

团体认知行为治疗对双相障碍患者病耻感和服药依从性的影响

孙霞 苑成梅 毕翠云 李则攀 王勇 卢卫红 薛莉莉 黄佳 吴志国
吴丹萍 叶尘宇 王宇 宋蕊 陈俊 方贻儒

【摘要】目的 探究团体认知行为治疗对双相障碍患者病耻感和服药依从性的影响。**方法** 25例患者根据配对设计分为研究组16例和对照组9例,研究组在常规治疗基础上接受团体认知行为治疗,对照组接受常规治疗,采用精神疾病病耻感量表(ISMI)和药物依从性评价量表(MARS)测评病耻感和服药依从性。**结果** 10次治疗后,两组患者病耻感组间比较,研究组较对照组刻板印象的认可因子改善明显,差异有统计学意义($P < 0.05$);组内比较,研究组疏远因子、刻板印象的认可因子、歧视经历因子和病耻感总分优于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),而对照组总分及各因子分治疗前后比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者服药依从性组间比较,两组治疗前后差异均无统计学意义($P > 0.05$);组内比较,研究组服药依从性优于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),而对照组差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 团体认知行为治疗可降低双相障碍患者的病耻感,提高服药依从性,对促进疾病的康复具有重要意义。

【关键词】 双相情感障碍; 病耻感; 服药依从性; 团体认知行为治疗

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.02.005

Effects of group cognitive behavioral therapy on stigma and medication compliance in patients with bipolar disorder SUN Xia, YUAN Cheng-mei, BI Cui-yun, et al. *Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University of Medicine, Shanghai 200030, China*

【Abstract】Objective To study the effects of group cognitive behavioral therapy on stigma and medication compliance in patients with bipolar disorder. **Methods** Totals of 25 patients with bipolar disorder were divided into study group (16 cases) and control group (9 cases) by paired design. The study group received group cognitive behavioral therapy on the basis of routine treatment. While the control group received routine treatment. Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI) and Medication Adherence Rating Scale (MARS) were measured in two groups. **Results** In stigma, after 10 sessions, stereotype endorsement improved significantly in the study group ($P < 0.05$). Alienation, stereotype endorsement, perceived discrimination and total scores of ISMI improved statistically after treatment within the study group ($P < 0.05$). While within the control group, scores of ISMI and subscales showed no significant differences before and after treatment ($P > 0.05$). In the medication compliance, there were no significant differences between two groups before and after treatment ($P > 0.05$). The scores of MARS improved statistically within the study group after treatment ($P < 0.05$). While within the control group, scores of MARS showed no significant difference before and after treatment ($P > 0.05$). **Conclusions** Group cognitive behavioral therapy can reduce stigma, improve medication compliance and promote rehabilitation for patients with bipolar disorder.

【Key words】 Bipolar disorder; Stigma; Medication compliance; Group cognitive behavioral therapy

基金项目: 科技部“十二五”国家科技支撑项目(2012BAI01B04); 国家自然科学基金委员会重大研究计划“情感和记忆的神经环路基础”培育项目(91232719); 国家临床重点专科-上海市精神卫生中心(卫生部医政司2011-873); 上海市申康发展中心“适宜技术联合开发推广应用项目(SHDC12016205); 上海市科委医学引导项目(124119a8602); 上海交通大学“医工交叉研究基金”面上项目(YG2011MS37); 上海市卫生局公共卫生海外留学人才项目(GWHW201202)

作者单位: 200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心(孙霞、苑成梅、毕翠云、王勇、卢卫红、薛莉莉、黄佳、吴志国、吴丹萍、陈俊、方贻儒); 上海交通大学医学院附属仁济医院神经内科(李则攀); 复旦大学附属中山医院心理科(叶尘宇); 上海市虹口区精神卫生中心(王宇、宋蕊)

