

# MBCT在持续性心境障碍患者中的随访研究及脑电分析

高远<sup>1,2</sup>, 郭延勇<sup>2</sup>, 田博<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>青岛大学, 山东 青岛

<sup>2</sup>山东省戴庄医院, 山东 济宁

<sup>3</sup>山东青岛市精神卫生中心, 山东 青岛

Email: [boyangqd@163.com](mailto:boyangqd@163.com)

收稿日期: 2021年8月12日; 录用日期: 2021年9月3日; 发布日期: 2021年9月14日

## 摘要

目的: 探讨正念认知疗法(MBCT)在持续性心境障碍患者中的应用价值。方法: 纳入本院2018年5月至2020年5月收治的60例持续性心境障碍患者, 随机分为观察组和对照组。对照组给予帕罗西汀(20 mg/日)口服, 观察组患者则给予正念认知疗法进行干预, 包括正念进食葡萄干、全身扫描、正念呼吸训练、正念沟通、正念行走、正念伸展、正念冥想等。以8周为1个疗程, 共干预4个疗程, 每个疗程之间间隔4周。入院第1天和出院后6个月、12个月后, 分别采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估两组患者的心理状态, 简易智力状态检查量表(MMSE)评估两组患者智力状况及认知功能的缺损情况, 简明健康状况调查表(SF-36)评估两组患者的生活质量, 并对两组患者进行事件相关电位检查, 比较P300和N400潜伏期和波幅的变化。结果: 出院6个月、12个月时两组患者SAS和SDS逐渐下降, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且观察组各时间点SAS和SDS均显著低于对照组( $P < 0.05$ )。出院6个月、12个月时, 除定向力维度外, 两组患者MMSE其余维度评分均逐渐上升, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且除定向力维度外, 观察组各时间点各维度评分均显著高于对照组( $P < 0.05$ )。出院6个月、12个月时, SF-36各维度评分均逐渐上升, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且观察组各时间点各维度评分均显著高于对照组( $P < 0.05$ )。出院6个月、12个月时, P300潜伏期和N400潜伏期均逐渐缩小, P300波幅和N400波幅均逐渐上升, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且观察组各时间点P300潜伏期和N400潜伏期均显著小于对照组, P300波幅和N400波幅显著大于对照组( $P < 0.05$ )。结论: 通过正念认知疗法对持续性心境障碍患者进行干预, 可以尽快帮助其学习并逐渐掌握应对情绪转变和处理负面情绪的方法, 从而显著减轻负面情绪, 有效降低复发率, 改善认知功能, 提高生活质量。

## 关键词

MBCT, 持续性心境障碍, 认知功能, 生活质量, 事件相关电位

\*通讯作者。

# Follow up Study and EEG Analysis of Mindfulness Cognitive Therapy in Patients with Persistent Mood Disorder

Yuan Gao<sup>1,2</sup>, Yanyong Guo<sup>2</sup>, Bo Tian<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>University of Qingdao, Qingdao Shandong

<sup>2</sup>Shandong Dazhuang Hospital, Jingning Shandong

<sup>3</sup>Mental Health in Qingdao City, Shandong Province, Qingdao Shandong

Email: boyangqd@163.com

Received: Aug. 12<sup>th</sup>, 2021; accepted: Sep. 3<sup>rd</sup>, 2021; published: Sep. 14<sup>th</sup>, 2021

