

认知疗法联合团体绘画对大学生抑郁症患者干预效果评价

田涛¹, 田晓²

1. 新乡学院生命科学技术学院, 河南 453003; 2. 新乡学院大学外语部

【摘要】 目的 探讨认知疗法联合团体绘画对大学生抑郁症患者认知功能及睡眠质量的干预效果, 为有效改善抑郁患者的心理健康提供参考。**方法** 选取 2016 年 1 月至 2018 年 4 月新乡学院 84 例患有抑郁症的大学生作为研究对象。使用随机数字表法分为两组(各 42 例), 对照组采用常规抗抑郁药物进行治疗, 观察组在对照组基础上增加认知疗法及团体绘画治疗。对比两组干预前后的认知功能水平、自尊水平、睡眠质量评分及自杀态度评分变化。**结果** 两组学生干预后自尊量表评分均较干预前提高(t 值分别为 12.36, 3.02), 睡眠质量评分均较干预前降低(t 值分别为 -6.21, -3.63), 且观察组干预后的自尊量表评分高于对照组, 睡眠质量评分低于对照组(t 值分别为 5.02, -5.58, P 值均 < 0.05)。两组干预后的认知功能量表各因子评分均较干预前有明显改善, 且观察组干预后的连线测验、符号编码测验、持续操作测验、语言记忆测验、视觉记忆测验、迷宫、情绪管理测验评分均高于对照组(t 值分别为 2.31, 2.89, 4.13, 3.03, 2.85, 2.80, 2.73, P 值均 < 0.05)。观察组干预后“对自杀行为性质的认识”“对自杀者的态度”“对自杀者家属的态度”“对安乐死的态度”的评分均高于对照组(t 值分别为 11.39, 6.73, 3.36, 7.08, P 值均 < 0.05)。**结论** 认知疗法联合团体绘画治疗能有效改善大学生抑郁症患者的认知功能, 提高自尊水平, 改善睡眠质量, 减轻负性情绪。

【关键词】 认知疗法; 团体处理; 抑郁; 干预性研究; 学生

【中图分类号】 B 844.2 G 444 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-9817(2019)06-0930-04

抑郁症是临床发病率较高的一种精神疾病, 我国抑郁症的临床患病率高达 6%, 其中青少年患病率高达 5.6%^[1]。抑郁症的发生会对大学生的学习能力及社会功能产生严重损害。有研究显示, 抑郁症患者的执行功能会受到明显损伤, 注意力、记忆力等也会有不同程度受损, 并且还会增加肥胖、药物滥用、吸烟、自杀等问题的发生风险^[2]。调查显示, 抑郁症是青少年自杀的主要危险因素, 有 50% 以上的自杀青少年为抑郁症患者^[3]。目前, 临床治疗抑郁症的方法包括药物治疗、心理治疗、艺术治疗等, 其中药物治疗具有副作用明显、耐受性差、起效时间长、疗效差等缺陷, 心理治疗是治疗抑郁症的一线治疗方案。艺术治疗可通过感官刺激来放松身心、改善情绪, 目前已在多种精神障碍疾病治疗领域得到了广泛应用^[4]。本次研究对大学生抑郁症患者联合应用认知疗法与团体绘画治疗进行干预, 报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 选取 2016 年 1 月至 2018 年 1 月新乡学院 84 例患有抑郁症的大学生作为研究对象, 纳入标准: 符合 ICD-10 抑郁症诊断标准^[5]; 年龄 18~24 岁; 在校大学生; 自愿参与研究并且签署了知情同意书。排除标准: 伴有脑部器质性疾病或精神发育迟滞; 存在视觉或听觉等感知功能障碍; 存在其他严重躯体疾病; 伴有人格障碍或严重精神病症状; 近期接受过心