通讯作者: 苑成梅 Email: yuanchengmei@yeah.net; 方贻儒 Email: yirufang@aliyun.com

双相障碍是一种以躁狂(或轻躁狂)与抑郁交替反复发作为特点的心境障碍,其两极性的临床特征使患者在不同的阶段有不同的情感体验,普通大众对其也有不同的态度^[1]。公众普遍认为精神疾病患者具有危险性、行为不可预测和有暴力倾向等,对他们持回避、疏远、隔离、排斥等态度,加之患者自身的羞耻体验构成了精神疾病患者的“病耻感”^[2-3]。病耻感指因患病而产生的一种内心羞耻体验,不仅影响患者的就医诊治,还严重损失患者社会功能^[4-7],给患者及家庭带来沉重的心理负担,使患者及家属可能把疾病保密、回避,从而丧失最佳治疗时机,也可能使患者出现逆反心理,因怕被贬低而否认生病,拒绝治疗,这种恶性循环可影响患者治疗依从性,导致病情加重^[8]。研究表明有1/5的双相障碍患者有病耻感和病耻感体验^[9],与单相抑郁相比,双相障碍患者对病耻感更加关注^[10],因此降低病耻感,对提高双相障碍患者治疗疗效具有重要意义。

双相障碍易复发,治疗难度大,其中一个很重要的因素是患者不愿服药甚至自行减药停药,研究表明24%~75%的双相障碍患者服药依从性差^[11-13]。依从性指患者对医生医嘱、指导的服从和遵守,在临床实践中由于病耻感、服药习惯、疾病自知力受损等因素,患者服药依从性较差,给疾病治疗及预后恢复带来很大困难。与服药依从性好的患者相比,这部分患者治疗效果更差、认知损害更严重、自杀风险更大、重新住院比例更高、社会经济负担更重^[14-15]。服药依从性的优劣对治疗效果和预后起着关键作用,因此提高患者服药依从性显得尤为重要。本研究从这两点入手,探究团体认知行为治疗对非急性期双相障碍患者病耻感和服药依从性的影响,以期通过团体认知行为治疗可改善患者的病耻感,提高患者服药依从性。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2016年4~8月在上海市精神卫生中心门诊中连续入组患者。入组标准:(1)符合DSM-IV双相障碍诊断标准,目前处于非急性期[杨氏躁狂评定量表(YMRS) < 12分且临床总评量表—双相障碍版—病情严重程度(CGI-BP-S) ≤ 3分或HAMD < 14分且CGI-BP-S ≤ 3分]。(2)年龄18~60周岁,性别不限。(3)近4个月有至少1次心境障碍急性发作。(4)初中及以上文化程度,可用普通话进行交流,理解知情同意书。(5)自愿参加本研究,并承诺配合研究所需检查与评估。排除标准:(1)继发性心境障碍、器质性脑功能损伤障碍或其他严重躯体疾病。(2)共病人格障碍或其他任何轴I诊断精神障碍。(3)近1个月存在酒精/物质依赖障碍、自杀意向。

(4)严重认知功能障碍。(5)近3个月接受系统心理治疗,近1个月接受无抽搐电休克(MECT)、rTMS治疗无效者。入组患者分为研究组和对照组,研究组在常规治疗的基础上接受团体认知行为治疗,对照组为符合入排标准,因工作、身体、时间等原因无法参加团体心理治疗,但在年龄、性别、病程和目前所处状态等和研究组相匹配的患者,接受常规治疗。

1.2 方法

1.2.1 干预方案

两组都接受常规药物治疗,研究组同时给予团体认知行为治疗,每个团体6~10例,共2个团体,治疗的频率是每周3次,每次1.5 h,共10次,共计3.5周。治疗地点为上海市精神卫生中心。团体认知行为治疗主要分为四个模块:(1)第1次:建立团体,认识疾病,识别认知、情绪和行为的关系,学习使用情绪记录表和用药记录表;(2)第2~4次:认知主题,了解患者对疾病、药物和疾病复发的看法,并对不良的认知图式加以干预;(3)第5~7次:情绪主题,根据情绪记录表记录的每天情绪波动,对应激及生活事件,学习情绪的识别和控制技术;(4)第8~10次:行为主题,根据用药记录表记录的每天的用药情况,从认知和行为上提高服药依从性,针对疾病复发、消极想法和生活中可能遇到的常见事件做好预案,建立自己的支持系统。

