

简化认知行为治疗对抑郁症患者生活质量的影响

罗金晶 徐轶虹 师彬彬 杨璧西 李春波

200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心(罗金晶、师彬彬、杨璧西、李春波);

200072 上海市第十人民医院(徐轶虹); 200030 上海市重性精神病重点实验室(李春波);

200030 上海交通大学心理与行为科学研究院(李春波)

通信作者: 李春波, Email: licb@smhc.org.cn

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2021.01.001

【摘要】目的 比较简化认知行为治疗(SCBT)联合药物、支持性心理治疗(SP)联合药物以及单纯药物治疗3种干预方式对抑郁症患者生活质量的影响。**方法** 采用随机对照试验设计,将120例抑郁症患者随机分配至SCBT+药物组、SP+药物组和单纯药物组,进行8周治疗,12周随访。采用健康状况调查问卷从8个维度评估患者生活质量。**结果** 纳入统计分析94例,3组分别为34例、32例、28例。3组在社会人口学资料、发病形式、病程、抑郁程度等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。基线时,3组在生理机能、一般健康状况和社会功能方面差异有统计学意义($P < 0.05$),单纯药物组得分较低;干预结束时,SCBT+药物组在一般健康状况上得分高于SP+药物组($F=3.695, P=0.026$),在精神健康上得分高于单纯药物组($F=8.409, P < 0.05$);12周末,SCBT+药物组在生理机能上得分高于单纯药物组($F=3.606, P=0.028$),在一般健康状况上得分高于SP+药物组($F=4.762, P=0.009$),在精力维度($F=4.725, P=0.010$)和精神健康维度($F=12.066, P < 0.05$)上得分高于另外两组。组内比较结果显示,SCBT+药物组在生活质量8个维度上差异均有统计学意义($P < 0.05$);SP+药物组及单纯药物组在3个维度差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** SCBT联合药物治疗、SP联合药物治疗和单纯药物治疗均能有效改善抑郁症患者生活质量,SCBT联合药物治疗在改善抑郁症患者生理机能、一般健康状况、精力和精神健康方面效果更好。

【关键词】 抑郁症; 简化认知行为治疗; 生活质量

基金项目: 国家重点研发计划(2018YFC2001605);上海市2015年度科学技术委员会科研计划项目(15411950200);上海市精神卫生中心院级课题(2019-YJ14)

Effect of simplified cognitive behavioral therapy on the quality of life in patients with major depressive disorder Luo Jinjing, Xu Yuanhong, Shi Binbin, Yang Bixi, Li Chunbo

Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China (Luo JJ, Shi BB, Yang BX, Li CB); Shanghai Tenth People's Hospital, Shanghai 200072, China (Xu YH); Shanghai Key Laboratory of Psychotic Disorders, Shanghai 200030, China (Li CB); Institute of Psychology and Behavioral Science, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200030, China (Li CB)

Corresponding author: Li Chunbo, Email: licb@smhc.org.cn

【Abstract】Objective To compare the effects of simplified cognitive behavioral therapy (SCBT) combined with medication, supportive psychotherapy (SP) combined with medication, and medication therapy alone on the quality of life in patients with major depressive disorder. **Methods** A randomized controlled trial design was adopted. A total of 120 patients with major depressive disorder were randomly divided into SCBT combined with medication group, SP combined with medication group and medication group. Eight weeks treatment and 12 weeks follow-up were carried out. The quality of life of patients was evaluated from 8 dimensions by health status questionnaire. **Results** Totals of 94 cases were included in the statistical analysis. The number of patients in the three groups were 34, 32 and 28. There were no statistically significant differences in sociodemographic factors, onset patterns, the progression of the disease, and the severity of depression among the three groups ($P > 0.05$). At baseline, the differences of physical function, general

health status, and social function were statistically significant ($P < 0.05$) among the 3 groups and the score of medication group was lower. At the end of the intervention, the general health status score of SCBT combined with medication group was higher than that of the SP combined with medication group in ($F=3.695, P=0.026$), and the mental health score was higher than that of the medication group ($F=8.409, P < 0.05$). At the end of the 12 weeks, the physiological function score of the SCBT combined with medication group was higher than that of the medication group ($F=3.606, P=0.028$). The general health status score was higher than that of the SP combined with medication group ($F=4.762, P=0.009$). The scores of vitality dimension ($F=4.725, P=0.010$) and mental health dimension ($F=12.066, P < 0.05$) were higher than those of the other two groups. The results of comparison among groups showed that there were statistically significant differences in all 8 dimensions of the life quality in the SCBT combined with medication group ($P < 0.05$). There were statistically significant differences in 3 out of 8 dimensions in the SP combined with medication group and the medication group ($P < 0.05$). **Conclusions** SCBT combined with medication therapy, SP combined with medication therapy and medication therapy alone can effectively improve the quality of life of patients with major depressive disorder. SCBT combined with medication therapy is more effective on improving physical function, general health status, vitality and mental health of patients with major depressive disorder.

