DOI:10.16016/j.2097-0927.202106213

药物联合心理剧治疗伴童年创伤抑郁症患者的随机对照研究

杨秀英[1],王尔东[2],黄 杰[1],王培佳[1],夏兴文[1],周俊鑫[1],胡 华[1] 400016 重庆,重庆医科大学附属第一医院精神科[1];215006 江苏 苏州,苏州大学心理人工智能协同创新中心[2]

[**摘要**] **目的** 比较抗抑郁药物联合易术心理剧和抗抑郁药物联合一般健康教育对伴童年创伤抑郁症患者抑郁、焦虑、自尊、心理弹性的干预效果差异,以探索更优临床方案。**方法** 招募重庆医科大学附属第一医院精神科门诊就诊并符合 ICD-10 单相抑郁发作诊断标准和童年期创伤问卷阳性的 68 例患者,采用随机数字表法分为抗抑郁药物联合易术心理剧治疗组和抗抑郁药物联合一般健康教育治疗组,治疗周期 6 个月,治疗结束后 6 个月随访。用汉密尔顿抑郁量表 17 条目(Hamilton Depression Rating Scale-17 item,HAMD-17)、贝克焦虑量表(Beck Anxiety Inventory-21 item,BAI-21)、自尊量表(Self-Esteem Scale,SES)、心理弹性量表(Connor-Davidson Resilience Scale,CD-RISC)进行评估,采用重复测量方差分析对两组间干预结束时和随访结束时抑郁焦虑情绪、自尊和心理弹性改善效果进行比较。**结果** ①联合心理剧组入组 35 例,联合健康教育组入组 33 例,到随访结束时,联合心理剧组脱落 4 例,联合健康教育组脱落 13 例,两组总脱落率组间差异有统计学意义(11.4% *vs* 39.4%,$P<0.01$)。②干预结束时,两组抗抑郁治疗方案联合心理剧组总有效率高于联合健康教育组(63.63% *vs* 37.04%,$\chi^2=4.207$,$P<0.05$)。③重复测量方差分析及简单效应分析结果显示,干预结束时,两组患者抑郁、焦虑评分均较干预前有降低,自尊、CD-RISC 及各维度评分均较干预前有提高,除 BAI 总分差异无统计学意义外,HAMD、SES、CD-RISC 及各维度评分差异均有统计学意义($P<0.05$);随访结束时自尊和力量维度评分联合心理剧组高于联合健康教育组($P<0.05$)。**结论** 抗抑郁药物联合易术心理剧较联合一般健康教育在改善伴童年创伤抑郁症患者抑郁焦虑、自尊和心理弹性总体疗效和维持效果更好,且依从性更佳。

[**关键词**] 抑郁症;童年创伤;易术心理剧;一线抗抑郁药物;随机对照试验

[**中图法分类号**] R395.1;R395.6;R821.21 [**文献标志码**] A

Antidepressants combined with psychodrama in treatment of major depressive disorder with childhood trauma: a randomized controlled trial

YANG Xiuying[1], WANG Erdong[2], HUANG Jie[1], WANG Peijia[1], XIA Xingwen[1], ZHOU Junxin[1], HU Hua[1]

[1]Department of Psychiatry, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing, 400016; [2]Collaborative Innovation Center of Psychological Artificial Intelligence, Soochow University, Suzhou, Jiangsu Province, 215006, China

[**Abstract**] **Objective** To compare the intervention effects of antidepressants combined with Yi Shu psychodrama or with general health education on depression, anxiety, self-esteem and mental resilience in depression patients with childhood trauma so as to explore a better clinical program. **Methods** A total of 68 patients who met the diagnostic criteria of ICD-10 unipolar depressive episode and also were positive for Childhood Trauma Questionnaire 28 item Short Form (CTQ-SF) were recruited from the psychiatric outpatients of our hospital, and then they were randomly divided into antidepressants plus Yi Shu psychodrama group and antidepressants plus general health education group. The patients were subsequently intervened for 6 months

[**基金项目**] 2018 年重庆市技术创新与应用示范项目(cstc2018jscx-msybX0118)

[**通信作者**] 胡 华,E-mail:huhuateam@126.com

2097-0927/Copyright © 2022, 陆军军医大学(第三军医大学)。这篇开放获取文章遵循 CC BY 许可协议(https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

and then followed up for another 6 months. Hamilton Depression Rating Scale-17 item (HAMD-17), Beck Anxiety Inventory-21 item (BAI-21), Self-Esteem Scale (SES) and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) were used for assessment. Repeated-measures ANOVA was adopted to compare the effects on depression and anxiety improvement, as well as the results of self-esteem and resilience development between the 2 groups at the end of intervention and during follow-up. **Results** ① There were 35 cases enrolled in the psychodrama group and 33 in the joint health education group. By the end of follow-up, 4 cases were lost in the former and 13 in the latter group, with statistical difference in shedding rate between the 2 groups (11.4% *vs* 39.4%, $P<0.01$). ② At the end of intervention, the total efficacy rate of the psychodrama group was higher than that of the health education group (63.63% *vs* 37.04%, *Chi*-square=4.207, $P<0.05$). ③ The results of repeated-measures ANOVA and simple effect analysis revealed that at the end of intervention, the scores of depression and anxiety were decreased in both groups, while those of self-esteem, mental resilience and its dimensions were increased, with significant differences in scores of HAMD, SES, CD-RISC and its dimensions ($P<0.05$), except for BAI score. During the follow-up, the scores of self-esteem and strength dimension were higher in the psychodrama group than the health education group ($P<0.05$). **Conclusion** In the treatment of major depressive disorder with childhood trauma, antidepressants combined with Yi Shu psychodrama has better overall efficacy and maintenance effect in improving depression, anxiety, self-esteem and mental resilience than the joint general health education program, with better treatment compliance as well.