1.2.2 研究工具

(1)HAMD-17:临床上用来评定抑郁状态最普遍的量表,评定的时间跨度是最近1周。0~6分,正常;7~17分,可能有抑郁症;18~24分,肯定有抑郁症;24分以上,严重抑郁症^[16]。(2)YMRS:用来评定躁狂症状,评定的时间跨度是最近1周。0~5分,正常;6~12分,轻度;13~19分,中度;20~29分,重度;30分以上,极重度^[17]。(3)CGI-BP-S:用来评定双相障碍患者临床严重程度,分为7个等级(正常无病到非常严重患病),3个维度(抑郁、躁狂、双相总体),操作简单方便,信效度较高^[18]。(4)精神疾病病耻感量表(Internalized Stigma of Mental Illness scale, ISMI):用来评价精神疾病患者的病耻感主观体验。包括5个维度:疏远、刻板印象的认可、歧视经历、社交回避和对抗病耻感,该量表的内部一致性系数为0.90,重测信度为0.92^[19]。(5)药物依从性评价量表(Medication Adherence Rating Scale, MARS):用来评定患者服药依从性,评定时间跨度为最近1周,该量表汉语版,Cronbach's α 系数为0.72,2周的重测信度系数为0.80^[20]。(6)结构式团体认知行为治疗手册:本研究前期自主编制的团体认知行为治疗手册结合了国内外相关领域的书籍^[21-25]和文献^[26-30],由临床经验丰富的治疗师编写而成。共4本,

2本供治疗师使用,分别是治疗师操作手册和病例报告表,2本供患者使用,分别是患者治疗手册和治疗反馈表。患者治疗手册是与治疗师操作手册相匹配的患者版手册,均包括10次主题的治疗目标和内容。

1.2.3 质量控制 2名评估员为心理学硕士,在研究开始就研究方案和量表进行一致性培训。10名治疗师为临床经验丰富的心理科或精神科医生,全体治疗师参加为期3 d的治疗手册培训并进行现场模拟,并讨论每个治疗环节应注意的问题。治疗全程录音,并且每个月对全体治疗师进行督导。

1.3 统计学方法 全部数据采用SPSS 16.0进行统计学分析,正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用t检验;非正态分布的计量资料采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,比较采用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 见表1。共筛查患者30例,符合入组标准25例,研究组16例,对照组9例,治疗结束时,研究组脱落3例,对照组脱落1例,脱落率为16%。两组在性别比例、年龄、受教育年限、职业状况、婚姻状况、总病程、诊断和症状严重程度方面差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后病耻感比较 见表2。治疗前两组患者ISMI总分及各因子分比较,差异均无统计学意义。治疗后两组组间比较,研究组刻

板印象的认可因子改善更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组组内比较,研究组疏远因子、刻板印象的认可因子、歧视经历因子和病耻感总分优于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),对照组病耻感总分及各因子在治疗前后差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2.3 两组患者治疗前后服药依从性比较 研究组治疗前MARS评分为6(4, 8)分,对照组为7(6, 8)分,两组比较差异无统计学意义($Z=0.906, P > 0.05$)。治疗后研究组提高为8(7, 8)分,与治疗前比较差异有统计学意义($Z=2.094, P < 0.05$);对照组治疗后为7(4, 10)分,与治疗前比较及与治疗后的研究组评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

国内外所有的治疗指南都将药物治疗列为双相障碍的首选治疗方案,然而药物治疗效果并不乐观,只有40%患者遵守药物治疗方案^[31],即使按要求剂量服药,1年复发率平均为40%,2年复发率为60%,5年复发率高达75%,且多数患者恢复不到原来水平^[32]。药物有效性差和不良反应(如体重增加、认知能力受损、抑郁症状加剧等)直接影响治疗效果^[33]。心理治疗作为药物治疗的辅助手段,能够提高药物的依从性,减少复发率和重新住院率,发展应对社会—职业压力的能力,提高患者及家庭的生活质量等^[33-35],是一种有效的治疗手段已达成共识。如