理治疗、艺术治疗者; 参与其他研究。使用随机数字表法分为两组(每组 42 例): 对照组男生 19 例, 女生 23 例; 大一 16 例, 大二 10 例, 大三 6 例, 大四 10 例。年龄 19~23 岁, 平均(21.25±0.84)岁。观察组男生 20 例, 女生 22 例; 大一 14 例, 大二 12 例, 大三 9 例, 大四 7 例。年龄 20~24 岁, 平均(21.64±0.65)岁。两组的性别构成比、年龄分布及年龄差异无统计学意义(P 值均 > 0.05), 有可比性。本研究通过了新乡学院伦理学审查。

1.2 方法 两组学生由精神科医生被确诊为抑郁症后, 对照组患者由精神科医师开具抗抑郁药处方进行治疗, 观察组在对照组基础上增加认知干预疗法及团体绘画治疗。认知干预疗法及团体绘画治疗的实施均由受过培训、具有丰富临床经验的心理医师负责实施。

1.2.1 认知干预疗法 (1) 由热情、开朗、和蔼的治疗师负责对患者实施认知干预。治疗师首先与患者建立和谐、友好的关系, 以热情、阳光的气质感染患者, 营造轻松、愉悦、热情的氛围, 让患者卸下心理包袱, 调动起主动表达欲望。(2) 认知干预第 1 周, 对患者进行睡眠卫生知识宣教。嘱咐患者在睡前不得饮咖啡、浓茶, 或吃辛辣刺激食物, 不进行剧烈运动; 睡前可用温水泡脚、温水洗脸, 营造舒适、安静的睡眠环境。(3) 开展疾病知识讲座, 让患者对自身病情有正确、客观的认识, 鼓励提问, 并耐心解答, 帮助患者建立战胜疾病的信心。讲座结束时, 向患者布置一些小手工作业, 分散患者对病情的注意力, 同时也能让其获得一定的成就感及自我认同感, 缓解悲观情绪。(4) 在病情有所好转时, 及时予以鼓励、表扬, 并帮助

【作者简介】 田涛(1977-), 男, 河南济源人, 硕士, 讲师, 主要研究方向为心理学。

DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2019.06.040

制定康复目标,以增强患者的责任感;向患者列举成功案列,或请成功病例现身说法,与患者分享自己的治疗经验、成功心得,让患者看到治愈希望,增强治疗信心,建立正性的思考方式。干预时间为 4 周。

1.2.2 团体绘画干预 将观察组 42 例患者分为 6 组,每组 7 例,以小组形式参与团体绘画治疗。每周安排 2 次绘画课程,每次 90 min,共 8 次。选择舒适、幽静的环境进行团体绘画治疗,每次绘画课程确定 1 个活动主题与目标。(1)第 1 次课程的主题为“初次相识”。目标包括小组成员相互认识,相互合作、树立团队意识,制定团体目标;课程内容包括“滚雪球”游戏热身、绘画传递、制定团体规范、填写心愿卡。(2)第 2~3 次课程的主题均为“敞开心扉”。目标包括分析不良情绪的发生原因,发泄不良情绪,放松心情、释放压力;课程内容包括以“我的烦恼”“我的心情”主题绘画,“秘密花园”填色绘画。(3)第 4 次课程的主题为“思维发散”。目标包括激发患者兴趣;跳脱固有思维模式;发现自己的独特之处。课程内容包括提供图形与颜色基础。(4)第 5~7 次的课程主题均为“共同进步”。目标包括让成员重新认识自己,接纳并欣赏自己;通过别人的评价,客观了解自己;获得认同感;发掘内心力量。课程内容包括“心中的自己”“别人眼中的自己”“理想中的自己”主题绘画;“融合”主题软陶创作;“幸福家园”主题团体软陶创作。(5)第 8 次的课程主题为“全新起航”。目标包括展望未来和团体反馈;课程内容包括“美好未来”主题绘画,分享自己的感受与收获。