[**Key words**] major depressive disorder; childhood trauma; Yi Shu psychodrama; first-line antidepressants; randomized controlled trial

Supported by the Project of Technology Innovation and Application Demonstration of Chongqing (cstc2018jscx-msybX0118). Corresponding author: HU Hua, E-mail: huhuateam@126.com

研究证实童年创伤经历与抑郁症(major depressive disorder,MDD)关系密切[1],伴有童年创伤的抑郁症具有对抗抑郁药物不敏感、难治和反复发作的特点[2],是抑郁症中一种重要亚型[3]。研究发现伴有童年创伤史的抑郁症患者采用心理治疗的效果较好[4]。因此对伴童年创伤的抑郁症患者进行常规药物治疗的同时,应注意对其童年创伤史和心理特征进行评估并加强心理治疗,以帮助患者调整心理状态,从而促进全面康复。

抑郁症患者普遍具有低自尊、心理弹性差等心理特质。自尊(self-esteem)是指个体在社会比较的过程中所获得的自我价值的积极评价和体验[5]。研究表明抑郁症患者自尊水平与其病情严重程度呈负相关,提高抑郁症患者自尊水平能显著改善抑郁症状[6]。心理弹性(resilience)是一种个体在受到压力或逆境影响时积极调动其心理资源帮助其应对压力的能力,心理弹性在童年创伤经历与成人抑郁症之间起保护作用[7],提高心理弹性能够减轻伴童年创伤抑郁症患者抑郁严重程度,从而促进抑郁症康复[8]。

心理剧(psychodrama)是由精神科医师雅各·李维·莫雷诺(J. L. Moreno)创立的一种表达性团体心理治疗。国外学者发现心理剧可以改善不服用药物的抑郁症患者抑郁、焦虑和压力程度[9]。基于中国样本的 Meta 分析发现,心理剧能缓解患者的抑郁和焦虑症状[10]。易术心理剧是美籍华裔心理剧导演、训练师龚鉢博士在经典心理剧基础上结合具有中国文化元素的中医心理学、道家哲学、中国气功和音乐、舞蹈等艺术表达性心理治疗所创立的本土化心理剧[11]。王培佳等[12]研究发现药物联合易术心理剧干预在改善伴童年创伤抑郁症患者抑郁焦虑情绪的同时,可以改善心理特征(如应对方式)。

本研究拟对伴童年创伤抑郁症患者进行临床一线抗抑郁药物治疗基础上,联合具有中国文化特色的易术心理剧或一般健康教育干预,比较两种不同干预方案治疗 6 个月时对患者抑郁焦虑情绪、自尊和心理弹性的作用效果,并追踪观察治疗结束后 6 个月时的效果差异,为探索新的适合伴童年创伤抑郁症临床治疗的更佳方案提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 对象

根据前期预实验结果,参考统计标准,根据公式 $n_1=n_2=2\sigma^2/(\mu_2-\mu_1)^2\times f(\alpha,\beta)$ 计算本研究样本量[13],σ 为总体标准差,μ_2、μ_1 为两组样本的预期均

数,$\alpha=0.05$,$\beta=0.10$,查表得 f(0.05, 0.10)=10.5,$\sigma=9.8$,$\mu_1=26$,$\mu_2=17$,计算出 $n_1=n_2$ 约为 25 人。按既往相关文献估算脱落率 35%[14],最终确定 2 组共需入组 68 人。

入组标准:①2 名主治以上精神科医师共同确诊,符合 ICD-10 单相抑郁发作诊断标准;②童年期创伤问卷(Childhood Trauma Questionnaire 28 item Short Form, CTQ-SF)至少一项评分符合阳性标准:情感虐待≥13 分,或躯体虐待≥10 分,或性虐待≥8 分,或情感忽略≥15 分,或躯体忽略≥10 分;③服用一线抗抑郁药物,单独服用选择性五羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)或五羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin norepinephrine reuptake inhibitors,SNRIS),可短期合用镇静安眠药;④年龄 18~50 周岁;⑤受教育年限 9 年以上;⑥可以理解并愿意配合完成问卷测试,入组患者及监护人签署知情同意书。

排除标准:①合并脑器质性疾病、严重躯体疾病;②目前伴明显精神病性症状的抑郁症、双相抑郁障碍、创伤后应激相关障碍、严重人格障碍及精神障碍后抑郁等;③有酒精、物质等依赖;④正在接受激素类药物治疗;⑤1 个月内有严重自杀自伤行为;⑥3 个月以内或目前有较大手术、电休克治疗、经颅磁治疗和/或其他系统心理治疗;⑦孕妇或哺乳期妇女,或计划在研究期间怀孕。

脱落标准:发生以下情况之一判定为脱落,①任何原因未能完成半年治疗和治疗后的追踪观察者;②抗抑郁药物种类更换或改变治疗方式者;③在观察期间转躁狂发作者;④在研究期间发现妊娠者;⑤研究者做出判断为治疗依从性差;⑥研究者判断患者出现药物副反应等其他严重不良事件不宜继续参加研究;⑦患者或其监护人自愿提出退出研究或失访。

本研究通过重庆医科大学附属第一医院伦理委员会审查同意(20152902)。研究对象均从 2017 年 7 月至 2019 年 7 月在重庆医科大学附属第一医院精神科门诊就诊的首发和复发的抑郁症患者中筛选招募符合纳入标准药物治疗巩固期的患者,最后一批结束随访时间为 2020 年 7 月。采用随机对照试验,用电脑生成随机数字的方法进行分组,将患者分为抗抑郁药物联合易术心理剧治疗组(简称“联合心理剧组”)和抗抑郁药物联合一般健康教育治疗组(简称“联合健康教育组”)。2 组在年龄、性别、受教育年限、病程、抑郁程度[汉密尔顿抑郁量表 17 条目(Hamilton Depression Rating Scale-17 item,HAMD-17)得分]、发作次数(首发/复发)、曾住院次数、伴有自杀未遂行为比例、仅服用 SSRIs 或 SNRIs 药物比例及童年创伤类型占比等一般资料方面情况差异均无统计学意义,见表 1。

表 1 两组伴童年创伤的抑郁症患者一般情况资料比较[$\bar{x}\pm s$,例(%),$M(P_{25},P_{75})$]