【Key words】 Depressive disorder; Simplified cognitive behavioral therapy; Quality of life

Fund programs: National Key R&D Program of China (2018YFC2001605); Shanghai Scientific Research Program of the Science and Technology Commission in 2015 (15411950200); Hospital-level Research Project of Shanghai Mental Health Center (2019-YJ14)

抑郁症是一种常见精神障碍,被列为全球非致命健康损失首要诱因之一,造成巨大经济负担^[1]。我国抑郁症患病率达到4.2%^[2],其核心症状包括情绪低落、兴趣丧失和意志活动减退等,严重时危害身体健康甚至导致自杀。抑郁症往往伴随着低生活质量^[3](quality of life),造成长期损害。有研究者认为,症状严重程度、功能障碍和生活质量是预测抑郁症康复的3个独立变量^[3-4]。因此,临床研究在致力于减轻抑郁症状的同时,还需重视抑郁症患者生活质量的持续改善^[5-6]。

认知行为治疗(cognitive behavior therapy, CBT)是抑郁症患者一线心理治疗,无论个体、团体或自主干预形式均效果显著^[7],且具有良好中期和长期预后^[8]。常规的CBT至少需治疗3个月以上,面谈16次左右^[9],耗时较长,依赖治疗师个人技能,培训和治疗成本均较高。

近年来,简化认知行为治疗(simplified cognitive behavior therapy, SCBT)这一概念开始在国内得到认可^[10-13],SCBT是一种保留CBT核心技术的结构化、操作简易的心理治疗方法^[14]。该疗法已被应用于慢性病^[15]、药物成瘾^[16]、焦虑障碍^[11, 17-18]、抑郁障碍^[12]等疾病治疗中。

Beck^[19]认为认知结构和核心信念是心理干预中重要的活性成分,在治疗中期患者逐步认识“问题/歪曲认知”模式并尝试做出改变的情况下,需要进一步对核心信念进行积极持续探索和深化治疗。因此,本研究所开发的SCBT保留了CBT中核心技术成分,化繁为简,达到缩短时长并保证疗效的目

的。SCBT核心内容是对该理论框架模式具体逐步递进的操作技术,包括行为激活、识别和矫正性自动思维、理解旧核心信念并形成新核心信念等。研究显示,SCBT能够改善焦虑障碍患者抑郁症状,同时提高患者的生活质量^[17-18, 20-21]。Wong等^[15]的研究表明,简短CBT心理教育小组能够明显改善慢性躯体疾病患者生活质量。目前SCBT改善抑郁症患者生活质量相关研究还较少。

本研究拟对比SCBT联合药物、支持性心理治疗(supportive psychotherapy, SP)联合药物和单纯药物治疗3种干预,探索对抑郁症患者生活质量改善的效果,以期为临床提供进一步循证医学的证据。

对象与方法

一、研究对象

本研究临床试验注册编号(clinicaltrials.gov) NCT03329287, 研究方案经上海市精神卫生中心伦理委员会审核批准(批件号2016-08R)。研究课题拟在多中心开展试验,并随访至56周末,由于课题进展,本研究仅报告单中心截至随访到12周末的数据。

研究开展于上海市精神卫生中心,招募时间为2017年7月至2018年9月。通过海报宣传,护士和门诊医生推荐招募志愿者,经研究员按入组标准筛查后入组。

纳入标准:(1)由主治医师及以上医师判断符合《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》^[22](DSM-5)重性抑郁障碍(major depressive disorder, MDD)诊断标

准,目前处于发作期;(2)符合简明国际神经精神访谈(The MINI-International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I.)^[23]“抑郁发作”诊断条目;(3)量表得分:17项汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD-17)^[23]评分 $>7\sim 24$ 分,14项汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA-14)评分 ≤ 21 分^[23],9项患者健康问卷(The Patient Health Questionnaire, PHQ-9) $>4\sim 14$ 分^[23];(4)年龄18~60岁,男女不限;(5)小学及以上文化程度;(6)视听、行动能力正常;(7)自愿参加并签署知情同意书;(8)近3个月未接受系统心理治疗。

排除标准:(1)严重躯体疾病者;(2)有严重自杀倾向者;(3)共病其他神经症或精神病性障碍者。

二、方法

1. 治疗方法:本研究采用随机平行对照和盲法评估方法。研究专员采用区组随机分组方法,将入组抑郁患者按1:1:1比例随机分入3组(SCBT+药物组、SP+药物组和药物组),接受对应干预。评估员不参与任何分组和治疗过程,在基线和2、4、6、8、12、20、32、56周末进行评估和随访。考虑到部分随访数据仍在收集且2、6周末未收集生活质量相关数据,因此仅报告基线、4、8、12周末的数据结果。

