

轻症抑郁患者在团体认知行为治疗后特质应对方式的变化

王宇 许珊珊 孙霞 曹岚 陈涵 卢卫红 叶尘宇 陈华 薛莉莉
张亚 苑成梅 方贻儒

【摘要】 目的 探讨轻症抑郁患者在团体认知行为治疗后特质应对方式的改善及特质应对方式对团体认知行为治疗的影响。方法 采用前瞻性自身对照设计,对轻症抑郁患者在治疗前后,以及随访期的抑郁症状、焦虑症状和特质应对方式进行比较。结果 共纳入102例患者。与基线时比较,患者的抑郁症状、焦虑症状和特质应对方式在团体认知行为治疗结束后及随访的各个时期均有显著改善($P < 0.05$)。Logistic回归分析显示,基线焦虑症状、消极应对方式及出勤率进入回归方程。结论 团体认知行为治疗能够改善轻症抑郁患者的抑郁焦虑症状及特质应对方式,且能够维持相对较长的时间。基线焦虑症状、消极应对方式及出勤率对团体认知行为治疗有显著影响。

【关键词】 轻症抑郁; 团体认知行为治疗; 特质应对方式

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.02.006

Improvement of trait coping style after group cognitive behavioral therapy in patients with mild depression WANG Yu, XU Shan-shan, SUN Xia, et al. Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China

【Abstract】 **Objective** To investigate the improvement of trait coping style after group cognitive behavioral therapy (GCBT) and the effect of trait coping styles on GCBT in patients with mild depression. **Methods** The depressive symptom, anxiety symptom and trait coping style of mild depression patients before and after GCBT and during follow-up were compared in this prospective self-control study. **Results** One hundred and two patients with mild depression were recruited. Compared to baseline, the scores of depression symptom, anxiety symptom and trait coping style at 12 weeks, 24 weeks, 36 weeks and 48 weeks declined significantly ($P < 0.05$). Logistic regression analysis showed that baseline anxiety symptom, negative coping style, and attendance rate entered the final equation. **Conclusions** GCBT can significantly improve depression symptom, anxiety symptom and trait coping style. And the efficacy can last for a long time for mild depression patients. Baseline anxiety symptom, negative coping style, and attendance rate have significant influence on GCBT.

【Key words】 Mild depression; Group cognitive behavioral therapy; Trait coping styles

应对是人们在面对问题情境时采用的想法和行为。它能够调整个体的认知和需要,以此使得人们能够适应环境,保持内在心理世界与外在现实世界

基金项目: 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);上海交通大学医学院自然科学基金(12XJ20039);上海市科委医学引导项目(124119a8602);“十二五”国家科技支撑项目(2012BAI01B04);上海市申康发展中心“适宜技术联合开发推广应用项目(SHDC12016205);上海市医学重点专科建设计划(ZK2015A06);虹口区医疗卫生重点专科建设项目(虹科委[2014]16号)

作者单位: 200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心(王宇、孙霞、曹岚、陈涵、卢卫红、薛莉莉、苑成梅、方贻儒);上海市虹口区精神卫生中心(王宇、许珊珊);复旦大学附属中山医院(叶尘宇、陈华);华东师范大学心理咨询中心(张亚)

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

的平衡。临床工作中,我们同样发现一些抑郁症状相对较轻的患者,如轻性抑郁障碍、恶劣心境以及轻度抑郁症,他们与抑郁症患者相似,他们持有对自己、对他人以及对世界的悲观消极的想法和信念^[1]。当面对消极事件时(如失败的测验、人际关系中的否定拒绝),这些患者的应对方式也是消极悲观的,尤其是当面对模棱两可的事件时,他们的反应也是如此。这样的应对方式使得患者接收到更多的否定信息,形成了恶性循环,导致症状加重。那么对此类患者进行适当干预,能够有效帮助患者,也能够减轻相应的医疗负担等。因此,本研究以轻性抑郁障碍、恶劣心境和轻度抑郁症患者(三者统一定义为轻症抑郁患者)为研究对象,对其进行团体认知行为治疗,评估患者在治疗前后抑郁焦虑症状及特质应对方式的变化,探讨特质应对方式对团体认知行为治疗的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2013年3月~2016年1月,本课题组通过张贴海报、门诊医生介绍等方式,在上海市心理咨询与治疗中心、复旦大学附属中山医院招募被试。招募来的被试在入组之前,需要签署书面的知情同意书之后,需要由专业的评估员进行评估,符合入组标准的被试纳入研究。具体入组标准和排除标准参考本课题组已经发表的相关文献^[2]。