变量	联合心理剧组($n=35$)	联合健康教育组($n=33$)	$t/\chi^2/Z$	P
年龄/岁	25.49±6.90	27.09±5.68	−1.044	0.300
女性	27(77.14)	27(81.82)	0.227	0.643
受教育年限/年	14.86±2.46	13.85±2.84	1.567	0.122
病程/月	6.00(4.00,8.00)	7.00(5.00,8.00)	−0.921	0.357
抑郁程度评分/分	19.40±7.01	20.41±10.05	−0.479	0.634
发作次数(首发/复发)	(3/32)	(3/30)	0.157	0.692
曾住院次数/次	0.00(0.00,1.00)	0.00(0.00,1.00)	−0.644	0.520
伴有自杀未遂行为	4	5	0.205	0.651
童年创伤类型占比			14.064	0.445
情感虐待	10(14.93)	8(12.31)		
躯体虐待	4(5.97)	5(7.69)		
性虐待	8(11.94)	11(16.92)		
情感忽略	25(37.31)	21(32.31)		
躯体忽略	20(29.85)	20(30.77)		
服药情况			0.699	0.403
仅服用 SSRIs	21(60.00)	23(69.70)		
仅服用 SNRIs	14(40.00)	10(30.30)		

线性拟合检验,$P<0.05$

1.2 方法

联合心理剧组:被试在口服 SSRIs 或 SNRIs 类一线抗抑郁药物治疗基础上,分批接受同一导演带领的易术心理剧(Yi Shu psychodrama)。全程均由"美国心理剧、社会计量、团体心理治疗学会"认证心理剧导演、中国心理学会注册心理师(X-12-2014)王尔东老师带领实施,数名有过专业心理剧训练的国家二级心理咨询师、精神科医师和护士既担任心理剧团体的专业辅角,同时可随时处理患者可能的危急状况。本研究团队前期预实验在龚鈇博士督导和王尔东导演指导下,经过临床实践改良为适合伴童年创伤抑郁症患者的"半结构化团体干预模式"[12,15]。每批患者均由课题组充分评估入组患者病情风险后开展。

联合心理剧组中易术心理剧团体设置与主要方案:每批次团体以小团体(6~10 位患者)进行,采取门诊封闭式管理的工作坊形式组织实施。每次连续 4 d,间隔 2 个月 1 次,共 3 次,历时 6 个月。主要内容详见表 2。

联合健康教育组:被试采用在口服 SSRIs 或 SNRIs 药物治疗基础上联合一般健康教育。一般健康教育由精神心理科高级职称专家带领经过专业培训的人员实施。

一般健康教育设置与主要内容[16]:每个患者入组后,间隔 2 个月进行 1 次一般健康教育,每次连续 4 d。一共进行 3 次,历时 6 个月。健康教育具有一定支持性心理治疗作用,主要内容详见表 3。

1.3 疗效评价指标

主要疗效评价指标:采用 HAMD-17、贝克焦虑量表(Beck Anxiety Inventory-21 item, BAI-21)对主要观察指标抑郁焦虑进行量化评价。本研究根据全程干预结束时 HAMD-17 得分较基线时的减分率作为临床疗效的判定指标,即 50%≤减分率<75%为显效,减分率≥75%为大部分缓解。

次要疗效评价指标:采用自尊量表(Self-esteem Scale,SES)、心理弹性量表(Connor-Davidson Resilience Scale,CD-RISC)对自尊和心理弹性进行量化评价。

表 2 抑郁症易术心理剧团体治疗模式简介

易术心理剧过程	干预流程及目标	时空线索
①团体开始:稳定化过程,即保密、互相认识、社会计量、暖身(个体、团体)、找到内外支持的能量(爱你/支持你的人说的话和自己 1~3 个品质)等	营造安全气场	聚焦"现在"
②行动演出	①寻找纠结/创伤事件	从"现在"到"过去"促进改变与转化
	②宣泄淤积"邪气"/情绪	
	③爱补"生命元气"	
	④体悟与改变执念	
	⑤整合内外自我	回到"现在"
	⑥练习适应社会(行为)	
	⑦体味美好未来、带去希望感	走向"未来"
	⑧分享内心触动、团体整合宣泄与疗愈	活在"当下/现在"
③团体结束:再次连接内外资源、增强积极能量	整合与分离	

表 3 一般健康教育的主要目标、形式和内容

目标	形式	具体内容
①增加对抑郁症的了解	①微信公众号相关科普文章推送	由专业人员通过多种健康指导形式,具体指导患者结合其自身情况学习以下内容
②减少对抑郁症不合理认知	②发放健康手册	
③规范治疗行为	③门诊随访讲解	①抑郁症发病原因简介
④增加患者治疗和研究随访的依从性	④电话随访讲解	②抑郁症临床表现
		③抑郁症对社会功能的影响
		④抑郁症复发的危害
		⑤药物和心理治疗的重要性
		⑥面对抑郁症的自我调节方式
		⑦临床案列分享

1.4 测评工具

1.4.1 一般情况调查表 自制一般情况调查表,包括患者性别、年龄、受教育年限、职业等。

1.4.2 童年期创伤问卷(Childhood Trauma Questionnaire,28 item Short Form,CTQ-SF) 用于调查童年期(16岁以前)创伤经历,1996年Bernstein修订后的简式CTQ共28个条目,包括5个分量表:情感虐待、躯体虐待、性虐待、情感忽视、躯体忽视。采用Likert 5级评分,1:从不;2:偶尔;3:有时;4:经常;5:总是。评分标准:分量表评分中,情感虐待≥13分,躯体虐待≥10分,性虐待≥8分,情感忽略≥15分,躯体忽略≥10分,只要有1个分量表得分满足以上标准的为伴有童年创伤;同时满足分量表情感虐待<13分,躯体虐待<10分,性虐待<8分,情感忽略<15分,躯体忽略<10分的为不伴童年创伤。本研究该量表的Cronbachα系数为0.717,简式CTQ用于评估抑郁症患者童年期创伤经历信效度较好[17]。

1.4.3 HAMD-17 用于评估患者抑郁严重程度和抗抑郁药的疗效。总分<7分,为正常;7~16分,可能存在抑郁;17~23分,轻度或中度抑郁;≥24分,严重抑郁。本研究该量表的Cronbach α系数为0.965,信效度较好[18]。

1.4.4 BAI-21 自评量表,用于评估患者焦虑程度。包括21道题,Likert 4级量表评分法,由0分(绝无影响)至3分(严重影响),总分由所有题目得分相加,范围为0~63分,总分越高表示受试者焦虑程度越严重。一般认为,总得分≤7分,基本没有焦虑症状;8~15分,轻度焦虑;16~25分,中度焦虑;≥26分,重度焦虑。本研究该量表的Cronbach α系数为0.925,信效度较好[19]。