SCBT采用一对一面谈形式,由接受SCBT培训且至少有1年心理治疗经验的治疗师完成,治疗师使用两本自编手册进行结构化治疗。共干预8周12次。前4周每周2次,后4周每周1次,每次约1h。具体认知干预技术包括理解认知模型,识别、归类和挑战负性自动思维,建立积极认知模式,明确核心信念,形成并强化新的有益核心信念等;行为干预技术包括放松训练、行为验证、问题解决、社交技能练习等。

SP同样采用一对一面谈形式,治疗次数、频率与SCBT相同,整体治疗无具体目标和明确方向。治疗师保持中立态度,以共情、倾听和鼓励为主,仅对患者积极关注、作支持性交流和非积极干预,禁止任何CBT有效成分和具体问题讨论。在本研究中支持性心理治疗作为安慰剂对照,用以证实SCBT(作为一类新型CBT方法)的实际疗效。

接受SCBT、SP的组别均同时接受常规药物治疗。单纯药物组仅接受常规药物治疗。门诊医生根据患者情况,采用相应药物治疗方案,一般包含一种选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)或5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin and norepinephrine reuptake

inhibitor SNRI)类抗抑郁药物。一般为该类药物常规的治疗剂量。

2. 研究工具:(1)M.I.N.I.^[23]:简短且准确的结构式精神检查,可筛查19种精神障碍,用于患者筛查的定式访谈。(2)健康状况调查问卷(The short-form-36 health survey, SF-36)^[23]:共36个条目,从8个方面测量患者生活质量,包括生理机能(physical functioning, PF)、生理职能(role-physical, RP)、躯体疼痛(bodily pain, BP)、一般健康状况(general health, GH)、精力(vitality, VT)、社会功能(social functioning, SF)、情感职能(role-emotional, RE)和精神健康(mental health, MH),此外还包含一项总体健康变化自评。(3)自编《抑郁症简化认知行为治疗(SCBT)操作手册》^[12]:用于指导治疗师结构化地实施SCBT治疗,包括12次治疗具体流程安排。(4)自编《抑郁自助手册》^[24]:供接受SCBT患者完成匹配治疗内容的家庭作业。

3. 统计学方法:采用全分析集分析。使用Epidata 3.1建立数据库,双人独立录入,使用SPSS 17.0进行统计分析。由于各实验处理下,SF-36不服从正态分布且不满足方差齐性,因此采用广义线性混合模型(generalized linear mixed models, GLMMs)及Bonferroni两两比较,该方法可针对缺失数值进行分析,适用于重复测量数据^[25]。其他统计方法包括描述性统计、单因素方差分析、Kruskal-Wallis H 秩和检验、 χ^2 检验等。SF-36各维度总体差异比较时将时间纳入随机效应,SF-36各维度基线得分作为协方差,采用广义线性混合模型对数据进行分析。不同研究时点组间SF-36各维度比较,由于数据不服从正态分布,采用Kruskal-Wallis H 秩和检验探索3组基线水平差异。以SF-36各维度基线得分作为协方差,采用广义线性混合模型方法探究3组在不同研究时点SF-36各维度差异。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1. 研究对象基本情况:研究共筛查139例,符合入组条件120例(每组40例),至少参与一次干预的患者共94例,完成8周干预的患者共74例,具体流程见图1。本研究采用全分析集数据,总样本量为94例。3组人口学资料和基线用抗抑郁药物类别差异无统计学意义(表1)。在治疗过程中,3组自行中断药物人数均为3例,差异无统计学意义($\chi^2=0.065, P=0.968$)。