1.2 方法

1.2.1 干预方法 采用自主编制的结构式团体认知行为治疗手册。手册分为3本,一本供治疗师使用,另外两本供患者使用。在治疗开始之前,治疗师会将治疗手册发给团体成员,以供成员提前翻阅,做好准备。团体治疗疗程共12周,每周进行一次,每次1.5 h。治疗形式是6~10人一组,评估员在治疗前的基线、治疗结束(12周末)评估相关指标,并在治疗结束的3个月(24周末),半年(36周末)以及9个月(48周末)进行随访。具体的手册内容请参考文献^[2]。

1.2.2 质量控制 (1)评估员的筛选与培训:评估员均为上海交通大学附属精神卫生中心精神卫生专业和临床心理学专业研究生,在研究开始之前需要进行统一培训,由具有丰富经验的临床医生来进行。(2)治疗师筛选与培训:治疗师必须具有医学或心理学背景,从事临床工作5年以上;全体治疗师需参加18 h的一致性培训。培训共计12次,每次约1.5 h。(3)治疗过程的监控:治疗过程中全程录音,并采用定期督导制度。

1.2.3 研究工具 (1)汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)^[3]:该量表是在临床研究中较为常用的抑郁他评量表。该量表中,多数条目采用0~4分的5级评分,少数条目采用0~2分的3级评分。该量表需要受过专业培训的评定者对患者最近一周的状况进行评估。(2)汉密尔顿焦虑量表(HAMA)^[3]:量表共有14个项目,其中包含了精神类焦虑和躯体类焦虑两大因子,采用0~4分的5级评分,由经过培训的专业人员评估患者最近一周的情况。该量表能很好地反映焦虑状态的严重程度,具有很高的信效度。(3)特质应对方式问卷(Trait Coping Style Questionnaire, TCSQ):TCSQ是国内自编的应对量表,由20个项目组成,包含两个因子:积极应对方式和消极应对方式。采用5级评分,用于反映患者的在面对困难时的积极或消极的态度和行为特征,反映个体存在的那些具有稳定的、与人格特质有关的应对策略^[4]。

1.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行统计学处理。基本人口学资料采用描述性统计分析。对治疗及随访不同阶段的抑郁症状、焦虑症状及特质应对方式的变化以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用配对样本t检验分析。采用Logistic回归分析确定特质应对方式对团体认知行为治疗的影响。 $P < 0.05$ 为

差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 本研究共筛查136例患者,最终纳入102例参加团体认知行为治疗的轻症抑郁患者。患者基本的人口统计学资料详见表1。具体研究流程图见图1。

表1 102例患者基本人口统计学资料

项目	结果
性别(例,%)	
男	32(31.4)
女	70(68.6)
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	30.66 ± 5.869
受教育年限(年, $\bar{x} \pm s$)	15.94 ± 2.489
婚姻状况*(例,%)	
未婚	50(53.2)
已婚/同居	38(40.4)
离异/分居/丧偶	6(6.4)
家庭人均月收入*(例,%)	
> 5 000元	63(67.7)
3 000~5 000元	25(26.9)
< 3 000元	5(5.4)
职业*(例,%)	
在职	60(63.8)
学生	15(16.0)
无业	19(20.2)
诊断(例,%)	
轻性抑郁障碍	23(22.5)
恶劣心境	23(22.5)
轻度抑郁	56(54.9)
发作次数*(例,%)	
首发	49(51.0)
复发	47(49.0)
HAMD-17(分, $\bar{x} \pm s$)	11.85 ± 2.600
HAMA(分, $\bar{x} \pm s$)	9.62 ± 4.746
出勤率(%)	82.5
投入程度(%)	79.9
作业完成情况(%)	60.2

注:*数据有所缺失

2.2 治疗各个阶段抑郁、焦虑水平比较 见表2。与基线比较,治疗结束及随访各阶段的抑郁、焦虑水平均明显降低($P < 0.01$);与治疗结束时(12周末)比较,仅在随访48周末时,两时间点的抑郁得分差异有统计学意义($P < 0.05$);而各随访阶段的焦虑得分与治疗结束时相比差异均有统计学意义。

2.3 治疗各个阶段特质应对方式的比较 见表3。与基线比较,治疗结束及随访各阶段积极应对方式评分均明显提高($P < 0.05$),消极应对方式评分均明显下降($P < 0.01$)。与治疗结束时(12周末)比较,随访各期的积极应对方式评分进一步提升,差异均有统计学意义($P < 0.05$),而消极应对方式则无明显改变,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