1.4.5 SES 用于测评患者自尊水平高低,Rosenberg在1965年编制,1993年季益富、于欣引进,并翻译为中文版。包括10个条目,采取Likert 4级评分,1:非常不符合;2:不符合;3:符合;4:非常符合;1、2、4、6、7正向记分,3、5、8、9、10题反向记分,本研究该量表的Cronbach α系数为0.865,信效度较好[20]。

1.4.6 CD-RISC 用于测评患者心理弹性高低,由Connor和Davidson(2003)编制,本课题组采用于肖楠等修订版本,有25个条目,分成坚韧性、力量性、乐观性3个维度,采取Likert5级评分,0(从不)~4(总是),得分越高,心理弹性越高。本研究该量表的Cronbach α系数为0.943,信效度良好[21]。

1.5 施测与数据处理

伴童年创伤抑郁症患者由主治以上精神科医师按照ICD-10单相抑郁发作诊断标准,根据童年创伤临床访谈和CTQ-SF问卷阳性标准筛选确定,再次由精神科教授复核诊断;被试自愿参加并签署知情同意书后,干预前后、随访结束时均安排被试在一安静的房间里进行评估,由2名经过专业培训的精神科研究人员担任,自评问卷由评估者采用统一指导语指导被试在问卷网上完成回答,当场完成并提交,每次评估过程约需20 min左右。

所有调查数据应用SPSS 23.0软件包进行统计分析。计量资料服从正态分布的,组间比较采用独立样本t检验分析,用$\bar{x}\pm s$进行统计描述,不符合正态分布的,采用非参数秩和检验。计数资料的组间比较用χ^2检验。采用遵循研究方案分析(per-protocol analysis, PP)法分析数据集,采用单因素重复测量方差分析,比较各量表评分的变化,均为双侧检验,检验水准$P<0.05$。

2 结果

2.1 病例完成和脱落情况

采用随机数字表法将研究对象分为联合心理剧组或联合健康教育组。联合心理剧组纳入35例,完成6个月干预的有33例,脱落2例,均为患者个人原因不能继续参加心理剧团体治疗,脱落率5.7%。联合健康教育组入组33例,完成6个月干预的有27例,脱落6例,其中2例出现药物副反应,换药,4例失访,视为自动退出,脱落率18.2%。两组干预结束时脱落率差异有统计学意义($\chi^2=39.765$,$P<0.01$)。联合干预结束后6个月随访结束时,联合心理剧组完成31例,失访2例,脱落率6.1%。联合健康教育组完成20例,失访7例,脱落率26.0%。2组随访结束时脱落率差异有统计学意义($\chi^2=29.400$,$P<0.01$)。两组总脱落例数:联合心理剧组4例,联合健康教育组13例;总脱落率:联合心理剧组11.4%,联合健康教育组39.4%,两组总脱落率差异有统计学意义($\chi^2=17.000$,$P<0.01$)。

2.2 2组治疗显效率比较

干预结束时,联合心理剧组33例中有效共21例(其中显效6例,大部分缓解15例),总有效率63.63%;联合健康教育组27例中有效共10例(其中显效4例,大部分缓解6例),总有效率37.04%。2组抗抑郁治疗方案总有效率比较差异有统计学意义($\chi^2=4.207$,$P<0.05$)。

2.3 2组患者干预前后主要结局指标、次要结局指标重复测量方差分析

两组患者干预前后重复测量方差分析结果显示,CD-RISC总分、坚韧维度、力量维度在干预×时间的交互作用差异有统计学意义($P<0.05$),余HAMD、BAI、SES、乐观维度评分在干预×时间的交互作用差异无统计学意义,CD-RISC和各维度评分存在干预主效应差异有统计学意义($P<0.05$),余HAMD、BAI、SES总分在干预主效应差异无统计学意义,HAMD、BAI、SES、CD-RISC及各维度评分在时间主效应差异均有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表4 2组干预前后干预和时间因素效果分析

变量	干预主效应		时间主效应		交互作用	
	F	*P*	*F*	*P*	*F*	*P*
HAMD总分	2.518	0.118	94.464	<0.001	1.927	0.170
BAI总分	1.852	0.179	21.318	<0.001	0.450	0.505
SES总分	3.994	0.050	29.280	<0.001	1.568	0.215
CD-RISC总分	7.508	0.008	21.484	<0.001	4.386	0.041
坚韧性维度	6.301	0.015	18.347	<0.001	4.189	0.045
力量性维度	5.422	0.023	17.011	<0.001	4.601	0.036
乐观性维度	7.764	0.007	18.362	<0.001	0.990	0.324

线性拟合检验,$P<0.05$

2.4 2组患者干预前后主要结局指标、次要结局指标简单效应分析

干预前组间比较,2组患者除乐观维度评分差异有统计学意义外($P<0.05$),余HAMD、BAI、SES、CD-RISC、坚韧维度、力量维度评分差异均无统计学意义;干预6个月结束时组内比较,联合心理剧组患者HAMD、BAI总分均降低,SES、CD-RISC及各维度评分均提高,差异有统计学意义($P<0.001$);联合健康教育组HAMD、BAI总分均降低,SES、CD-RISC及各维度评分均提高,其中CD-RISC及各维度评分差异无统计学意义,余HAMD、BAI、SES总分差异均有统计学意义($P<0.05$);干预6个月结束时组间比较,联合心理剧组HAMD、BAI总分均低于联合健康教育组,SES、CD-RISC及各维度评分均高于联合健康教育组,除BAI总分差异无统计学意义外,余HAMD、SES、CD-RISC及各维度评分差异均有统计学意义($P<0.05$),见表5。

2.5 2组患者干预后和随访结束时主要结局指标、次要结局指标重复测量方差分析

两组患者干预后和随访结束时的重复测量方差分析结果显示,HAMD、BAI、SES、CD-RISC、坚韧维度、力量维度、乐观维度评分均干预×时间的交互作用差异无统计学意义,SES、CD-RISC、坚韧维度、力量维度评分存在干预主效应差异有统计学意义($P<0.05$),余HAMD、BAI、乐观维度评分均干预主效应差异无统计学意义,HAMD、BAI、SES、CD-RISC及各维度评分在时间主效应差异均无统计学意义,见表6。