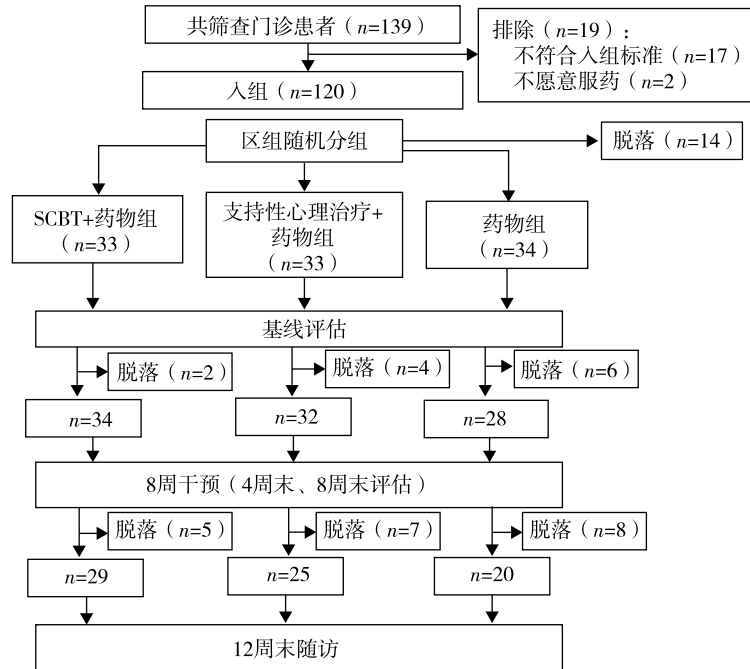


图1 研究流程图

表1 三组抑郁症患者一般资料及用药情况比较

项目	SCBT+药物组(n=34)	SP+药物组(n=32)	单纯药物组(n=28)	F/ χ^2 值	P值
性别[例(%)]					
男	13(38.24)	11(34.38)	11(39.29)	0.177	0.915
女	21(61.76)	21(65.63)	17(60.71)		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	34.19 \pm 8.38	33.18 \pm 10.02	31.94 \pm 9.48	0.450	0.639
受教育年限(年, $\bar{x} \pm s$)	15.65 \pm 2.71	15.91 \pm 2.04	15.16 \pm 2.27	0.757	0.472
独生子女[例(%)]					
是	19(55.88)	21(65.63)	18(64.29)	0.775	0.679
否	15(44.12)	11(34.38)	10(35.71)		
婚姻状况[例(%)]					
未婚	16(47.06)	16(50.00)	20(71.43)	4.245	0.120
已婚或同居	18(52.94)	16(50.00)	8(28.57)		
独居[例(%)]					
是	5(14.71)	4(12.50)	8(28.57)	3.014	0.222
否	29(85.29)	28(87.50)	20(71.43)		
人均月收入[例(%)]					
3 000 ~ 5 000 元	33(8.82)	55(15.63)	99(32.14)	6.148	0.188
5 000 ~ 10 000 元	14(41.18)	12(37.50)	10(35.71)		
> 10 000 元	17(50.00)	15(46.88)	9(32.14)		
发病形式[例(%)]					
急性	7(20.59)	9(28.13)	10(35.71)	4.613	0.329
亚急性	5(14.71)	9(28.13)	6(21.43)		
慢性	22(64.71)	14(43.75)	12(42.86)		
本次病程[月, $M(P_{25}, P_{75})$]	4.50(2.00, 14.00)	4.50(2.00, 14.75)	5.50(2.00, 14.25)	0.177	0.915
HAMD-17(分, $\bar{x} \pm s$)	16.12 \pm 4.72	16.28 \pm 4.24	16.57 \pm 4.48	0.079	0.924
用药种类[例(%)]					
单用SSRIs/SNRIs类药物	23(67.65)	18(56.25)	18(64.29)	0.742	0.946
单用其他类型抗抑郁药	4(11.76)	5(15.63)	3(10.71)		
联合用药	7(20.59)	7(21.88)	7(25.00)		

注: SCBT 简化认知行为治疗; SP 支持性心理治疗; HAMD 汉密尔顿抑郁量表; SSRIs 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂; SNRIs 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂; SP+药物组中2例用药种类不详; 联合用药: 最多联合两种抗抑郁药

2. SF-36各维度总体差异比较:不同组别和时间的RE($F=2.556, P=0.021$)得分有交互作用;其他维度均无交互作用。关于组别主效应,3组在RP($F=4.140, P=0.017$)、GH($F=6.513, P=0.002$)、VT($F=3.613, P=0.028$)、SF($F=4.591, P=0.012$)、RE($F=4.948, P=0.008$)、MH($F=11.588, P < 0.05$)得分差异有统计学意义。关于时间主效应,不同研究时点在PF($F=2.874, P=0.037$)、RP($F=5.079, P=0.002$)、GH($F=7.661, P < 0.05$)、VT($F=22.174, P < 0.05$)、SF($F=9.813, P < 0.05$)、RE($F=14.980, P < 0.05$)、MH($F=31.382, P < 0.05$)得分差异有统计学意义。