## Abstract

**Objective:** To explore the application value of mindfulness cognitive therapy in patients with persistent mood disorder. **Methods:** A total of 60 patients with persistent mood disorder admitted to our hospital from May 2018 to May 2020 were randomly divided into observation group and control group. The control group was given paroxetine (20 mg/days) orally, while the observation group was given mindfulness cognitive therapy, including mindfulness eating raisins, whole body scanning, mindfulness breathing training, mindfulness communication, mindfulness walking, mindfulness stretching, mindfulness meditation, etc. 8 weeks as a course of treatment, a total of 4 courses of intervention, with an interval of 4 weeks between each course. On the first day of admission, 6 months and 12 months after discharge, self rating Anxiety Scale (SAS) and self rating Depression Scale (SDS) were used to evaluate the psychological status of the two groups, the mini mental state examination (MMSE) was used to assess the mental status and cognitive impairment of the two groups of patients, and the short form Health Questionnaire (SF-36) was used to evaluate the quality of life of the two groups of patients. The latency and amplitude of P300 and N400 were compared. **Results:** At 6 and 12 months after discharge, SAS and SDS of the two groups gradually decreased, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ), and SAS and SDS of the observation group at each time point were significantly lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ). At 6 and 12 months after discharge, except for the orientation dimension, the MMSE scores of the two groups increased gradually, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). Besides the orientation dimension, the MMSE scores of the observation group at each time point were significantly higher than those of the control group ( $P < 0.05$ ). At 6 and 12 months after discharge, the scores of SF-36 increased gradually, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ), and the scores of each dimension at each time point in the observation group were significantly higher than those in the control group ( $P < 0.05$ ). At 6 and 12 months after discharge, P300 latency and N400 latency decreased gradually, while P300 amplitude and N400 amplitude increased gradually, with statistical significance ( $P < 0.05$ ). P300 latency and N400 latency at each time point in the observation group were significantly less than those in the control group, and P300 amplitude and N400 amplitude were significantly greater than those in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Mindfulness cognitive therapy for patients with persistent mood disorder can help them learn as soon as possible and gradually master the methods of coping with emotional change and dealing with negative emotions, so as to significantly reduce negative emotions, effective reduction of recurrence rate, improve cognitive function and the quality of life.

## Keywords

**Mindfulness Cognitive Therapy, Persistent Mood Disorder, Cognitive Function, Quality of Life, Event-Related Potential**

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

持续性心境障碍是指以持续且伴有起伏的情感或心境改变为主要特征的心理疾患，其发作形式主要包括环性心境障碍和恶劣心境两种，前者是指反复出现的心境高涨或低落状态，后者则指持续出现的心境低落状态，大多数患者合并有认知和行为的改变，尤其是环性心境障碍患者，但是每一次发作均未达到躁狂或抑郁发作的症状标准。该病的临床表现和预后存在较大的变异性，轻者可给其生活和工作带来负面影响，重者则可导致残疾甚至死亡的发生。目前国内外大多数学者的实践研究表明，药物联合心理干预是持续性心境障碍治疗的最佳选择，对于缓解临床症状、预防病情加重、改善认知功能至关重要(李雪等, 2020; 方晶, 2014)。正念认知疗法(MBCT)是以正念这一概念为核心，以传统认知行为疗法为基础而建立的新型心理干预方法，主要用于防止抑郁症尤其是重度抑郁症的复发，其可行性和有效性获得了大量循证学支持(Jasbi et al., 2018)。近年来，该方法逐步应用于其他精神障碍中，如饮食障碍、成瘾性疾病、人际沟通障碍、睡眠障碍等，以及阿尔茨海默病、恶性肿瘤患者的康复治疗，但是大部分研究仅局限于 8 周正念认知干预，缺乏对患者出院后的长期干预和随访(Zhang et al., 2018; Marchand et al., 2019; 刘莹等, 2020)。未能获得足够的循证学依据。本院近年来采用正念认知疗法对持续性心境障碍患者进行长期干预，并对患者的心理状态、认知功能、生活质量以及脑电分析结果进行随访，探讨该方法的临床应用价值。

## 2. 资料与方法

### 2.1. 一般资料

纳入本院 2018 年 5 月至 2020 年 5 月收治的持续性心境障碍患者 60 例。纳入标准：符合国际疾病分类(ICD)-10 心境障碍中 F34 持续性情感障碍的诊断标准；年龄  $\geq 18$  岁；文化水平达到小学及以上，语言沟通无障碍；可配合独立完成问卷调查。排除标准：存在其他精神障碍性疾病，如精神分裂症、人格障碍、物质依赖、酒精依赖等；合并有严重的心、肺、肝、肾等重要脏器功能不全。本研究获得医院伦理委员会的审核批准，所有患者均由医生告知本研究的目的、意义和流程，并签署知情同意书。