表6 2组干预后、随访结束时干预和时间因素效果分析

变量	干预主效应		时间主效应		交互作用	
	F	*P*	*F*	*P*	*F*	*P*
HAMD总分	1.469	0.231	2.057	0.158	0.961	0.332
BAI总分	1.706	0.198	2.241	0.141	0.356	0.554
SES总分	15.912	<0.001	0.064	0.801	2.389	0.129
CD-RISC总分	6.869	0.012	0.214	0.646	1.920	0.172
坚韧性维度	6.369	0.015	0.258	0.614	2.366	0.130
力量性维度	6.927	0.011	0.113	0.738	0.608	0.439
乐观性维度	4.028	0.050	0.050	0.824	1.081	0.304

线性拟合检验,$P<0.05$

表5 2组干预前后各量表测评比较(分,$\bar{x}\pm s$)

变量	联合心理剧组($n=33$)				联合健康教育组($n=27$)				① *vs* ③		② *vs* ④	
	基线①	干预后②	*F*	*P*	基线③	干预后④	*F*	*P*	*F*	*P*	*F*	*P*
HAMD总分	19.33±7.22	5.61±7.10	68.540	<0.001	20.67±10.94	10.37±10.00	31.549	<0.001	0.320	0.574	4.644	0.035
BAI总分	36.36±10.92	29.52±8.41	15.534	<0.001	38.44±8.77	33.3±10.58	7.079	0.010	0.642	0.426	2.429	0.125
SES总分	24.15±5.06	28.42±5.01	24.667	<0.001	22.82±4.39	25.48±4.64	7.861	0.007	1.167	0.284	5.465	0.023
CD-RISC总分	42.58±12.65	54.15±15.68	25.158	<0.001	37.48±12.00	41.85±14.82	2.934	0.092	2.521	0.118	9.592	0.003
坚韧性维度	20.67±7.02	27.06±8.70	22.261	<0.001	18.33±7.25	20.59±8.05	2.274	0.137	1.594	0.212	8.766	0.004
力量性维度	14.33±3.80	17.97±5.39	21.863	<0.001	13.11±3.82	14.26±5.35	1.781	0.187	1.532	0.221	7.091	0.010
乐观性维度	7.58±3.32	9.12±2.71	15.489	<0.001	6.04±2.30	7.00±2.53	4.920	0.030	4.170	0.046	9.652	0.003

线性拟合检验,$P<0.05$

2.6 2组患者干预后和随访结束时主要结局指标、次要结局指标简单效应分析

6个月干预结束时,完成随访的2组患者CD-RISC及各维度评分差异有统计学意义($P<0.05$),HAMD、BAI、SES总分差异均无统计学意义。随访结束时,联合心理剧组和联合健康教育组分别在HAMD、BAI、SES、CD-RISC及各维度随访结束时评分较干预结束时评分差异均无统计学意义;完成随访的两组患者SES和力量维度评分,联合心理剧组好于联合健康教育组($P<0.05$),HAMD、BAI、CD-RISC、坚韧维度、乐观维度评分差异均无统计学意义,见表7。

3 讨论

本研究采用一线抗抑郁药物联合易术心理剧或联合一般健康教育干预伴童年创伤的抑郁症患者干预结束时,其抑郁焦虑程度均较干预前降低,抗抑郁有效率联合心理剧组好于联合健康教育组,且两组间差异有统计学意义。本研究结果显示两种干预模式都有效,均可改善抑郁和焦虑的症状,分析原因可能是2组都是以抗抑郁药物作为基础治疗,且均完成急性期治疗的巩固期患者。干预结束时,联合心理剧组抗抑郁效果好于联合健康教育组,这与王娜等[22]对老年抑郁症患者采用药物联合认知行为治疗与药物联合支持性心理治疗的结果基本一致。与何娟娟等[23]发现对抑郁症患者进行药物联合心理剧干预较药物联合一般护理干预的抗抑郁效果更好这一结果一致,与SÖZERI-VARMA等[24]对抑郁症患者进行药物联合心理剧治疗后HAMD-17测评发现患者抑郁症状显著降低的结果一致。我们推测,除药物治疗的效果外,心理剧团体治疗也起着作用。有研究指出心理剧团体可通过“行动演出”有助于患者了解其患病的心理社会因素,并帮助患者从心理层次上学会应对这些因素[24],心理剧治疗能够改善抑郁症患者的述情障碍[25],改善其应对方式[11],进而促进抑郁情绪恢复。易术心理剧融合中西方文化创造性表达艺术治疗理念,协助人们释放和调理生理、心灵和人际关系等失衡状态[15,26],还通过参与心理剧活动和体验积极的人际关系减少抑郁障碍患者的社会孤立感,给患者提供一个体验现实生活的机会,而一般健康教育也会通过各种形式增加患者对抑郁症的了解,减少对患抑郁症及其预后等的不合理认知,规范治疗行为,提高治疗依从性,对抑郁症患者的康复起一定作用,这也可能是两种治疗方案在干预结束时抗焦虑效果无显著差异的原因。

本研究发现,尽管采用专人定期随访,两组均存在一定程度的脱落,但发现药物联合一般健康教育组在联合干预6个月结束时、随访结束时脱落率及总脱落率均明显高于联合易术心理剧组,差异有统计学意义。可能是联合易术心理剧团体经过连续几天封闭式疗愈,处理了患者内心的冲突,转化了创伤的负性影响,改变了患者认知等,较联合一般健康教育更能带给患者安全感和凝聚力,更有利于心理治疗联盟的建立。而联合一般健康组尽管同样有专人随访,但脱落率明显高于联合心理剧组。干预治疗的失访原因可能很多,但效果不好是其中一个重要因素[16]。因此,在半年随访结束时虽然其组间差异无统计学意义,但在考虑脱落率差异基础上,我们推测药物联合易术心理剧较联合一般健康教育在改善患者抑郁焦虑症状的中长期维持效果方面可能会更好。