3. 不同研究时点组间SF-36各维度比较:基线时,3组PF($\chi^2=10.928, P=0.004$)和GH($\chi^2=7.212, P=0.027$)得分差异有统计学意义,单纯药物组得分显著低于另外两组;SF得分差异有统计学意义($\chi^2=9.478, P=0.009$),单纯药物组得分显著低于SP+药物组。4周末评估时,3组在GH、VT、MH方面差异有统计学意义($P < 0.05$)。两两比较结果显示,在GH方面,SCBT+药物组得分显著高于另外两组;在VT方面,SCBT+药物组得分显著高于SP+药物组;在MH方面,SCBT+药物组得分显著高于单纯药物组。8周末评估时,3组在GH、MH方面差异有统计学意义($P < 0.05$)。两两比较结果显示,在GH方面,SCBT+药物组得分显著高于SP+药物组;在MH方面,SCBT+药物组得分显著高于单纯药物组。12周末评估时,3组在RP、GH、VT、MH方面差异有统计学意义($P < 0.05$)。两两比较结果显示,在RP方面,SCBT+药物组得分显著高于单纯药物组;在GH方面,SCBT+药物组得分显著高于SP+药物组;在VT、MH方面,SCBT+药物组得分显著高于另外两组。见表2。

4. 组内不同研究时点SF-36各维度比较:见表2。SCBT+药物组在SF-36的8个维度差异均有统计学意义($P < 0.05$),各维度分数均随时间呈上升趋势。SP+药物组在VT、RE、MH得分方面、单纯药物组在VT、SF、MH方面得分差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

讨 论

本研究发现,SCBT联合药物治疗能够有效提升抑郁患者生活质量的8个维度,干预在治疗中期已产生效果,且干预结束后1个月内仍呈上升趋势。这与以往CBT相关研究一致^[6],表明SCBT联合药物治疗能够改善抑郁患者生活质量。SP联合药物和单纯药物治疗对抑郁患者生活质量仅部分维

度有改善效果,这与以往研究结果不完全一致。一项Meta分析显示,CBT和SSRI类药物能有效改善患者生活质量^[26]。这可能是因为不同干预方式起效机制不同^[26-27]。SCBT和药物治疗均能通过改善抑郁症状间接提高生活质量^[6,26],但SCBT还会直接针对抑郁患者生活质量相关问题进行干预。如,对生活中负性自动思维进行识别和矫正,改变以往不良应对方式,建立新支持系统,识别旧的不良核心信念并形成新核心信念等。此外,《抑郁自助手册》使抑郁患者在治疗室外也能再次复习和练习治疗中习得的方法,包括活动日志、思维记录、想法改变日记、愉快事件表和行为验证等,患者可在下次咨询中与治疗师讨论所记录的生活困扰事件和可能的解决方案。通过这样的良性循环,逐步改变抑郁患者对生活的消极态度,促进患者发展出更具适应性的行为。即使干预结束,患者仍可继续使用自助手册,对生活状态做出积极改变。SP联合药物治疗虽然采用倾听和共情等方法,不使用SCBT相关技术对具体生活问题进行干预。研究结果表明SCBT联合药物治疗患者生活质量提升更快,干预结束后仍呈上升趋势。

另外,SP联合药物治疗和单纯药物治疗能够缓解抑郁症状,但抑郁症状缓解并不意味着生活质量一定改善^[28]。研究表明,即使在治疗后抑郁相关症状已缓解,与健康人群相比,抑郁患者生活质量依然较低^[27]。症状严重程度降低后,日常生活中的歪曲仍可能持续存在,生活质量变化可能落后于抑郁症状改善^[29],需要长期或针对性治疗才能达到效果。因此,本研究中SP联合药物和单纯药物治疗可能需要长期干预才能观察到生活质量更多方面改善。

SCBT联合药物治疗在一般健康状况和精神健康方面效果明显优于对照组或安慰剂组。SCBT联合药物相较于其他两组更关注动机激活、改善情绪、监控认知和行为以及记录感受等,可能在精神健康方面带来更好的改善。一般健康状况测量个体对自身健康状况及其发展趋势的评价,SCBT联合药物治疗下,患者既控制了症状,也习得了应对生活事件的实用技能,可能改善更明显。另外,SCBT+药物组脱落率低于另外两组,显示出较好的患者依从性。在抑郁患者排斥长期治疗时,可考虑SCBT联合药物治疗作为其他长程治疗的替代疗法。

本研究存在一些不足,首先,研究样本量偏小,未来可开展多中心研究,扩展样本量;其次,本研究

表2 不同研究时点3组抑郁症患者SF-36各维度得分比较 [分, $M(P_{25}, P_{75})$]