表1 两组患者一般资料比较

项目	总体(n=25)	研究组(n=16)	对照组(n=9)	χ^2/t 值	P值
性别(例,%)					
男	9(36.0)	7(43.8)	2(22.2)	0.413	0.521
女	16(64.0)	9(56.2)	7(77.8)		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	27.88 ± 7.474	28.69 ± 8.292	26.44 ± 5.918	0.567	0.598
受教育年限(年, $\bar{x} \pm s$)	14.48 ± 2.725	14.38 ± 3.222	14.67 ± 1.658	0.325	0.760
职业状况(例,%)					
在职	9(36.0)	5(31.3)	4(44.4)	0.450	0.798
学生	10(40.0)	7(43.8)	3(33.3)		
无业	6(24.0)	4(25.0)	2(22.2)		
婚姻状况(例,%)					
未婚	15(60.0)	9(56.3)	6(66.7)	0.007	0.932
已婚/同居	10(40.0)	7(43.8)	3(33.3)		
总病程(年, $\bar{x} \pm s$)	7.76 ± 84.522	6.92 ± 80.808	9.26 ± 92.842	1.020	0.329
诊断(例,%)					
双相I型	10(40.0)	7(43.8)	3(33.3)	0.488	0.784
双相II型	11(44.0)	7(43.8)	4(44.4)		
双相混合型	4(16.0)	2(12.5)	2(22.2)		
HAMD-17(分, $\bar{x} \pm s$)	8.08 ± 3.807	7.56 ± 3.759	9.00 ± 3.937	0.513	0.637
YMRS(分, $\bar{x} \pm s$)	2.44 ± 2.815	2.81 ± 2.994	1.78 ± 2.489	0.357	0.388

表2 两组患者治疗前后ISMI总分及各因子得分比较[分, $M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	疏远	刻板印象的认可	歧视经历	社会回避	对抗病耻感	病耻感总分
研究组	16						
治疗前		14(12, 15)	14(13, 16)	10(9, 11)	12(12, 14)	14(12, 15)	51(48, 55)
治疗后		11(6, 13)	11(8, 14)	10(6, 10)	12(6, 13)	15(12, 17)	43(26, 51)
对照组	9						
治疗前		14(12, 18)	14(13, 16)	10(9, 12)	12(12, 16)	14(12, 16)	51(47, 60)
治疗后		13(11, 16)	15(11, 16)	11(9, 12)	12(11, 13)	15(12, 15)	50(44, 57)
Z ₁ 值		0.456	0.144	0.376	0.469	0.201	0.341
Z ₂ 值		1.541	2.040*	1.703	0.863	0.441	1.855
Z ₃ 值		3.200*	2.756*	2.352*	1.611	0.410	2.748*
Z ₄ 值		0.704	0.255	0.638	1.461	0.171	0.561

注: Z₁值为治疗前两组比较, Z₂值为治疗后两组比较; Z₃值为研究组治疗前后比较, Z₄值为对照组治疗前后比较; * $P < 0.05$

Colom等^[32], Bahredar等^[33], Souza等^[34], Gomes等^[26]的研究均表明,无论是心理教育还是认知行为治疗干预,均可以改善治疗疗效、提高依从性、降低复发率,有利于改善患者的生活质量,提高社会功能等。然而世界范围内针对双相障碍心理干预的研究远不如抑郁症,与个体治疗相比,团体认知行为治疗研究更是屈指可数,国内更几乎是空白。本研究前期结合国内外相关领域的书籍^[21-25]和文献^[26-30],编制出针对中国人群的结构式团体认知行为治疗手册,在前期研究的基础上,进行本研究。

近年来,精神疾病日渐受到人们的重视,除了对精神疾病病因学及药理学方面进行研究,人们也开始关注患者的心理问题。病耻感不仅影响患者就医问诊,还给患者及家属带来沉重的心理负担,严重损害了患者的治疗和康复。本研究结果表明,常规治疗组患者总病耻感及各分量表在治疗前后差异无统计学意义,而常规治疗联合团体认知行为治疗组患者较治疗前,治疗后总病耻感、疏远、刻板印象的认可和歧视经历均显著改善。且治疗后常规治疗联合团体认知行为治疗组刻板印象分量表评分显著低于常规治疗组,这表明团体认知行为治疗可改善双相障碍患者的病耻感,但因治疗时间较短,其持续治疗效果可能更多体现在后期随访中。这也和大多数研究心理治疗对精神疾病患者病耻感影响的研究结果一致^[19, 36]。Çuhadar和Çam等^[19]利用配对和随机分组相结合的方式,将47例双相障碍门诊患者分为研究组($n=24$)和对照组($n=23$),对照组给予常规治疗,研究组在常规治疗的基础上进行每周1次,每次90 min,共7次的针对双相障碍病耻感的团体心理教育,结果显示,心理教育对双相障碍患者产生积极影响,研究组病耻感量表疏远因子、刻板印象的认可因子、歧视经历因子、社会回避因子及量表总分优于治疗前,差异有统计学意义。病耻感不仅存在于患者