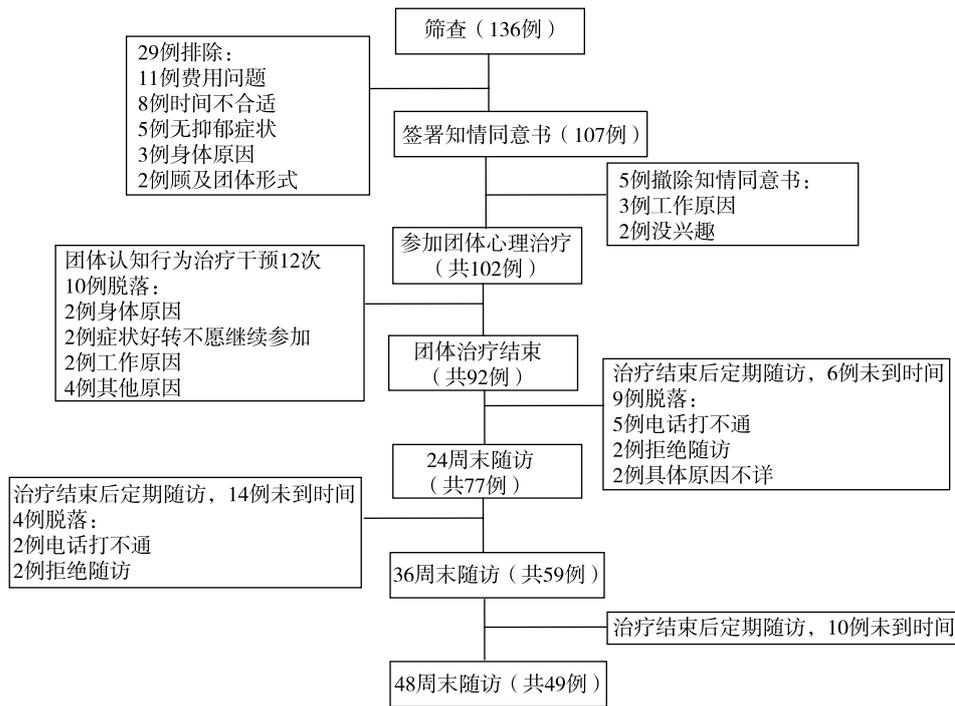


图1 研究流程图

表2 治疗各个阶段抑郁、焦虑水平比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	基线	治疗后			
		12周末	24周末	36周末	48周末
HAMD-17					
评分	11.85 ± 2.600	5.35 ± 3.669	4.68 ± 4.105	4.78 ± 4.347	4.37 ± 4.906
t_1 值	-	16.925**	14.618**	11.773**	10.447**
t_2 值	-	-	1.475	1.607	2.081*
t_3 值	-	-	-	0.424	1.173
t_4 值	-	-	-	-	0.964
HAMA					
评分	9.62 ± 4.746	5.18 ± 3.912	4.49 ± 4.103	4.63 ± 4.705	4.04 ± 4.509
t_1 值	-	9.902**	11.294**	8.130**	9.387**
t_2 值	-	-	2.198*	2.232*	3.140**
t_3 值	-	-	-	0.340	1.779
t_4 值	-	-	-	-	1.965

注: t_1 值为与基线时比较, t_2 值为与12周末时比较, t_3 值为与24周末时比较, t_4 值为与36周末时比较; * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

表3 治疗各个阶段特质应对方式的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	基线	治疗后			
		12周末	24周末	36周末	48周末
积极应对方式					
评分	26.19 ± 5.370	27.39 ± 5.941	28.89 ± 6.993	28.19 ± 6.680	29.35 ± 7.024
t_1 值	-	-2.132*	-3.768**	-2.364*	-3.710**
t_2 值	-	-	-2.468*	-2.839**	-3.195**
t_3 值	-	-	-	-0.496	-1.913
t_4 值	-	-	-	-	-1.889
消极应对方式					
评分	33.77 ± 4.685	31.07 ± 5.530	31.31 ± 6.186	30.95 ± 5.980	30.23 ± 5.894
t_1 值	-	5.059**	4.595**	4.308**	5.140**
t_2 值	-	-	-0.228	1.023	1.275
t_3 值	-	-	-	1.095	1.112
t_4 值	-	-	-	-	1.424

注: t_1 值为与基线时比较, t_2 值为与12周末时比较, t_3 值为与24周末时比较, t_4 值为与36周末时比较; * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2.4 影响团体认知行为治疗的因素 见表4。以治疗后患者HAMD-17得分<7分与否作为因变量:临床治愈组(<7分)和非临床治愈组(≥7分)。将轻症抑郁患者基线的性别、年龄、诊断类别、抑郁症状、焦虑症状、特质应对方式、特质应对方式在治疗前后的变化分值、出勤率、作业完成情况以及投入程度作为协变量带入Logistics回归中,最后基线消极应对方式,焦虑症状和出勤率进入回归方程。