项目	SCBT+ 药物组(n=34)	SP+ 药物组(n=32)	单纯药物组(n=28)	F/ χ^2 值	P 值
生理机能(PF)					
基线	90(80, 95) ^a	95(85, 95)	80(70, 90)	10.928	0.004
4周末	95(85, 100)	95(86.25, 100)	85(65, 95)	0.090	0.914
8周末	95(90, 100)	95(90, 100)	85(70, 95)	0.762	0.468
12周末	100(95, 100) ^a	97.5(91.25, 100)	95(75, 95)	2.144	0.119
F 值	2.758	0.127	1.183	0.563 ^c	0.759 ^c
P 值	0.043	0.944	0.317		
生理职能(RP)					
基线	25(0, 81.25)	50(0, 100)	25(0, 50)	2.550	0.279
4周末	75(25, 100) ^a	75(25, 100)	25(0, 62.5)	2.534	0.081
8周末	100(50, 100) ^a	75(25, 100)	50(0, 100)	2.263	0.106
12周末	100(75, 100) ^a	75(50, 100)	50(0, 87.5)	3.606	0.028
F 值	7.202	1.092	0.735	0.852 ^c	0.531
P 值	< 0.001	0.353	0.532		
躯体疼痛(BP)					
基线	74(56.5, 92)	72(62, 84)	62(52, 84)	0.046	0.955
4周末	84(74, 100) ^a	74(53.75, 84)	74(51, 84)	2.885	0.059
8周末	84(72.5, 100)	72(62, 100)	74(52, 84)	1.439	0.240
12周末	100(72, 100)	72(53.5, 84)	74(62, 84)	2.802	0.064
F 值	3.886	0.326	0.971	1.459 ^c	0.195
P 值	0.010	0.807	0.408		
一般健康状况(GH)					
基线	50(35, 65)	57(36.25, 64.25)	35(20, 50)	7.212	0.027
4周末	72(55.5, 82) ^a	57(41.25, 67)	45(32.5, 60)	4.793	0.009
8周末	76(62, 82) ^a	57(35, 72)	47(25, 57)	3.695	0.026
12周末	77(57, 92) ^a	56(45, 74.25)	55(35, 72)	4.762	0.009
F 值	9.722	1.117	1.524	1.075 ^c	0.378 ^c
P 值	< 0.001	0.343	0.209		
精力(VT)					
基线	37.5(20, 51.25)	40(30, 53.75)	35(20, 46.25)	2.219	0.330
4周末	67.5(45, 80) ^a	45(30, 65)	50(27.5, 65) ^a	3.195	0.043
8周末	60(40, 80) ^a	60(35, 65)	55(40, 75) ^a	2.552	0.080
12周末	70(60, 80) ^a	65(35, 75) ^a	60(22.5, 75) ^a	4.725	0.010
F 值	20.930	3.004	6.625	1.661 ^c	0.131 ^c
P 值	< 0.001	0.031	< 0.001		
社会功能(SF)					
基线	50(37.5, 75)	62.5(50, 84.38)	50(25, 62.5)	9.478	0.009
4周末	75(62.5, 87.5)	62.5(50, 87.5)	62.5(37.5, 75) ^a	0.816	0.444
8周末	87.5(75, 87.5) ^a	75(62.5, 87.5)	62.5(37.5, 75)	2.861	0.060
12周末	87.5(75, 100) ^a	75(50, 96.88)	75(37.5, 87.5) ^a	2.712	0.070
F 值	9.141	1.446	3.902	0.979 ^c	0.442 ^c
P 值	< 0.001	0.232	0.010		
情感职能(RE)					
基线	0(0, 33.33)	0(0, 33.33)	0(0, 33.33)	0.039	0.981
4周末	33.33(0, 66.67)	33.33(0, 100)	0(0, 66.67)	2.438	0.090
8周末	66.67(33.33, 100)	33.33(33.33, 100)	33.33(0, 66.67)	2.348	0.098
12周末	100(33.33, 100)	50(33.33, 100)	33.33(0, 83.33)	2.401	0.093
F 值	3.555	2.857	0.660	2.556 ^c	0.021 ^c
P 值	0.016	0.038	0.578		

续表 2

项目	SCBT+ 药物组(n=34)	SP+ 药物组(n=32)	单纯药物组(n=28)	F/ χ^2 值	P 值
精神健康(MH)					
基线	40(27, 49)	38(28, 48)	36(24, 48)	0.006	0.997
4 周末	72(48, 80) ^a	60(45, 67) ^a	44(36, 64) ^a	4.980	0.008
8 周末	68(57, 80) ^a	52(32, 76) ^a	36(28, 68)	8.409	< 0.001
12 周末	76(72, 88) ^b	60(40, 79) ^a	44(34, 76) ^a	12.066	< 0.001
F 值	31.585	11.768	3.645	2.059 ^c	0.058 ^c
P 值	< 0.001	< 0.001	0.013		

注: 8 个维度基线时 3 组间差异采用 Kruskal-Wallis *H* 秩和检验比较, 结果用 χ^2 值呈现, 4 周末、8 周末、12 周末时组间或组内不同时间点比较均采用广义线性混合模型, 结果用 *F* 值呈现; 与基线比较^a*P* < 0.05; 与基线及 4 周末比较^b*P* < 0.05; ^c*F*、^c*P* 表示时间与组别的交互效应值; SCBT 简化认知行为治疗; SP 支持性心理治疗