本研究结果显示2组患者在干预结束时自尊水平有提高,联合心理剧组好于联合健康教育组,且随访时,一线抗抑郁药物联合易术心理剧干预自尊效果优于联合一般健康教育组,周玉萍等[27]关于心理剧可以提高患者自尊水平的研究支持本研究结果。心理剧可提高自尊水平,可能是由于心理剧的形式特点与其所

表7 2组干预后、随访结束时各量表测评比较(分,$\bar{x}\pm s$)

变量	联合心理剧组($n=31$)				联合健康教育组($n=20$)				① *vs* ③		② *vs* ④	
	干预后①	随访结束时②	*F*	*P*	干预后③	随访结束时④	*F*	*P*	*F*	*P*	*F*	*P*
HAMD总分	5.81±7.27	7.94±9.43	3.717	0.060	9.55±9.26	9.95±9.64	0.085	0.772	2.596	0.114	0.545	0.464
BAI总分	29.39±8.66	28.55±6.35	0.517	0.476	32.9±10.19	30.95±9.48	1.803	0.186	1.741	0.193	1.177	0.283
SES总分	28.65±5.09	29.97±3.75	2.063	0.157	25.95±4.33	25.00±3.15	0.687	0.411	3.816	0.057	24.140	<0.001
CD-RISC总分	55.4±15.33	53.8±17.50	0.543	0.465	42.2±14.81	45.30±13.65	1.404	0.242	9.282	0.004	3.439	0.070
坚韧性维度	27.71±8.58	26.68±8.64	0.677	0.415	20.60±8.02	22.65±8.36	1.722	0.196	8.776	0.005	2.710	0.106
力量性维度	18.45±5.18	18.19±6.17	0.125	0.725	14.30±5.18	14.95±3.97	0.512	0.478	7.803	0.007	4.353	0.042
乐观性维度	9.26±2.73	9.00±3.44	0.424	0.518	7.30±2.75	7.70±3.08	0.657	0.422	6.204	0.016	1.877	0.177

线性拟合检验,$P<0.05$

运用的技术所致。低自尊的人在人际关系中存在着困扰,很少能够认识到自己的优点,进入心理剧团体后,很多成员都表示在活动中收获了友谊,能够感受到团队的力量,并从“行动演出”中开始逐渐发现自身的资源,发现看待问题的不同视角,能体会他人如朋友、家人等的感受,从而使得自尊得以提高[28]。

有研究发现自尊水平的提高可以促进抑郁症患者心理弹性的发展[8]。本研究显示2组患者在6个月联合干预结束时和6个月随访结束时,CD-RISC总分及其坚韧维度、力量维度、乐观维度评分均有提高,且联合易术心理剧组比联合一般健康教育组对CD-RISC总分及其坚韧维度、力量维度评分改善效果更佳,提示一线抗抑郁药物联合易术心理剧较联合一般健康教育在心理弹性总体上的效果更好,与心理剧应用于贫困大学生可以改善心理弹性的结果相似[29]。分析原因可能是易术心理剧干预契合了WAUGH等[30]提出的提高心理弹性的三个切入方面:压力承受能力、积极性和乐观性、应对不同情景的能力,即灵活性,也切合了目标专注、情绪控制、积极认知、家庭支持和人际协助这五个影响心理韧性(即心理弹性)水平的核心因素[31],这些改善使得患者的心理弹性水平得以发展。

伴童年创伤的抑郁症患者的部分认知功能可能存在叠加受损,如执行功能和工作记忆,长时和短时记忆的保持方面,进而出现负性认知偏差,并且随着创伤经历增多,认知功能损害出现积累效应[32]。此外,童年期创伤经历还会引起人格特点、防御方式、人际关系发生改变,导致抑郁症的症状表现也产生一定的影响[33],临床症状改善起来更加困难。本研究发现抗抑郁药物联合易术心理剧治疗较联合一般健康教育分别干预伴童年创伤的抑郁症患者,在减轻抑郁焦虑情绪、提高患者自尊和心理弹性水平方面,总体上其近期和中远期效果更好,可能是联合易术心理剧可以深入患者的内心世界去处理创伤及其影响,提升其创造力,让个体在旧情境有新反应,在新情境有适当反应,从而对上述心理特质产生改善作用,并有助于患者维持中长期效果。而联合一般健康教育虽然可起到一定支持性心理治疗的作用,但它不深入患者的内心世界去处理创伤及其影响,故在伴童年创伤抑郁症患者的心理相关指标方面的干预效果不显著。因此,我们推测抗抑郁药物联合易术心理剧治疗较联合一般健康教育在治疗伴童年创伤抑郁症方面更有效,且推测提升自尊和心理弹性可能是伴童年创伤抑郁症易术心理剧治疗的靶点。

综上所述,抗抑郁药物联合易术心理剧治疗与联合一般健康教育分别干预伴童年创伤的抑郁症,两种临床干预方案均可以降低患者抑郁焦虑情绪,且抗抑郁药物联合易术心理剧治疗脱落率更低,在提高患者自尊和心理弹性水平方面,总体上抗抑郁药物联合易术心理剧治疗效果也更好,提示该方案成本效益较好,且提示患者在未来可以更好地调动自身心理资源,更好地应对未来生活中的应激事件,以致复发概率有降低的可能。本研究结论对临床有一定的指导及借鉴意义。但本研究样本量较小,健康教育组脱漏率较高,未做依从性准确测量,PP集分析未达样本量要求,本研究未进行ITT集分析,未来需增大样本量、改进增加健康教育组依从性的具体措施;本研究未对2组患者的童年创伤至入组的时间进行基线统计比较,可能对结果的准确性有一定影响;2组患者所使用药物均为一线抗抑郁药物,但两类抗抑郁药理机制不同,其临床作用效果则有一定差异,尽管其构成比差异无明显统计学意义,仍不能完全排除对研究结果的可能影响。同时,本研究联合干预结束时两组患者在乐观维度存在一定差异,不能完全排除对随访结束时心理弹性结果的可能影响。因此,未来需2组患者用同一品种药物以提高研究质量,扩大样本量,匹配足够的联合干预结束时和随访结束时的样本,延长观察时间,且增加临床心理相关的观察指标、延长随访时间以及增加生物学量化指标等,并关注患者病程、复发率等长期因素的影响,寻找更敏感的效果指标进行更广泛和深入的探索。

参考文献:

[1] INFURNA M R, REICHL C, PARZER P, *et al*. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis[J]. J Affect Disord, 2016, 190: 47-55. DOI:10.1016/j.jad.2015.09.006.