及其家属,社会公众对其也有偏见。Hawke等^[36]对医疗服务者、上护理课的大学生、一般公众及双相障碍患者和其亲属4类群体,进行了观看与双相障碍患者相关电影的戏剧疗法干预,结果显示,与其他3组比较,治疗对医疗服务者对双相患者病耻感下降更明显。

药物治疗是双相障碍患者的首选方案,但药物治疗的效果并不乐观,很重要的一个原因是患者服药依从性差。服药依从性差不仅影响患者的康复,增加患者的复发风险,也会影响患者的生活质量和功能,给患者本人、家庭和社会都带来损害。本研究结果表明,与治疗前相比,常规治疗联合团体认知行为治疗组服药依从性显著提高,治疗后两组组间比较,服药依从性差异无统计学意义,可能有两个原因:本研究入组的患者刚刚结束急性期治疗,基线的服药依从性较好;样本量较少,实验组有16个人,对照组有9个人。干预结束时,较难显示出差异,随着时间的推移,干预效果可能会逐渐显露出来。团体认知行为治疗可提高双相障碍患者的服药依从性,这和大多数研究心理治疗对双相障碍患者服药依从性影响的研究结果一致^[19, 21, 33]。Bahredar等^[33]将45例双相障碍I型患者分为团体心理治疗加药物治疗组($n=15$)安慰剂加药物治疗组($n=15$)和单独药物治疗组($n=15$),研究团体心理治疗对服药依从性的影响,结果显示团体心理治疗加常规药物组治疗效果高于其他两组,MARS评分从6.27分增长到7.92分。本研究中,研究组治疗前后MARS评分从5.73分增长到7.50分。

病耻感可降低患者自尊心,使患者回避人际交往,严重损害患者的社会功能,服药依从性差可增加患者复发风险,都对治疗产生不利影响。目前对精神疾病病耻感和服药依从性的研究多集中的精神分裂症,国内研究心理治疗对双相障碍患者病耻感和服药依从性影响的研究更少,本研究具有一定的创

新性,主要表现在:(1)本研究是国内首次研究团体认知行为治疗对双相障碍病耻感和服药依从性影响的研究,具有开创性意义。(2)本研究针对的人群为近4个月有1次心境障碍急性发作,是双相障碍早期康复患者,干预较为及时。(3)本研究方案干预频率较为密集,为每周3次,属于强化门诊干预(Intensive Outpatient Program, IOP),目的在于让患者在尽可能短的时间内掌握疾病相关知识,学习依从性技能,提高预防复发的策略,进而改善整体预后。IOP是针对疾病管理的密集式项目,最初是在社区中提供一种密集的、结构式、经济的心理治疗和综合团体干预来提高患者的社会功能,减少患者住院或日间治疗成本。治疗频率在每周5~20 h,目前主要应用在进食障碍、抑郁症、自伤、物质依赖、边缘人格障碍和强迫症的研究中,且治疗效果较好^[37-41]。

本研究也存在一些不足,主要表现在:(1)研究样本量较少,需要扩大样本量进一步验证本研究结果。(2)研究对象是双相障碍非急性期门诊患者,并不能代表全体,下一步的研究中,需要在不同患者群体中进行,以进一步扩大本干预方案的适用性。(3)随访时间太短,不能评估治疗效果的持续时间。

综上所述,团体认知行为治疗降低双相障碍患者的病耻感,提高患者的服药治疗依从性,可改善患者疾病自我管理能力和生活质量,对促进疾病的康复具有重要意义。下一步将继续扩大样本,并进行长期随访,对治疗结果进行进一步验证和推广。

参 考 文 献

[1] Lam TP, Sun KS. Stigmatizing opinions of chinese toward different types of mental illnesses: a qualitative study in Hong Kong [J]. Int J Psychiatry Med, 2014, 48(3):217-228.

[2] Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: trend analysis based on data from two population surveys in Germany [J]. Br J Psychiatry, 2005, 186:331-334.

[3] Link BG, Cullen FT, Frank J, et al. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter [J]. Am J Sociol, 1987, 92:1 461-1 500.

[4] Sajatovic M, Jenkins JH, Safavi R, et al. Personal and societal construction of illness among individuals with rapid-cycling bipolar disorder: a life-trajectory perspective [J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2008, 16(9):718-720.

[5] Levy B, Tsoy E, Brodt M, et al. Stigma, social anxiety, and illness severity in bipolar disorder: implications for treatment [J]. Ann Clin Psychiatry, 2015, 27(1):55-64.