未设置单用 SCBT 组或经典 CBT 组, 不能判断单纯 SCBT 疗效或对比 SCBT 与 CBT 疗效差异, 未来研究可考虑直接验证 SCBT 疗效。其次, 在 SCBT 实际操作中, 部分治疗师反映有时无法在规定时间内完成单次治疗内容, 可考虑进一步优化治疗手册, 标记核心部分和可选部分, 帮助治疗师在实际治疗中取舍。最后, 虽然 SP 与 SCBT 治疗设置一致, 但 SCBT 患者在非治疗时间可以使用《抑郁自助手册》进行回顾和完成家庭作业, 与受试者接触频次相对心理治疗安慰剂组较多, 延长了自助干预时间, 可能影响结果。这个也是目前所有包括 CBT 在内相关心理治疗疗效研究的一个局限性。此外, 将来可进一步探索在医疗机构外(如学校、社区中)SCBT 适用性和其他渠道治疗方式(如网络、开发 APP 应用), 具有较好的推广应用前景。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 罗金晶与徐轶虹为同等贡献。构思与设计、研究准备、数据搜集为徐轶虹、师彬彬和李春波, 数据分析、数据解释、论文撰写为罗金晶, 论文修订为杨璧西、李春波, 论文指导和项目获得资助为李春波

参 考 文 献

- [1] World Health Organization (WHO). WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2016 [EB/OL]. (2018-07) [2020-09-18]. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.
- [2] World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [EB/OL]. (2017-02) [2020-09-18]. <http://www.sipad.network/wp-content/uploads/2017/02/Depression-and-Other-Common-Mental-Disorders.pdf>.
- [3] Zhao N, Wang XH, Wu WY, et al. Gender differences in quality of life and functional disability for depression outpatients with or without residual symptoms after acute phase treatment in China [J]. *J Affect Disord*, 2017, 219: 141-148. DOI: 10.1016/j.jad.2017.05.021.
- [4] Jha MK, Greer TL, Grannemann BD, et al. Early normalization of Quality of Life predicts later remission in depression: Findings from the CO-MED trial [J]. *J Affect Disord*, 2016, 206: 17-22. DOI: 10.1016/j.jad.2016.07.012.
- [5] Hajek A, Brettschneider C, Ernst A, et al. Complex coevolution of depression and health-related quality of life in old age [J]. *Qual Life Res*, 2015, 24(11): 2713-2722. DOI: 10.1007/s11136-015-1005-8.
- [6] Oei TP, McAlinden NM. Changes in quality of life following group CBT for anxiety and depression in a psychiatric outpatient clinic [J]. *Psychiatry Res*, 2014, 220(3): 1012-1018. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.08.036.
- [7] Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, et al. Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis [J]. *JAMA Psychiatry*, 2019, 76(7): 700-707. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0268.
- [8] Li JM, Zhang Y, Su WJ, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis [J]. *Psychiatry Res*, 2018, 268: 243-250. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.020.
- [9] López-López JA, Davies SR, Caldwell DM, et al. The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis [J]. *Psychol Med*, 2019, 49(12): 1937-1947. DOI: 10.1017/S003329171900120X.
- [10] Catanzano M, Bennett SD, Sanderson C, et al. Brief psychological interventions for psychiatric disorders in young people with long term physical health conditions: A systematic review and meta-analysis [J]. *J Psychosom Res*, 2020, 136: 110187. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110187.
- [11] Zhang L, Zhu ZP, Fang F, et al. Applicability Evaluation of Simplified Cognitive Behavioral Therapy [J]. *Shanghai Arch Psychiatry*, 2018, 30(2): 102-109. DOI: 10.11919/j.issn.1002-0829.217098.
- [12] 师彬彬, 李春波. 简化认知行为治疗用于抑郁障碍的个案报告 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2018, 32(5): 375-383. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2018.05.005.
- [13] Shi BB, Li CB. A case report on treatment of depressive disorder according to the simplified cognitive behavioral therapy [J]. *Chinese Mental Health Journal*, 2018, 32(5): 375-383.
- [13] 杨智辉, 王建平. 广泛性焦虑个体的短期团体认知行为干预 [J]. *中国临床心理学杂志*, 2011, 19(5): 694-698. DOI: 10.16128/j.cnki.1005-3611.2011.05.041.