[2] 郭伟龙, 柳进, 李凌江. 伴童年创伤抑郁症:临床特点、生物学机制、治疗启示[J]. 中南大学学报(医学版), 2020, 45(4): 462-468.
GUO W L, LIU J, LI L J. Major depressive disorder with childhood trauma: Clinical characteristics, biological mechanism, and therapeutic implications[J]. J Central South Univ Med Sci, 2020, 45(4): 462-468.

[3] NANNI V, UHER R, DANESE A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis[J]. Am J Psychiatry, 2012, 169(2): 141-151. DOI:10.1176/appi.ajp.2011.11020335.

[4] 侯艳飞, 刘玎, 张小远. 抑郁症患者药物与心理治疗疗效调节变量的系统评价[J]. 中国心理卫生杂志, 2018, 32

(3): 200-206.
HOU Y F, LIU D, ZHANG X Y. Treatment moderators of pharmacotherapy and psychotherapy for depressive disorders: a systematic review[J]. Chin Ment Heal J, 2018, 32(3): 200-206.

[5] 张丽华, 刘方英. 自尊研究的历史与展望[J]. 辽宁师范大学学报(社会科学版), 2015, 38(2): 194-199. DOI: 10.16216/j.cnki.lsxbwk.201502194.
ZHANG L H, LIU F Y. Historical review and prospect for the research of self-esteem[J]. J Liaoning Norm Univ Soc Sci Ed, 2015, 38(2): 194-199. DOI: 10.16216/j.cnki.lsxbwk.201502194.

[6] 杨大梅, 闫玉秋. 自尊训练对抑郁症患者康复效果的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 20(5): 109-110.
YANG D M, YAN Y Q. Effect of self-esteem training on rehabilitation of major depressive disorder[J]. J Qilu Nurs, 2014, 20(5): 109-110.

[7] POOLE J C, DOBSON K S, PUSCH D. Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience[J]. Child Abuse Negl, 2017, 64: 89-100. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.12.012.

[8] 苏皓园, 化振, 王宝安, 等. 抑郁症患者心理弹性及相关因素的研究[J]. 国际精神病学杂志, 2019, 46(1): 75-77,87. DOI:10.13479/j.cnki.jip.2019.01.023.
SU H Y, HUA Z, WANG B A, *et al*. The research of resilience and related factors in depression patients[J]. J Int Psychiatry, 2019, 46(1): 75-77,87. DOI:10.13479/j.cnki.jip.2019.01.023.

[9] ERBAY L G, REYHANİİ, ÜNAL S, *et al*. Does psychodrama affect perceived stress, anxiety-depression scores and saliva cortisol in patients with depression? [J]. Psychiatry Investig, 2018, 15(10): 970-975. DOI: 10.30773/pi.2018.08.11.2.

[10] WANG Q, DING F, CHEN D N, *et al*. Intervention effect of psychodrama on depression and anxiety: a meta-analysis based on Chinese samples[J]. Arts Psychother, 2020, 69: 101661. DOI:10.1016/j.aip.2020.101661.

[11] 纪忠红, 王尔东. 易术疗法的治疗模式、过程及特征[J]. 中外医学研究, 2012, 10(25): 151-152. DOI:10.14033/j.cnki.cfmr.2012.25.011.
JI Z H, WANG E D. Treatment mode, process and characteristics of Yi Shu therapy[J]. Chin Foreign Med Res, 2012, 10(25): 151-152. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2012.25.011.

[12] 王培佳, 王尔东, 郁仁强, 等. 心理剧联合药物对伴童年创伤抑郁症患者焦虑抑郁、应对方式及自发低频振幅的影响[J]. 第三军医大学学报, 2020, 42(2): 111-118. DOI:10.16016/j.1000-5404.201908164.
WANG P J, WANG E D, YU R Q, *et al*. Effects of psychodrama combined with antidepressants on anxiety and depression, coping style and neuroimaging features in patients with major depressive disorder and childhood trauma[J]. J Third Mil Med Univ, 2020, 42(2): 111-118. DOI:10.16016/j.1000-5404.201908164.

[13] 时景璞. 临床研究中样本量的估计方法[J]. 中国临床康复, 2003, 7(10): 1569-1571.
SHI J P. The methods of sample size estimation in clinical study[J]. Mod Rehabil, 2003, 7(10): 1569-1571.

[14] 刘肇瑞, 黄悦勤, 李占江, 等. 认知行为治疗联合药物治疗广泛性焦虑障碍的随机单盲对照试验[J]. 中国心理卫生杂志, 2019, 33(4): 241-247.
LIU Z R, HUANG Y Q, LI Z J, *et al*. A single-blind randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy with SSRIs in patients with generalized anxiety disorder[J]. Chin Ment Heal J, 2019, 33(4): 241-247.

[15] 胡潇予, 王尔东, 赵媛, 等. 易术心理剧治疗后抑郁症患者真实感受的质性研究[J]. 四川精神卫生, 2019, 32(4): 315-318,323.
HU X Y, WANG E D, ZHAO Y, *et al*. Qualitative study on true feelings of patients with depression after Yishu psychodrama intervention[J]. Sichuan Ment Heal, 2019, 32(4): 315-318,323.

[16] 张慧敏, 黄贞杰, 许晶, 等. 健康教育干预对综合医院抑郁症治疗依从性的影响[J]. 中国心理卫生杂志, 2007, 21(9): 630-633,645.
ZHANG H M, HUANG Z J, XU J, *et al*. Effect of health education on compliance of patients with depression in a general hospital[J]. Chin Ment Heal J, 2007, 21(9): 630-633,645.

[17] 王雪云, 施星明, 赵玲慧, 等. 中文版儿童期创伤问卷在精神障碍患者中信度、效度分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2018, 26(4): 618-622. DOI:10.13342/j.cnki.cjhp.2018.04.035.
WANG X Y, SHI X M, ZHAO L H, *et al*. Reliability and validity of Chinese version of Childhood Trauma Questionnaire in patients with mental disorders[J]. China J Heal Psychol, 2018, 26(4): 618-622. DOI:10.13342/j.cnki.cjhp.2018.04.035.