### 2.2. 方法

对照组给予帕罗西汀，起始剂量为 10 mg/次，1 次/d，连续服药 3 d 后改为 20 mg/次，1 次/d，均于早饭后服用，合并有睡眠障碍的患者可于晚上睡前服用阿普唑仑 0.4 mg/次。在此基础上，两组患者住院期间均给予常规健康教育和心理干预，包括发放健康教育手册，并进行用药、运动、饮食和生活起居指导等。对照组出院前给予常规出院宣教，并嘱患者每 3 个月至医院门诊随访一次，每次随访时由专门人员与患者及其家属进行交流和沟通，评估病情改善情况，并为患者提供个性化的心理指导，帮助其建立康复的信心。

观察组患者住院期间即开始给予正念认知疗法进行干预。

1) 干预成员: 首先成立干预小组, 包括经过专业培训并获得国家二级心理咨询师资格证书、工作年限满 2 年的心理咨询师 1 名, 临床医生 1 名, 责任护士 1 名, 护士长 1 名。

2) 干预时间: 将 30 例患者分 3 个小组进行干预, 每组 10 人, 每周干预 1 次, 每次 2h, 每次干预地点选择在医院的心理咨询室, 干预时间为下午 2 点至 4 点, 以 8 周为 1 个疗程, 共干预 4 个疗程, 每个疗程之间间隔 4 周。

3) 干预方法:

第 1 周: 由心理咨询师向患者介绍正念认知疗法的来源、理论基础、具体措施和预期效果, 鼓励患者进行自我介绍, 采用多媒体播放《八周正念之旅》的音频资料相关章节, 并向每位患者发放《八周正念之旅》的文本资料, 对患者的问题进行详细解答, 初步体会内观静坐和正念呼吸的过程。

第 2~3 周: 主要进行 3 项训练: ① 正念进食葡萄干: 将 1 个葡萄干放在手中, 注意力完全集中于此, 感知其形状、颜色、触感、气味等, 将葡萄糖放入口中慢慢咀嚼后吞咽, 感知其性状的变化过程; ② 全身扫描: 将注意力按照从头到脚的顺序依次集中于身体各个部位, 并进行知觉感受; ③ 正念呼吸训练: 选择自己认为最为舒适的姿势(通常为静坐位)将注意力集中于自身呼吸, 以深沉、缓慢的呼吸节奏和力度进行观想, 保持全身放松的状态。患者回家后可不断练习, 在实践中摸索内心的情绪和思维, 逐步学会处理障碍的方法。

第 4~8 周: 在完成上述 3 项训练后, 由心理咨询师对患者的完成情况进行检查, 对未能良好掌握的患者应给予个别干预, 帮助其完成训练, 之后继续进行以下 4 项训练: ① 正念沟通: 心理咨询师耐心聆听患者对自身现状的理解, 如果患者不愿意在其他研究对象前进行标书, 可采取一对一对面沟通的方式, 心理咨询师应当向患者传递“我尊重你, 我在听你说话”以及“如果我理解有误, 欢迎对我进行纠正”这些积极向上的正念, 做到仔细、专注, 不可限于表面沟通, 要通过患者的表述挖掘其内心深处真正的障碍; ② 正念行走: 适当热身, 由心理咨询师引领患者进行无目的性的行走, 患者听从心理咨询师的指令, 将其自身注意力完全集中于行走的脚步上来, 放下内心的紧张、压力、不安, 使自身沉浸在安宁、和谐、愉快的行走感觉中; ③ 正念伸展: 完成正念行走后, 由心理咨询师带领患者进行四肢伸展运动, 患者听从心理咨询师的指令, 将注意力完全集中于关节和肢体肌肉的舒展运动中, 体会放松的感受; ④ 正念冥想: 这一训练需建立在正确掌握正念呼吸方法的基础上, 由患者自行选择最为舒适的姿势(通常为静坐位), 冥想另自己开心的事物, 如美味的食物、美丽的自然风光、愉快的事情等, 体会这些给自身肢体和心理带来的放松和愉悦感。在 7~8 周时重点加强正念冥想、正念伸展训练, 并鼓励患者在日常生活和工作中也按照正念认知训练的理念、方法等进行联系, 帮助其在遇到障碍时可采用正念思维模式进行处理, 将这一理念真正融于生活和工作中。