- Yang ZH, Wang JP. Short-term Group Cognitive Behavioral Intervention in Generalized Anxiety Individuals[J]. Chinese Journal of Clinical Psychology, 2011, 19(5): 694-698.
- [14] 师彬彬, 朱智佩, 蒋江灵, 等. 简短认知行为疗法治疗抑郁障碍的研究综述[J]. 中国心理卫生杂志, 2017, 31(9): 670-676. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2017.09.002.
- Shi BB, Zhu ZP, Jiang JL, et al. A review of brief cognitive behavioral therapy in application to depressive disorder[J]. Chinese Mental Health Journal, 2017, 31(9): 670-676.
- [15] Wong DFK, Ip PSY, Lee KM. A brief cognitive behavioural therapy psychoeducational group for Chinese people with chronic illnesses: an evaluation study[J]. Brit J Guid Couns, 2017, 45(3): 258-267. DOI: 10.1080/03069885.2016.1219018.
- [16] Alammehrjerdi Z, Briggs NE, Biglarian A, et al. A Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive Behavioral Therapy for Regular Methamphetamine Use in Methadone Treatment[J]. J Psychoactive Drugs, 2019, 51(3): 280-289. DOI: 10.1080/02791072.2019.1578445.
- [17] 张丽, 方芳, 朱智佩, 等. 简化认知行为治疗对广泛性焦虑的疗效研究[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2020, 40(4): 619-625. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8115.2020.05.009.
- Zhang L, Fang F, Zhu ZP, et al. Effect of simplified cognitive behavioral therapy on generalized anxiety disorder[J]. Journal of Shanghai Jiao Tong University (medical science), 2020, 40(4): 619-625.
- [18] 张丽, 朱智佩, 蒋江灵, 等. 简化认知行为治疗对广泛性焦虑患者生活质量的影响[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2015, 35(10): 1485-1490. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8115.2015.10.011.
- Zhang L, Zhu ZP, Jiang JL, et al. Effects of simplified cognitive behavior therapy on the quality of life of patients with generalized anxiety disorder[J]. Journal of Shanghai Jiaotong University (Medical Science), 2015, 35(10): 1485-1490.
- [19] Beck AT. Cognitive therapy of depression[M]. New York: Guilford Press, 1979.
- [20] 朱智佩, 张丽, 李伟, 等. 简化认知行为治疗对广泛性焦虑的疗效初步研究[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2015, 35(10): 1479-1484. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8115.2015.10.010.
- Zhu ZP, Zhang L, Li W, et al. Preliminary study on effect of simplified cognitive behavior therapy on generalized anxiety[J]. Journal of Shanghai Jiaotong University (Medical Science), 2015, 35(10): 1479-1484.
- [21] 张丽, 朱智佩, 方芳, 等. 简化认知行为治疗对广泛性焦虑患者抑郁症状影响的研究[J]. 精神医学杂志, 2017, 30(5): 329-333. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2017.05.003.
- Zhang L, Zhu ZP, Fang F, et al. A comparative study of effects of simplified cognitive behavioral therapy on depressive symptoms in patients with generalized anxiety disorder[J]. Journal of Psychiatry, 2017, 30(5): 329-333.
- [22] American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) [M]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- [23] 张明园, 何燕玲. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2015: 63-64, 143-148, 172-174, 181-183, 330-337.
- [24] 师彬彬. 简化认知行为治疗(SCBT)对抑郁障碍疗效的多中心随机对照研究[D]. 上海: 上海交通大学, 2017.
- [25] 安胜利, 张燕虹, 陈征. 应用SPSS软件实现二分类重复测量资料的GEE及GLMMs分析[J]. 南方医科大学学报, 2012, 32(12): 1777-1780. DOI: 10.3969/j.issn.1673-4254.2012.12.020.
- An SL, Zhang YH, Chen Z. Analysis of binary classification repeated measurement data with GEE and GLMMs using SPSS Software[J]. Journal of Southern Medical University, 2012, 32(12): 1777-1780.
- [26] Hofmann SG, Curtiss J, Carpenter JK, et al. Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis[J]. Cogn Behav Ther, 2017, 46(4): 265-286. DOI: 10.1080/16506073.2017.1304445.
- [27] IsHak WW, Greenberg JM, Balayan K, et al. Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder[J]. Harv Rev Psychiatry, 2011, 19(5): 229-239. DOI: 10.3109/10673229.2011.614099.
- [28] Cohen RM, Greenberg JM, IsHak WW. Incorporating multidimensional patient-reported outcomes of symptom severity, functioning, and quality of life in the Individual Burden of Illness Index for Depression to measure treatment impact and recovery in MDD[J]. JAMA Psychiatry, 2013, 70(3): 343-350. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.286.
- [29] Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis[J]. Br J Psychiatry, 2016, 209(6): 460-468. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.175059.

(收稿日期: 2020-09-18)

(本文编辑: 赵金鑫)