[18] 孙晓艳,李怡雪,余灿,等.中文版抑郁量表信效度研究的系统综述[J].中华流行病学杂志, 2017, 38(1): 110-116. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.01.021.
SUN X Y, LI Y X, YU C,*et al*. Reliability and validity of depression scales of Chinese version: a systematic review[J]. Chin J Epidemiol, 2017, 38(1): 110-116. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.01.021.

[19] 郑健荣, 黄炽荣, 黄洁晶, 等. 贝克焦虑量表的心理测

量学特性、常模分数及因子结构的研究[J]. 中国临床心理学杂志, 2002, 10(1): 4-6.
ZEHNG J R, HAUNG C R, HUANG J J, *et al*. A study of psychometric properties, normative scores and factor structure of Beck anxiety inventory Chinese version [J]. Chin J Clin Psychol, 2002, 10(1): 4-6.

[20] 杨烨, 王登峰. Rosenberg 自尊量表因素结构的再验证[J]. 中国心理卫生杂志, 2007, 21(9): 603-605,609.
YANG Y, WANG D F. Retest of the bidimensional model of Rosenberg self-esteem scale[J]. Chin Ment Heal J, 2007, 21(9): 603-605,609.

[21] 于肖楠, 张建新. 自我韧性量表与 Connor-Davidson 韧性量表的应用比较[J]. 心理科学, 2007, 30(5): 1169-1171. DOI:10.16719/j.cnki.1671-6981.2007.05.035.
YU X N, ZHANG J X. A comparison between the Chinese version of Ego-resiliency scale and connor-Davidson resilience scale[J]. Psychol Sci, 2007, 30(5): 1169-1171. DOI:10.16719/j.cnki.1671-6981.2007.05.035.

[22] 王娜, 毛佩贤, 李占江. 认知行为治疗或支持性心理治疗联合药物治疗老年抑郁症的随机对照研究[J]. 中华精神科杂志, 2017, 50(5): 371-376. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.05.011.
WANG N, MAO P X, LI Z J. Adding cognitive-behavior therapy or supportive psychotherapy to antidepressants in elderly patients with depressive disorder: a randomized controlled study[J]. Chin J Psychatry, 2017, 50(5): 371-376. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.05.011.

[23] 何娟娟, 徐珺杰, 王皓月, 等. 心理剧对抑郁症患者心理状态及康复效果的应用研究[J]. 智慧健康, 2019, 5(34): 185-186. DOI:10.19335/j.cnki.2096-1219.2019.34.083.
HE J J, XU J J, WANG H Y, *et al*. Application of psychodrama in psychological state and rehabilitation of depressive patients[J]. Smart Healthc, 2019, 5(34): 185-186. DOI:10.19335/j.cnki.2096-1219.2019.34.083.

[24] SÖZERI-VARMA G, KARADAĞ F, KALKAN-OĞUZHANOĞLU N, *et al*. The role of group psychotherapy and psychodrama in the treatment of depression[J]. J Clin Psy, 2017, 20(4): 308-317. DOI:10.5505/kpd.2017.86158.

[25] 荆亭, 孙红霞, 余厚青. 心理剧治疗对 2 型糖尿病伴抑郁患者述情障碍的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2019, 27(7): 1024-1028. DOI:10.13342/j.cnki.cjhp.2019.07.032.
JING T, SUN H X, YU H Q. Effect of psychodrama on alexithymia in patients with type 2 diabetes mellitus and depression[J]. China J Heal Psychol, 2019, 27(7): 1024-1028. DOI:10.13342/j.cnki.cjhp.2019.07.032.

[26] 邓旭阳, 梁黛婧, 李萁君. 心理剧在抑郁症治疗中的研究[J]. 临床精神医学杂志, 2014, 24(3): 212-213.
DENG X Y, LIANG D J, LI Q J. The study of psychodrama in the treatment of major depressive disorder [J]. J Clin Psychiatry, 2014, 24(3): 212-213.

[27] 周玉萍, 唐文忠. 心理剧治疗对提高精神分裂症患者自尊水平的对照研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2002, 16(10): 669-671.
ZHOU Y P, TANG W Z. A controlled study of psychodrama to improve self-esteem of patients with schizophrenia[J]. Chin Ment Heal J, 2002, 16(10): 669-671.

[28] WAUGH C E, KOSTER E H W. A resilience framework for promoting stable remission from depression[J]. Clin Psychol Rev, 2015, 41: 49-60. DOI:10.1016/j.cpr.2014.05.004.

[29] 张静. 心理剧教学法对改善贫困大学生心理弹性的效果评估[J]. 商丘职业技术学院学报, 2017, 16(4): 93-96.
ZHANG J. Effect evaluation of psychodrama teaching method on improving resilience of poor college students [J]. J Shangqiu Vocat Tech Coll, 2017, 16(4): 93-96.

[30] WAUGH C E, KOSTER E H W. A resilience framework for promoting stable remission from depression[J]. Clin Psychol Rev, 2015, 41: 49-60. DOI:10.1016/j.cpr.2014.05.004.

[31] 纪忠红, 赵谦. 高职护生心理韧性干预研究探索[J]. 医药高职教育与现代护理, 2019, 2(4): 237-240.
JI Z H, ZHAO Q. Research on psychological resilience intervention for nursing students in higher vocational colleges [J]. Med High Vocat Educ Mod Nurs, 2019, 2(4): 237-240.

[32] 吴韦玮. 伴童年创伤抑郁症的认知功能和认知模式研究[D]. 长沙: 中南大学, 2013.
WU W W. The cognitive function and cognitive patterns of depression with childhood trauma [D]. Changsha: Central South University, 2013.

[33] 王蕾蕾,宋崇升,石超,等,童年期创伤与抑郁症的关系[J].中华行为医学与脑科学,2019,28(5): 476-480. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2019.05.018.
WANG L L, SONG C S, SHI C, *et al*. The relationship between childhood trauma and depression[J]. Chin J Behav Med Brain Sci, 2019, 28(5): 476-480. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2019.05.018.

(**收稿**:2021-06-27;**修回**:2021-08-24)
(编辑 吴培红)