第 1 个疗程按照上述流程进行干预, 第 2、3、4 个疗程则重点进行正念沟通、正念行走、正念伸展和正念冥想 4 项训练。

### 2.3. 观察指标

入院第 1 天和出院后 6 个月、12 个月后, 分别对两组患者以下指标进行评估:

1) 心理状态: 分别采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)对两组患者的心理状态进行评估, 其中 SAS 由 20 个焦虑症状相关条目组成, SAS 评分  $\geq 50$  分为有焦虑症状, SDS 由 20 个抑郁相关条目组成, SDS 评分  $\geq 53$  分为有抑郁症状, 分数越高说明焦虑或抑郁状态越严重。

2) 认知功能: 分别采用简易智力状态检查量表(MMSE)评估两组患者智力状况及认知功能的缺损情况。该量表共包括 6 个维度, 即定向力、即刻记忆、延时记忆、注意力及计算力、语言及视空间能力,

18 个条目, 共 30 个评价问题, 满分为 30 分, 得分越高, 说明认知功能越好。

3) 生活质量评价量表: 分别采用简明健康状况调查表(SF-36)对两组患者的生活质量进行评估。该量表共包括三大层面, 共 8 个维度, 心理层面包括心理职能、心理机能, 身体层面包括躯体疼痛和一般健康状况, 精神层面包括精力、社会功能、情感职能和精神健康。评分越高说明生活质量越好。

4) 事件相关电位检查: 在屏蔽隔音室中, 两组患者均取卧位, 保持注意力集中, 分别采用听觉、成语视觉靶/非靶刺激序列诱发事件相关电位, 脑电活动伪迹将由仪器自动排除, 记录两组患者 P300 和 N400 潜伏期和波幅的变化, 比较两组患者的差异。

## 2.4. 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对本研究数据进行分析, 计量资料以(均数  $\pm$  标准差)表示, 不同时间点之间计量资料比较采用重复测量方差分析, 组间比较采用 *t* 检验, 计数资料以百分比表示, 组间比较采用卡方检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 3. 结果

### 3.1. 临床资料

观察组和对照组各有 2 例患者失访, 观察组中 1 例因其他疾病而住院治疗, 1 例因交通不便要求退出研究, 对照组中 1 例因其他疾病而住院治疗, 1 例患者因搬迁至外地而退出研究, 最终 56 例患者获得随访。56 例患者中男 22 例, 女 34 例; 年龄 18~72 岁, 平均(40.23  $\pm$  4.90)岁; 受教育程度: 小学及以上 12 例, 初中及以上 17 例, 高中及以上 27 例; 病程 2 年至 7 年, 平均(2.54  $\pm$  0.43)年; 疾病类型: 环性心境障碍 36 例, 恶劣心境 20 例。观察组中男 10 例, 女 18 例, 年龄(40.10  $\pm$  4.32)岁, 受教育程度: 小学及以上 7 例, 初中及以上 9 例, 高中及以上 12 例, 病程(2.50  $\pm$  0.39)年, 疾病类型: 环性心境障碍 17 例, 恶劣心境 11 例; 对照组中男 12 例, 女 16 例, 年龄(40.34  $\pm$  4.05)岁, 受教育程度: 小学及以上 5 例, 初中及以上 10 例, 高中及以上 15 例, 病程(2.59  $\pm$  0.50)年, 疾病类型: 环性心境障碍 19 例, 恶劣心境 9 例。两组患者性别、年龄、受教育程度、病程和疾病类型比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 3.2. 两组患者随访期间 SAS、SDS 比较

