and validity of the Chinese Version Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep scale[J]. *Journal of Capital Medical University*, 2019, 40(5): 665-670.
- [16] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. *中华精神科杂志*, 1996, 29(2): 103-107.
- Liu X, Tang M, Hu L, et al. Reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index[J]. *Chinese Journal of Psychiatry*, 1996, 29(2): 103-107.
- [17] Rush AJ, Bernstein IH, Trivedi MH, et al. An evaluation of the quick inventory of depressive symptomatology and the Hamilton Rating Scale for Depression: a sequenced treatment alternatives to relieve depression trial report [J]. *Biol Psychiatry*, 2006, 59(6): 493-501
- [18] Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment[J]. *Psychiatr Clin North Am*, 1987, 10(4): 541-553.
- [19] Oh CM, Kim HY, Na HK, et al. The effect of anxiety and depression on sleep quality of individuals with high risk for insomnia: a population-based study [J]. *Front Neurol*, 2019, 10: 849.
- [20] Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression [J]. *Dialogues Clin Neurosci*, 2006, 8(2): 227-239.
- [21] 王莹. 抑郁症相关睡眠障碍的研究进展[J]. *四川精神卫生*, 2010, 23(3): 188-191.
- Wang Y. Research progress of depression-related sleep disorders [J]. *Sichuan Mental Health*, 2010, 23(3): 188-191.
- [22] Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, et al. Sleep and sleep disorders in chronic users of zopiclone and drug-free insomniacs [J]. *J Clin Sleep Med*, 2009, 5(4): 349-354.
- [23] 匡倩, 欧红霞, 杨昕. 抑郁症与失眠症患者睡眠个人信念和态度的调查[J]. *临床精神医学杂志*, 2015, 25(2): 99-101.
- Kuang Q, Ou H, Yang X. A survey of personal beliefs about and attitude towards sleep in patients with depression and insomnia [J]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2015, 25(2): 99-101.
- [24] 汤森, 欧红霞, 杨昕, 等. 失眠症与抑郁症患者的心理韧性与其睡眠不良信念的比较及对睡眠质量的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2019, 27(7): 973-978.
- Tang M, Ou H, Yang X, et al. Comparison of resilience and sleep dysfunction beliefs and its effect on sleep quality between patients with primary insomnia and depressive patients with insomnia symptoms [J]. *China Journal of Health Psychology*, 2019, 27(7): 973-978.
- [25] Hertenstein E, Trinca E, Wunderlin M, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: a systematic review and meta-analysis [J]. *Sleep Med Rev*, 2022, 62: 101597.
- [26] Cunningham JEA, Shapiro CM. Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: a systematic review [J]. *J Psychosom Res*, 2018, 106: 1-12.
- [27] Cheng P, Kalmbach DA, Tallent G, et al. Depression prevention via digital cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled trial[J]. *Sleep*, 2019, 42(10): zsz150.
- [28] Chang S, Ma QH, Seow E, et al. Sleep beliefs and attitudes and the association with insomnia among psychiatric outpatients[J]. *J Ment Health*, 2020, 29(1): 33-39.
- [29] Huthwaite M, Miller H, McCartney J, et al. Dysfunctional cognitions about sleep in psychiatric patients [J]. *J Psychiatr Pract*, 2014, 20(3): 188-195.
- [30] Asarnow LD, Manber R. Cognitive behavioral therapy for insomnia in depression [J]. *Sleep Med Clin*, 2019, 14(2): 177-184.

(收稿日期:2022-05-03)

(本文编辑:陈霞)