1.3 观察指标 两组患者均在干预前与干预后进行自尊、认知功能、睡眠质量与自杀态度评价。(1)运用自尊量表^[6](Self-esteem Scale, SES)评估自尊水平,量表由 10 个条目组成,采用 4 级评分法(1~4 分),从“很不符合”到“非常符合”依次计 1~4 分,其中 6 个条目为正向计分,4 个条目为反向计分,总评分 10~40 分,评分越高说明自尊水平越高。量表经检验重测信度为 0.84,同质性信度为 0.86,量表经专家评定有较好的内容效度。(2)运用认知功能成套测验量表^[7](Matrix Consensus Cognitive Battery, MCCB)进行认知功能评估,量表由处理速度、注意/警觉、工作记忆、言语学习与记忆、视觉学习与记忆、推理与问题解决能力、社会认知 7 个维度组成。对应的测量方法分别

为连线测验(TMT)、符号编码测验(SC)、持续操作测验(CPT)、语言记忆测验(HVLT-R)、视觉记忆测验(BVMT-R)、迷宫(NAB-Mazes)、情绪管理测验(MS-CEIT-ME),单项评分参考《MCCB 中国常模手册》,评分越高说明认知功能越强。量表经检验有较好的信、效度(Cronbach α 系数为 0.90,重测信度为 0.96,内容效度指数为 0.97)。(3)运用匹兹堡睡眠指数^[8](Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)评估睡眠质量,量表由 18 个条目组成,量表采用 4 级评分,“非常好”~“不好”计 0~3 分,各因子累计得分即为量表总分,总评分 0~21 分,评分越高说明睡眠质量越差。量表的重测信度、分半信度、Cronbach α 系数分别为 0.99, 0.82 和 0.85。各项拟合度指标 χ^2/df 、近似误差方根、非范拟合指数、比较拟合指数、拟合优度指数分别为 4.83, 0.09, 0.96, 0.98, 0.97。PSQI 和失眠指数(ISI)总分间的相关系数为 0.84,量表的信效度良好。(4)运用自杀态度问卷^[9](Questionnaire of Suicide Attitude, QSA)评估患者的自杀态度,问卷包括对自杀行为性质的认知、对自杀者的态度、对自杀者家属的态度、对安乐死的态度 4 个维度共 29 个条目,总评分越低说明对自杀倾向越明显。量表的 Cronbach α 系数为 0.74~0.86,重测信度为 0.92,信效度良好。

1.4 统计学分析 数据运用 SPSS 20.0 软件进行处理,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料($\bar{x}\pm s$)比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组大学生干预前后自尊水平比较 两组大学生干预后的自尊量表评分均较干预前提高,且观察组干预后的 SES 评分高于对照组(P 值均 <0.05)。见表 1。

表 1 观察组与对照组大学生干预前后自尊量表评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	人数	干预前	干预后	t 值	P 值
观察组	42	21.65 $\pm$ 4.63	28.62 $\pm$ 4.36	-12.36	0.00
对照组	42	21.47 $\pm$ 5.24	23.61 $\pm$ 4.78	-3.02	0.02
t 值		0.17	5.02		
P 值		0.87	0.00		

2.2 两组大学生干预前后认知功能比较 见表 2。

表 2 观察组与对照组大学生干预前后认知功能评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	干预前后	人数	统计值	连线测验	符号编码测验	持续操作测验	语言记忆测验	视觉记忆测验	迷宫	情绪管理测验
观察组	干预前	42		50.54 $\pm$ 9.61	50.73 $\pm$ 8.67	27.84 $\pm$ 3.36	12.01 $\pm$ 4.36	24.26 $\pm$ 3.45	8.24 $\pm$ 1.65	2.21 $\pm$ 0.56
	干预后	42		57.15 $\pm$ 13.36*	58.24 $\pm$ 9.62*	31.65 $\pm$ 1.85*	17.25 $\pm$ 4.47*	29.27 $\pm$ 3.71*	10.78 $\pm$ 1.05*	2.99 $\pm$ 0.62*
			t 值	-2.60	-3.76	-6.44	-5.44	-6.41	-8.42	-6.05
			P 值	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
对照组	干预前	42		49.96 $\pm$ 8.77	49.86 $\pm$ 7.52	27.76 $\pm$ 3.24	11.79 $\pm$ 4.26	24.30 $\pm$ 4.34	8.16 $\pm$ 1.76	2.24 $\pm$ 0.58
	干预后	42		52.62 $\pm$ 9.15	53.01 $\pm$ 6.73	29.74 $\pm$ 2.36	14.56 $\pm$ 3.63	27.03 $\pm$ 3.49	9.94 $\pm$ 1.64	2.73 $\pm$ 0.46
			t 值	-3.84	-2.67	-3.20	-3.21	-3.18	-4.80	-4.29
			P 值	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