入院第 1 天, 两组患者 SAS 和 SDS 均无统计学差异( $P > 0.05$ ), 出院 6 个月、12 个月时逐渐下降, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且观察组各时间点 SAS 和 SDS 均显著低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

**Table 1.** Comparison of SAS, SDS during the follow-up period between the two patient groups

**表 1.** 两组患者随访期间 SAS、SDS 比较

组别	例数	SAS			SDS		
		入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时
观察组	28	50.05 $\pm$ 5.20	43.32 $\pm$ 4.90	35.90 $\pm$ 4.44	50.20 $\pm$ 4.15	40.15 $\pm$ 5.70*	36.59 $\pm$ 4.80
对照组	28	50.14 $\pm$ 5.64	45.98 $\pm$ 4.39	40.13 $\pm$ 5.12	50.33 $\pm$ 6.10	44.11 $\pm$ 5.22*	40.39 $\pm$ 4.24
<i>t</i>		0.062	2.140	3.303	0.093	2.711	3.140
<i>P</i>		0.951	0.037	0.002	0.926	0.009	0.003

### 3.3. 两组患者随访期间 MMSE 评分比较

入院第 1 天, 两组患者 MMSE 各维度评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 出院 6 个月、12 个

月时, 除定向力维度外, 其余维度评分均逐渐上升, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且除定向维度外, 观察组各时间点各维度评分均显著高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

**Table 2.** Comparison of MMSE scores during the follow-up period between the two patient groups  
**表 2.** 两组患者随访期间 MMSE 评分比较

组别	例数	定向力			即刻记忆			延时记忆		
		入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时
观察组	28	9.20 ± 0.75	9.30 ± 0.63	9.35 ± 0.56	2.23 ± 0.25	2.50 ± 0.14	2.85 ± 0.30	2.05 ± 0.30	2.54 ± 0.29	2.80 ± 0.23
对照组	28	9.16 ± 0.90	9.23 ± 0.66	9.30 ± 0.49	2.26 ± 0.20	2.40 ± 0.20	2.67 ± 0.25	2.07 ± 0.22	2.30 ± 0.33	2.55 ± 0.33
t		0.181	0.406	0.356	0.496	2.168	2.439	0.285	2.891	3.289
P		0.857	0.686	0.724	0.622	0.035	0.018	0.777	0.006	0.002

  

组别	例数	注意力及计算力			语言及视空间能力		
		入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时
观察组	28	3.50 ± 0.29	4.42 ± 0.56	4.80 ± 0.50	7.09 ± 1.04	8.04 ± 1.03	8.65 ± 0.94
对照组	28	3.44 ± 0.30	4.02 ± 0.40	4.45 ± 0.52	7.14 ± 1.12	7.38 ± 1.12	8.05 ± 1.03
t		0.761	3.076	2.567	0.173	2.295	2.277
P		0.450	0.003	0.013	0.863	0.026	0.027

### 3.4. 两组患者随访期间 SF-36 评分比较

入院第 1 天时, 两组患者 SF-36 各维度评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 出院 6 个月、12 个月时, 各维度评分均逐渐上升, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且观察组各时间点各维度评分均显著高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

**Table 3.** Comparison of SF-36 scores during the follow-up period between the two patient groups  
**表 3.** 两组患者随访期间 SF-36 评分比较