[6] Ward TD. The lived experience of adults with bipolar disorder and comorbid substance use disorder [J]. Issues Ment Health Nurs, 2011, 32(1):20-25.

[7] Latalova K, Ociskova M, Prasko J, et al. Self-stigmatization in patients with bipolar disorder [J]. Neuro Endocrinol Lett, 2013, 34(4):265-272.

[8] Sartorius N. One of the last obstacles to better mental healthcare: The stigma of mental illness [M] // Guimg J, Fischer W, Sartorius

N. The image of madness. Basle: Karger, 1999:96-105.

[9] Brohan E, Gauci D, Sartorius N, et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study [J]. J Affect Disord, 2011, 129(1/3):56-63.

[10] Morselli PL, Elgie R. GAMIAN-Europe /BEAM survey I-global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders [J]. Bipolar Disord, 2003, 5(4):265-278.

[11] Bates JA, Whitehead R, Bolge SC, et al. Correlates of medication adherence among patients with bipolar disorder: results of the bipolar evaluation of satisfaction and tolerability (BEST) study: a nationwide cross-sectional survey [J]. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2010, 12(5).

[12] González-Pinto A, Reed C, Novick D, et al. Assessment of medication adherence in a cohort of patients with bipolar disorder [J]. Pharmacopsychiatry, 2010, 43(7):263-270.

[13] Perlis RH, Ostacher MJ, Miklowitz DJ, et al. Clinical features associated with poor pharmacologic adherence in bipolar disorder: results from the STEP-BD study [J]. J Clin Psychiatry, 2010, 71(3):296-303.

[14] Depp CA, Moore DJ, Patterson TL, et al. Psychosocial interventions and medication adherence in bipolar disorder [J]. Dialogues Clin Neurosci, 2008, 10(2):239-250.

[15] Zeber JE, Copeland LA, Good CB, et al. Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder [J]. J Affect Disord, 2008, 107(1/3):53-62.

[16] 张作记.行为医学量表手册 [M].北京:中华医学电子音像出版社, 2005.

[17] 闫云霞,童辉杰.抑郁障碍的诊断研究概述 [J].精神医学杂志, 2008, 21(2):154-155.

[18] Phillips MR, Yang G, Zhang Y, et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study [J]. Lancet, 2002, 360(9 347):1 728-1 736.

[19] Çuhadar D, Çam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder [J]. Arch Psychiatr Nurs, 2014, 28(1):62-66.

[20] Alvidrez J, Snowden LR, Rao SM, et al. Psychoeducation to address stigma in black adults referred for mental health treatment: a randomized pilot study [J]. Community Ment Health J, 2009, 45(2):127-136.

[21] Yalom ID, Leszcz M. 团体心理治疗——理论与实践(第五版) [M].李敏,李铭,译.北京:中国轻工业出版社, 2010.

[22] DeLucia-Waack JL, Gerrity DA, Kalodner CR, et al. 团体咨询与团体治疗指南 [M].李松蔚,鲁小华,贾焜,等,译.北京:机械工业出版社, 2014.

[23] Reiser RP, Thompson LW, Rohm LP, et al. 心境障碍的心理治疗——双相障碍、抑郁症和自杀行为的临床治疗指南 [M].池培莲,鞠琳琳,林晓岚,等,译.北京:中国轻工业出版社, 2012.

[24] 于欣,方贻儒.中国双相障碍防治指南(第二版) [M].北京:中华医学电子音像出版社, 2015.

[25] 沈其杰.双相障碍防治指南 [M].北京:北京大学医学出版社, 2007.

[26] Gomes BC, Abreu LN, Brietzke E, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder [J]. Psychother Psychosom, 2011, 80(3):144-150.