注:与对照组干预后比较,* $P<0.05$ 。

两组大学生干预后的认知功能量表各因子评分均较干预前有改善,且观察组干预后的连线测验、符号编码测验、持续操作测验、语言记忆测验、视觉记忆测验、迷宫、情绪管理测验评分均高于对照组(P 值均 <0.05)。

2.3 两组大学生干预前后睡眠质量比较 两组大学生干预后的睡眠质量评分均较干预前降低,且观察组干预后的 PSQI 评分低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组大学生干预前后自杀态度比较 与干预前相比,两组大学生干预后 4 个维度的自杀态度评分均

升高,并且观察组的升高幅度更明显,观察组干预后自杀态度问卷 4 个维度的评分均高于对照组(P 值均 <0.05)。见表 4。

表 3 观察组与对照组大学生干预前后睡眠质量评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	人数	干预前	干预后	t 值	P 值
观察组	42	16.74 $\pm$ 4.23	8.82 $\pm$ 4.25	6.21	0.00
对照组	42	16.51 $\pm$ 4.14	13.72 $\pm$ 3.85	3.63	0.01
t 值		0.25	-5.58		
P 值		0.80	0.00		

表 4 观察组与对照组大学生干预前后自杀态度评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	干预前后	人数	统计值	对自杀行为性质的认识	对自杀者的态度	对自杀者家属的态度	对安乐死的态度
观察组	干预前	42		0.80 $\pm$ 0.61	1.20 $\pm$ 0.58	1.43 $\pm$ 0.56	1.52 $\pm$ 0.58
	干预后	42		4.96 $\pm$ 0.33 *	3.74 $\pm$ 0.54 *	3.25 $\pm$ 0.36 *	3.96 $\pm$ 0.54 *
			t 值	-38.87	-20.77	-17.72	-19.95
			P 值	0.00	0.00	0.00	0.00
对照组	干预前	42		0.79 $\pm$ 0.59	1.15 $\pm$ 0.48	1.44 $\pm$ 0.63	1.50 $\pm$ 0.57
	干预后	42		3.52 $\pm$ 0.75	2.87 $\pm$ 0.64	2.90 $\pm$ 0.57	2.95 $\pm$ 0.75
			t 值	-18.54	-13.93	-11.14	-9.98
			P 值	0.00	0.00	0.00	0.00

注:与对照组干预后比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

大学生正处于从青少年时代向成人过渡的时期,在这一时期的心理较为脆弱、敏感,一旦遭受到压力性生活事件,容易产生消极情绪而发生抑郁。

本次研究结果显示,联合应用认知疗法与团体绘画治疗的观察组,干预后的认知功能量表评分高于对照组,与国内相关文献报道^[10]结论相符,说明认知疗法联合团体绘画治疗能够有效提高大学生抑郁症患者的认知功能。认知疗法通过语言教育提高患者对疾病的认识,为其提供心理支持,能够有效减轻患者的心理压力,缓解焦虑、抑郁等情绪。抑郁症患者在发作期间往往不能通过语言表达内心的感受,所以单纯进行语言沟通往往收效甚微。艺术治疗是一种不受语言限制的,以色彩、图形等艺术形式为媒介来表现患者的无意识与冲突,能够让患者更自由的自我表达,其表达方式不受年龄、认知水平、文化程度等因素的影响,患者的接受度和参与度较高,可获得较好的治疗效果^[11]。绘画过程有赖于大脑多个脑区间的复杂交互作用,绘画治疗能够激活与物体识别相关的大脑区域,训练个体的注意力、想象力、抽象思维能力等,有助于促进患者认知功能的恢复。