组别	例数	心理职能			心理机能			躯体疼痛		
		入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时
观察组	28	55.80 ± 3.02	60.33 ± 3.05	65.09 ± 4.11	50.13 ± 2.90	55.22 ± 3.01	60.39 ± 4.29	47.90 ± 3.76	53.31 ± 4.45	59.30 ± 3.49
对照组	28	55.95 ± 3.41	58.20 ± 2.12	60.12 ± 3.59	50.20 ± 3.15	52.30 ± 2.59	55.30 ± 3.49	47.73 ± 3.90	50.12 ± 5.09	52.00 ± 4.12
t		0.174	3.034	4.819	0.087	3.891	4.870	0.166	2.497	7.154
P		0.862	0.004	0.000	0.931	0.000	0.000	0.869	0.016	0.000

  

组别	例数	一般健康状况			精力			社会功能		
		入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时
观察组	28	60.30 ± 3.42	64.00 ± 3.42	69.30 ± 5.42	54.03 ± 3.90	60.90 ± 3.33	66.90 ± 4.19	50.42 ± 3.24	55.22 ± 3.30	59.60 ± 4.52
对照组	28	60.51 ± 4.10	62.09 ± 3.29	64.29 ± 4.32	54.10 ± 3.44	57.98 ± 4.10	60.32 ± 4.30	50.55 ± 4.10	52.10 ± 3.12	54.22 ± 4.23
t		0.208	2.130	3.825	0.071	2.925	5.799	0.132	3.635	4.599
P		0.836	0.038	0.000	0.944	0.005	0.000	0.896	0.001	0.000

组别	例数	情感职能			精神健康		
		入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时
观察组	28	52.30 ± 5.90	61.23 ± 4.20	68.20 ± 4.52	50.23 ± 3.09	55.99 ± 3.95	60.33 ± 3.00
对照组	28	52.19 ± 5.33	55.90 ± 4.56	62.14 ± 4.20	49.25 ± 3.15	52.30 ± 5.90	55.90 ± 3.49
t		0.073	4.549	5.197	1.196	2.750	5.094
P		0.942	0.000	0.000	0.237	0.008	0.000

### 3.5. 两组患者随访期间事件相关电位 P300 和 N400 比较

入院第 1 天, 两组患者事件相关电位 P300 和 N400 比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 出院 6 个月、12 个月时, P300 潜伏期和 N400 潜伏期均逐渐缩小, P300 波幅和 N400 波幅均逐渐上升, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 且观察组各时间点 P300 潜伏期和 N400 潜伏期均显著小于对照组, P300 波幅和 N400 波幅显著大于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 4。

**Table 4.** Comparison of event-related potentials of P300 and N400 during the follow-up period between the two patient groups

**表 4.** 两组患者随访期间事件相关电位 P300 和 N400 比较

组别	例数	P300 潜伏期(ms)			P300 波幅( $\mu$ V)		
		入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时
观察组	28	354.41 ± 20.39	325.31 ± 22.10	310.21 ± 21.90	8.56 ± 1.01	10.10 ± 1.04	12.20 ± 1.03
对照组	28	355.10 ± 21.14	341.20 ± 30.71	331.42 ± 24.10	8.70 ± 1.14	9.40 ± 1.11	10.05 ± 0.97
t		0.124	2.222	3.447	0.486	2.435	8.041
P		0.902	0.031	0.001	0.629	0.018	0.000

  

组别	例数	N400 潜伏期(ms)			N400 波幅( $\mu$ V)		
		入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时	入院第 1 天	出院 6 个月时	出院 12 个月时
观察组	28	439.24 ± 30.19	410.31 ± 31.42	395.30 ± 20.94	8.20 ± 1.05	9.50 ± 1.05	10.30 ± 1.04
对照组	28	435.09 ± 41.30	430.94 ± 32.89	410.09 ± 22.90	8.11 ± 1.10	8.61 ± 1.12	9.12 ± 1.09
t		0.429	2.400	2.522	0.313	3.068	4.145
P		0.669	0.020	0.015	0.755	0.003	0.000