表4 影响团体认知行为治疗的因素

项目	B值	Wals值	P值	OR值	95%CI
焦虑症状	0.236	13.453	<0.001	1.266	1.116~1.436
基线消极应对方式	0.129	4.338	0.037	1.138	1.008~1.285
出勤率	-4.899	6.953	0.008	0.007	0.000~0.284

3 讨论

本研究显示,在团体认知行为治疗后,轻症患者的抑郁、焦虑等分及特质应对方式显著改善,这种改善在随访阶段持续存在。在影响团体认知行为治疗的因素中,基线的焦虑症状、消极应对方式及出勤率对团体认知行为治疗有显著影响。

本研究表明,与基线时比较,患者在经过团体认知行为治疗后,抑郁、焦虑症状及特质应对方式改善显著。这与既往抑郁症的研究结果较为一致,认为团体认知行为治疗能够改善患者的抑郁症状,且对患者的自尊、社会功能及应对方式等有积极的作用^[5-8]。国内有关轻性抑郁障碍研究中,李坚等^[9]对比了单用认知行为治疗组与药物合并认知行为治疗组对轻性抑郁障碍的疗效,发现两组的疗效相当,且认知行为治疗能够有效改善功能失调性认知,有预防抑郁复发的作用。在针对应对方式的研究中,马云等^[10]在研究认知行为治疗对精神分裂症患者应对方式的影响中发现,药物配合认知行为治疗组患者在消极应对方式上的得分有所降低,在问题解决和求助这两个积极应对方式因子上差异有统计学意义($P < 0.001$)。而药物配合支持性心理治疗组只有在自责这项消极应对方式得分有显著降低。李江婵等^[11]在其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中发现,认知行为治疗对于改善抑郁症患者消极应对方式疗效明显。

本研究认为,团体认知行为治疗能够改善患者的特质应对方式,是因为在消极应对方式中,如退避(他们是不能够信任的、世界是危险的等)、自责(我没有用、做不好这件事都是我的错等),在这些方式中都存在着一定的认知歪曲。在本研究手册中,通过让患者记录下生活中的负性自动思维,来找出患

者的认知歪曲,挑战歪曲认知,进行认知重构。配合任务分级和问题解决等行为方式,使得患者在行为中不断地审视和修正歪曲认知,更加积极地对待自己的情绪和生活中面临的压力,因而患者的特质应对方式也会有所改善。

本研究发现轻症抑郁患者基线的焦虑症状、消极应对方式及出勤率对团体认知行为治疗有显著影响。既往研究中,吴九君和郑日昌^[12]对496名高三学生进行研究发现,学生采用非成熟型应对方式如退避、幻想、自责、合理化等不利于心理健康,尤其是对抑郁有显著的正向预测作用,而采用成熟型的应对方式如解决问题、求助等对改善抑郁方面是有帮助的。Walker等^[13]的研究也证明这一点。而Burns和Nolen-Hoeksema^[14]关于应对方式、作业依从性与认知行为治疗疗效的研究中指出采用积极应对方式的情感障碍患者在治疗前后的抑郁症状严重程度上要比较少采用的患者低。但研究还表明那些较少采用积极应对方式的患者对认知行为治疗的接受程度和反应要比较多采用积极应对方式的患者要好。这点与本研究有所差异,这种差异可能是因为本研究中的应对方式更多的包含了人格特质的因素,如能够尽快忘记不愉快的事情等。而先前研究^[14]的应对方式则包含行为策略(是否运动等)、认知策略和人际策略(与人交往等),因而可能对认知行为治疗的反应会不同。

本研究也有一些不足之处。由于本研究并未设对照组,对于患者经过团体认知行为治疗后临床特征及特质应对方式的变化并不能排除时间效应的影响。此外,特质应对方式中也包含人格特质的因素,更具积极应对方式的患者可能有自愈的倾向,因而无法肯定患者特质应对方式的改善完全是由于治疗的作用。因而在今后的研究中,有待进一步完善研究结果。

在经过为期12次的团体认知行为治疗后,轻症抑郁患者的特质应对方式改善显著,且能够维持相对较长的时间。此外,在治疗前的特质应对方式会对治疗后的特质应对方式产生影响,具有良好积极应对方式的患者对团体认知行为治疗的反应相对较好,而治疗前消极应对方式的患者对治疗的反应相对较差。在本研究中,尚未纳入药物组或等待组作为对照组,因而对效果的解释需要在今后的研究中进一步完善,使心理治疗对特质应对方式产生的影响研究更加详细。同时本研究也将扩大研究的范围,将结果运用到临床工作中。

参 考 文 献

[1] Beck AT. Cognitive therapy of depression[M]. New York:

- 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)