本次研究结果显示,观察组干预后的睡眠质量评分低于对照组,自尊量表评分明显提高,自杀态度问卷 4 个维度的评分均高于对照组,与国内多篇文献报道^[12-13]结论相符,说明认知疗法联合团体绘画治疗能够有效提高大学生的自尊水平,改善患者的睡眠质量和自杀态度。抑郁症的临床表现以兴趣减退、情绪低

落、思维迟缓为主,患者多存在睡眠障碍,有 4/5 的抑郁症患者存在入睡困难、早醒等睡眠障碍问题。睡眠障碍症状的不断反复与加重,又会使抑郁症病情加剧,从而使患者的身心健康陷入恶性循环。有研究认为,持续的睡眠障碍是抑郁症患者自杀的独立危险因素,因此临床对于抑郁症的治疗应高度重视患者的睡眠质量^[14]。自杀是抑郁症患者最危险的一种症状,抑郁症患者由于对任何事情都失去兴趣,对生活感到悲观绝望,所以更容易产生自杀倾向。近几十年来,有研究认为,抑郁症的发生与个体自尊水平有着密切联系,低自尊水平者更容易产生孤独、悲伤、绝望等情绪体验,发生抑郁症的风险明显更高^[15]。有研究指出,在抑郁症的发生与发展过程中低自尊水平都发挥着重要作用,是抑郁症患者的可能症状之一。国内有文献报道^[16],与采用常规抗抑郁药物治疗的对照组相比,合并认知行为干预的干预组,干预第 4 周及第 8 周的睡眠质量评分均低于对照组,说明认知行为干预对抑郁症患者的睡眠质量有明显的改善效果。国外有研究发现^[17],对低自尊水平青少年实施创造性艺术治疗后,心理韧性明显提高。说明艺术治疗对提高个体的心理韧性及自尊水平有明显效果。本次研究结果也证实团体绘画治疗与认知疗效的观察组,干预后的自尊评分明显更高。

4 参考文献

[1] 王宁,刘烟,陈冉,等.团体绘画治疗对青少年抑郁症患者自尊水平及认知功能的影响[J].河北医科大学学报,2018,39(10):1220-1224.

- [2] 徐桂娟,何俊鹏,王会秋,等.绘画分析与治疗技术应用于青少年抑郁症患者治疗中的效果研究[J].中国疗养医学,2018,27(5):456-458.
- [3] 曹克勇,许碧华,唐霁,等.认知行为疗法联合抗抑郁治疗难治性抑郁症疗效评估[J].现代医药卫生,2018,34(9):1336-1337,1341.
- [4] 谭菜军,黄美莲,苏利娣.抑郁症患者实施认知行为护理疗法提高自我照护能力的作用分析[J].临床护理杂志,2018,17(3):33-35.
- [5] 郑曼欣,仇丽霞.内观认知疗法对抑郁症患者临床症状、生活质量和社会功能的影响[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(39):32,51.
- [6] 陈建文,王滔.二维自尊量表中文版在大学生中的信、效度分析[J].中国心理卫生杂志,2006,20(8):565-567.
- [7] 于欣.MCCB 中国常模手册[M].北京:北京大学医学出版社,2014:99-101.
- [8] 邱建青,周密,邱培媛,等.匹兹堡睡眠质量指数用于农村老年人群的信效度分析[J].现代预防医学,2016,43(10):1835-1838.
- [9] 李会,穆喜术,李春素,等.抑郁症患者自杀态度与自我接纳的相关性研究[J].河北医科大学学报,2016,37(9):1006-1009.
- [10] 郑世华,全巧云,郑爱军.大学生抑郁症状及其与健康促进行为的相关性[J].中国学校卫生,2017,38(2):216-218.
- [11] 杨曦,陈遇春.浅析大学生抑郁心理的影响因素及预防措施[J].华南理工大学学报(社会科学版),2015,17(5):114-119.
- [12] 张欢,高鸿娣.团体艺术治疗对住院精神分裂症患者焦虑抑郁症状的影响[J].中国民康医学,2017,29(5):55-56.
- [13] 康英梅.药物联合绘画疗法治疗青少年抑郁患者的疗效观察[J].中国实用医药,2018,13(26):103-104.
- [14] 张美娅,王平,丁莉,等.睡眠及睡眠剥夺与抑郁症的相关性探讨[J].中华中医药杂志,2018,33(8):3529-3531.
- [15] 张戴林,蔡太生,刘文俐,等.少年体像与焦虑、抑郁的关系:自尊的中介作用[J].中国临床心理学杂志,2017,25(5):911-914.
- [16] 黄海涛.认知行为疗法联合帕罗西汀与帕罗西汀单用治疗抑郁症的效果对照分析[J].中国实用医药,2018,13(21):189-190.
- [17] JOHANSEN T. Well-being therapy and adlerian psychology: revisiting the task of self[J]. J Indiv Psychol, 2017, 73(3): 234-242.