## 4. 讨论

持续性心境障碍虽然每次发作时极少严重到轻躁狂症的诊断标准, 甚至不足以达到轻度抑郁的表现, 但是其精神症状会持续出现, 患者的智力和认知功能将会受到影响, 从而导致生活质量下降, 甚至引发自杀等不良结局, 因此, 长期服药和心理干预对于降低出院后复发率、改善预后尤为重要。目前临床对于持续性心境障碍患者普遍采用的心理干预方法虽然以个性化为指导原则, 但是缺乏系统性和持续性, 而且大多数采用的是灌输式干预, 即不断地将正确的理念灌输给学生, 期望以此来消除其负面情绪, 本研究中对照组采取的则是目前临床普遍应用的干预方法, 包括文字宣教、口头宣教等, 以及住院期间和随访期间个性化的心理指导等, 然而实际上, 患者的负面情绪无法通过灌输式的宣教而做到真正消除, 更无法在短期内形成积极情绪, 而且长期的药物治疗可能带来诸多毒副作用或者产生耐药性, 导致服药

依从性下降,影响疗效。

观察组所采取的是正念认知疗法。“正念”即有目的、有意识地关注当下所发生的一切,仅仅是察觉它、注意它,但是对这一切并不进行任何的判断、分析和反应(Külz et al., 2019; Johannsen et al., 2017)。通过正念认知干预,医护人员可以减弱患者对低落情绪或高涨情绪的认知反应性,并帮助其学习且逐渐掌握一种新的应对想法或感受方法,以接纳的方式来与这些不良情绪进行和平共处,其核心理念不是去改变情绪的本身,而是去改变和这些情绪之间的关系,从而使积极情绪占据主导。本研究中观察组患者通过多媒体学习、正念沟通、正念感知觉训练、正念呼吸训练、正念行走、正念伸展和正念冥想这些心理和行为层面的多项干预措施对患者进行循序渐进的培养,逐渐帮助其建立察觉和应对负面情绪的能力,结果显示,观察组与对照组患者焦虑抑郁情绪状态、认知功能以及生活质量,复发率均在出院后6个月、12个月内获得改善,但是观察组的改善幅度更大,说明正念认知疗法的应用更具临床价值。分析其原因主要在于:患者在出院后居家期间缺乏医护人员的专业监督,自我管理的积极性和约束力较住院期间显著降低,而且大部分家属同样缺乏对患者进行管理的专业知识,这可能导致患者的服药依从性下降,如果控制不良情绪的能力不足,则可能导致病情复发或进一步加重,正念认知疗法训练则良好解决了这些因素给患者预后带来的负面影响,而且本研究观察组的干预以8周为1个疗程,共干预4个疗程,可以保证患者在出院后持续接受有效干预。其中,正念沟通帮助心理咨询师和患者之间建立相互尊重、相互信任的关系,重点在于尊重,且可以互相对错误理解进行纠正,以促进患者充分表达内心的真实感受,使心理咨询师做到有的放矢;正念感知觉训练可以有效提高患者的自我调节能力,增强其对外界和内在干扰的抵抗能力;正念呼吸训练则可以帮助患者将主要注意力转移至自身呼吸,从而减少对其他不适感的感知,降低内疚感、自卑感;正念行走和伸展时则可以将当下的主要注意力转移至活动中的肌肉和骨骼中来,使自身沉浸于安宁、和谐、愉快和放松的情绪中,有利于减轻负面情绪;正念冥想时可以帮助患者有意识地关注躯体异常改变,但不给予任何地评判,从而有利于患者对不良情绪的注意方式从评价批判转变为体验、感受,使患者可以自我察觉思维和情绪的变化,并采取客观接受的态度,对自身进行正确的引导。这些反复训练可以帮助患者不断增强自我管理的积极性,有利于服药依从性的提高,更重要的是这些训练可帮助患者养成自主处理不良情绪的能力,使积极情绪不断代替负性情绪,从而防止出院后复发,改善生活质量。