(下转第102页)

- Guilford Press, 1979.
- [2] 王宇, 苑成梅, 孙霞, 等. 针对轻症抑郁患者的团体认知行为治疗及疗效因子[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2015, 35(8):1 136-1 140.
- [3] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005.
- [4] 姜乾金, 祝一虹. 特质应对问卷的进一步探讨[J]. 中国行为医学科学, 1999, 8(3):167.
- [5] DeRubeis RJ, Crits-Christoph P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders[J]. J Consult Clin Psychol, 1998, 66(1):37-52.
- [6] McDermut W, Miller IW, Brown RA. The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of empirical research[J]. Clin Psychol, 2011, 8:98-116.
- [7] Feng CY, Chu H, Chen CH, et al. The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: a meta-analysis 2000-2010 [J]. Worldviews Evid Based Nurs, 2012, 9(1):2-17.
- [8] Wong DF. Cognitive and health-related outcomes of group cognitive behavioural treatment for people with depressive symptoms in Hong Kong: randomized wait-list control study[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2008, 42(8):702-711.
- [9] 李坚, 钱一平, 王秀珍, 等. 轻性抑郁障碍认知行为治疗的对照研究[J]. 上海精神医学, 2008, 20(6):342-345.
- [10] 马云, 李占江, 徐子燕, 等. 认知行为治疗对精神分裂症患者应对方式的影响[J]. 中国临床心理学杂志, 2013, 21(3):455-457.
- [11] 李江婵, 姚素华, 谢秀东, 等. 认知行为治疗对抑郁症患者病耻感和应对方式的影响研究[J]. 中国全科医学, 2015, 18(4):463-465.
- [12] 吴九君, 郑日昌. 高三学生人格、应对方式、亲子沟通、社会支持与抑郁的关系[J]. 中国健康心理学杂志, 2007, 15(12): 1 101-1 103.
- [13] Walker MS, Zona DM, Fisher EB. Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support[J]. Psychooncology, 2006, 15(8):684-693.
- [14] Burns DD, Nolen-Hoeksema S. Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy [J]. J Consult Clin Psychol, 1991, 59(2):305-311.
- (收稿日期: 2016-12-18)
-
- (上接第 97 页)
- [27] Patelis-Siotis I, Young LT, Robb JC, et al. Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study[J]. J Affect Disord, 2001, 65(2):145-153.
- [28] Gonz á lez-Isasi A, Echebur ú a E, Mosquera F, et al. Long-term efficacy of a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder: a pilot study[J]. Psychiatry Res, 2010, 176(2/3):161-165.
- [29] Lam DH, Burbeck R, Wright K, et al. Psychological therapies in bipolar disorder: the effect of illness history on relapse prevention: a systematic review[J]. Bipolar Disord, 2009, 11(5):474-482.
- [30] Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder[J]. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62(9):996-1 004.
- [31] Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder[J]. Arch Gen Psychiatry, 2003, 60(9):904-912.
- [32] Colom F, Vieta E, Reinares M, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement[J]. J Clin Psychiatry, 2003, 64(9):1 101-1 105.
- [33] Bahredar MJ, Asgharnejad Farid AA, Ghanizadeh A, et al. The efficacy of psycho-educational group program on medication adherence and global functioning of patients with bipolar disorder type I [J]. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2014, 2(1):12-19.
- [34] D' Souza R, Piskulic D, Sundram S. A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomised controlled trial[J]. J Affect Disord, 2010, 120(1/3):272-276.
- [35] Costa RT, Cheniaux E, Rosaes PA, et al. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study[J]. Rev Bras Psiquiatr, 2011, 33(2):144-149.
- [36] Hawke LD, Michalak EE, Maxwell V, et al. Reducing stigma toward people with bipolar disorder: impact of a filmed theatrical intervention based on a personal narrative[J]. Int J Soc Psychiatry, 2014, 60(8):741-750.
- [37] Smith GW, Ruiz-Sancho A, Gunderson JG. An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder [J]. Psychiatr Serv, 2001, 52(4):532-533.
- [38] Johnston JA, O' Gara JS, Koman SL, et al. A pilot study of maudslay family therapy with group dialectical behavior therapy skills training in an intensive outpatient program for adolescent eating disorders[J]. J Clin Psychol, 2015, 71(6):527-543.
- [39] Minnix JA, Romero C, Joiner TE Jr, et al. Change in "resolved plans" and "suicidal ideation" factors of suicidality after participation in an intensive outpatient treatment program[J]. J Affect Disord, 2007, 103(1/3):63-68.
- [40] Wise EA. Effectiveness of intensive outpatient programming in private practice: integrating practice, outcomes, and business[J]. Am Psychol, 2005, 60(8):885-895.
- [41] Williams MT, Sawyer B, Leonard RC, et al. Minority participation in a major residential and intensive outpatient program for obsessive-compulsive disorder[J]. J Obsessive Compuls Relat Disord, 2015, 4(5):67-75.
- (收稿日期: 2016-10-30)