收稿日期:2018-12-24;修回日期:2019-03-28

· 疾病控制 ·

沈阳市 2006—2017 年水痘突发公共卫生事件流行病学分析

连志勇,于霄云,王世超

辽宁省沈阳市疾病预防控制中心, 110031

【摘要】 目的 了解沈阳市水痘突发公共卫生事件的流行病学特征,为有效防控提供科学依据。**方法** 利用描述性流行病学方法,对国家疾病监测系统报告的沈阳市 2006—2017 年水痘突发公共卫生事件调查资料进行分析。**结果** 沈阳市 2006—2017 年共报告水痘突发公共卫生事件 39 起,累计发病 1 033 例,罹患率为 2.45%,不同年度罹患率差异有统计学意义($\chi^2=6.02, P<0.05$)。与同期水痘年发病率呈正相关($r=0.77, P<0.01$);发病高峰在冬季(11 月至次年 1 月)和春季(5 月),小学是最主要的发生场所(29 起),发病年龄主要集中在 7~12 岁年龄组,占 80.06%;报告及时性和疫情持续时间呈线性相关($r=0.77, P<0.01$)。**结论** 学校是水痘突发公共卫生事件的高度场所,提高报告及时性。应建立学校与疾控机构间疫情沟通机制,发挥社区卫生服务中心对学校首发病例管理的指导作用。

【关键词】 水痘;公共卫生;疾病暴发流行

【中图分类号】 R 183 R 511.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-9817(2019)06-0933-03

水痘是由水痘-带状疱疹病毒引起的一种以发热、出疹为主要临床症状的急性呼吸道传染病,因传染性强,儿童普遍易感,托幼机构和学校等集体单位易造成聚集性病例,引发突发公共卫生事件,受到社会普遍关注^[1]。为了解沈阳市水痘突发公共卫生事件流行特征和处置情况,进一步降低水痘暴发疫情,现对实施突发公共卫生事件网络直报以来,沈阳市 2006—2017 年水痘突发公共卫生事件进行流行病学分析,为有效制定相应防控措施和免疫策略提供科学

依据。

1 资料来源与方法

1.1 资料来源 2006—2017 年水痘突发公共卫生事件资料来源于《中国疾病预防控制中心信息系统》子系统《突发公共卫生事件管理信息系统》,发病率资料来源于《传染病报告管理信息系统》,事件依据《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)》^[2]的要求进行判定、分级和分类,并经流行病学调查证实。病例资料来自现场流行病学调查。

1.2 方法 水痘诊断标准^[3]:病例多见于临床诊断,表现为急性发作且无其他明显原因的播散性(全身性)斑丘样小疱疹,疱疹位置表浅,椭圆形,3~5 mm 大

【作者简介】 连志勇(1971—),男,辽宁沈阳人,硕士,主任医师,主要研究方向为突发公共卫生事件管理。

DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2019.06.041