本研究进一步对两组患者的事件相关电位P300和N400进行分析,这是一种特殊的脑诱发电位,可反映人体在认知过程中大脑的神经电生理改变,其中P300是最为常应用的电位,主要反映大脑皮质的认知功能,在痴呆、脑损伤、慢性脑病和精神疾病患者中应用较多(Pedroso et al., 2017)。N400则主要反映大脑语言认知加工的过程,在语言认知研究中得以广泛应用(Huang et al., 2018)。本研究结果显示,出院6个月、12个月时,两组P300潜伏期和N400潜伏期均逐渐缩小,而P300波幅和N400波幅均逐渐上升,且观察组的改善幅度显著大于对照组,与MMSE评分结果的改善情况一致,进一步说明与常规心理干预比较,MBCT可更为显著地改善持续性心境障碍患者的认知功能。

综上所述,通过MBCT对持续性心境障碍患者进行干预,可以尽快帮助其学习并逐渐掌握应对情绪转变和处理负面情绪的方法,从而显著减轻负面情绪,改善认知功能(李丽等, 2017; 王卓贤 2017; 刘兴华等, 2016; 曾艳丽, 王国富, 2017)。有效降低复发率,提高生活质量。该方法在临床上的可行性良好,为持续性心境障碍患者提供了一种新型而有效的干预措施。

## 参考文献

- 方晶(2014). 长期透析患者心境障碍的心理疏导. *神经损伤与功能重建*, 9(5), 445-446.
- 李丽, 牛志民, 梅松丽(2017). 团体辅导课程中医学生智能手机成瘾的正念认知行为团体治疗. *中国高等医学教育*,



(5), 37-38.

- 李雪, 高明, 罗伊(2020). 适应模式心理护理对心境障碍抑郁发作患者健康促进效果研究. *中国慢性病预防与控制*, 28(7), 536-538.
- 刘兴华, 徐钧, 等(2016). “此刻觉醒”正念训练的定义、操作及可行性. *中国健康心理学杂志*, 24(8), 1224-1229.
- 刘莹, 郭婧, 郝春艳, 等(2020). 正念认知疗法对阿尔茨海默病患者认知功能和生活质量的影响. *中华现代护理杂志*, 26(21), 2903-2908.
- 王卓贤(2017). *基于解释风格的正念认知训练对大学生抑郁情绪的影响*. 硕士学位论文, 长沙: 湖南师范大学.
- 曾艳丽, 王国富(2017). 正念认知训练队护生压力及负性情绪的影响. *现代临床医学*, 43(5), 378-381.
- Huang, Y., Jiang, M., Guo, Q. et al. (2018). N400 Amplitude Does Not Recover from Disappearance after Repetitions Despite Reinitiated Semantic Integration Difficulty. *Neuroreport*, 29, 1341-1348. <https://doi.org/10.1097/WNR.0000000000001108>
- Jasbi, M., Sadeghi Bahmani, D., Karami, G. et al. (2018). Influence of Adjuvant Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Veterans-Results from a Randomized Control Study. *Cognitive Behavioral Therapy*, 47, 431-446. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1445773>
- Johannsen, M., Sørensen, J., O'Connor, M. et al. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Is Cost-Effective Compared to a Wait-List Control for Persistent Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer—Results from a Randomized Controlled Trial. *Psychooncology*, 26, 2208-2214. <https://doi.org/10.1002/pon.4450>
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B. et al. (2019). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Residual Symptoms after Cognitive Behavioral Therapy (CBT): A Randomized Controlled Trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 223-233. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0957-4>
- Marchand, W. R., Yabko, B., Herrmann, T., Curtis, H. et al. (2019). Treatment Engagement and Outcomes of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Veterans with Psychiatric Disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25, 902-909. <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0511>
- Pedroso, R. V., Fraga, F. J., Ayán, C. et al. (2017). Effects of Physical Activity on the P300 Component in Elderly People: A Systematic Review. *Psychogeriatrics*, 17, 479-487. <https://doi.org/10.1111/psyg.12242>
- Zhang, Z., Zhang, L., Zhang, G. et al. (2018). The Effect of CBT and Its Modifications for Relapse Prevention in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 18, 50. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1610-5>