

• 心理护理 •
• 论 著 •

团体心理剧干预对女性轻中度抑郁症患者的影响

费琳, 曹小莉, 赵芸芝, 马明芳, 张芳芳, 梁杏莉

摘要:目的 探讨团体心理剧对改善女性轻中度抑郁症患者睡眠质量及负性自动思维的效果。方法 将 72 例女性轻中度抑郁症患者随机分为对照组与观察组各 36 例。对照组给予常规治疗及护理;观察组在此基础上,实施心理剧团体干预。于干预前及干预 1 个月后,采用汉密尔顿抑郁量表、匹兹堡睡眠质量指数和自动思维问卷对两组患者进行评价。结果 两组均有 34 例完成研究。干预后,观察组抑郁评分、睡眠质量指数及自动思维评分显著低于对照组(均 $P<0.05$)。结论 团体心理剧能有效改善女性轻中度抑郁症患者的抑郁症状及睡眠质量,减少其负性自动化思维。

关键词: 女性患者; 抑郁症; 团体心理剧; 睡眠质量; 自动思维; 心理护理

中图分类号: R473.74 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.13.064

The effect of group psychodrama intervention in female patients with mild to moderate depression

Fei Lin, Cao Xiaoli, Zhao Yunzhi, Ma Mingfang, Zhang Fangfang, Liang Xingli. Department of Psychiatry and Psychology, The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an 710061, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of group psychodrama intervention on improving sleep quality and negative automatic thoughts in female patients with mild to moderate depression. **Methods** A total of 72 female patients with mild to moderate depression were randomly assigned to one of two groups, with 36 in each group. The control group received conventional treatment and nursing care, while the observation group additionally received group psychodrama intervention. Before and 1 month after the intervention, both groups were evaluated using the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Automatic Thoughts Questionnaire. **Results** Thirty-four patients in each group completed the study. After the intervention, the observation group had significantly lower scores for depression, sleep quality index, and automatic thoughts than the control group (all $P<0.05$). **Conclusion** Group psychodrama intervention can effectively ameliorate depressive symptoms, improve sleep quality, and reduce negative automatic thoughts in female patients with mild to moderate depression.

Keywords: female patients; depression; group psychodrama therapy; sleep quality; automatic thoughts; psychological care

抑郁症是一种以持久性心境低落、思维迟缓及意志行为减退为核心特征的精神障碍。据世界卫生组织 2023 年发布的报告显示,全球抑郁症患者数量已超过 3.5 亿^[1]。在中国,一项全国性流行病学调查显示,成年人群抑郁障碍的终生患病率约为 6.8%^[2]。流行病学研究表明,女性患病风险约为男性的 1.5~2.0 倍,这种性别差异可能与生理激素、社会心理压力及应对方式等多种因素交互作用有关^[3]。睡眠障碍是抑郁症最常见、也最易被忽视的核心症状之一。Meta 分析结果表明,70%~90%的抑郁症患者存在不同形式的睡眠问题^[4]。睡眠质量恶化不仅会加剧抑郁情绪和疲劳感,还可能影响患者的神经认知功能,降低生活质量,并增加复发风险^[5]。认知理论认为,自动思维作为个体对情境产生的快速、无需努力的认知活动,在抑郁症的发生与维持中起着关键作

用。抑郁症患者常被一系列负性的、自我贬低的自动思维所困扰,形成“认知负性三角”,即对自我、世界及未来的消极评价,这使得情绪调节更加困难^[6]。因此,针对睡眠与认知两个核心维度的干预,可能成为突破治疗瓶颈的有效途径。心理剧疗法是一种经典的心理治疗技术,源于精神病学家 Moreno 于 1921 年创办的“自发性剧院”,是一种自发性的表达性艺术治疗方法。该疗法强调在安全、支持的团体氛围中,通过戏剧性演绎、象征性表达及情绪宣泄,帮助参与者外化内心冲突、重构生命叙事并促进情感整合^[7]。心理剧疗法能够促进精神分裂症长期住院患者精神症状的改善,提升其社会功能^[8]。然而,针对特定人群(如女性抑郁症患者)设计严谨、量化评价其对于睡眠及自动思维影响的随机对照研究仍较为缺乏^[9]。基于此,本研究旨在通过随机对照试验,系统探讨心理剧团体干预对女性轻中度抑郁症患者睡眠质量及负性自动化思维的改善效果,以期为临床制订多维、整合的心理护理方案提供实证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2025 年 1—12 月于我院精神心理科住院的 18~50 岁女性患者为研究对象。纳入

作者单位:西安交通大学第一附属医院精神心理科(陕西 西安,710061)
通信作者:梁杏莉,liangxl@126.com
费琳:女,本科,主管护师,feilin0526@126.com
科研项目:西安交通大学第一附属医院院基金(2024-HL-27)
收稿:2026-02-04;修回:2026-04-16

标准:①符合国际疾病分类第 10 版(ICD-10)单相抑郁发作诊断标准^[10];②抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale,SDS)标准分为 53~72 分(轻中度抑郁)^[11];③至少完成九年制义务教育;④能够配合入组前的身体检查及问卷填写;⑤自愿参加并签署知情同意书。排除标准:①患有脑器质性疾病或严重躯体疾病;②伴有酒精或物质依赖;③3 个月内经历较大手术;④并存精神病性症状、双相情感障碍、严重人格障碍等其他严重精神疾病;⑤存在严重自杀观念、自伤行为及自杀未遂者;⑥正在接受激素类药物治疗;⑦孕妇或哺乳期妇女。本研究样本量估算采用两独立样本均数比较,通过 PASS15.0 软件计算,以干预后汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Rating Scale,HAMD-17)评分^[12]差值为主要结局指标,依据预试验及类似研究^[7],设定效应量(Cohen's *d*)为 0.55,检验效能(1- β)为 0.80,显著性水准(α)为 0.05(双侧),计算出每组所需最小样本量为 26 例。考虑约 20%的脱落率,计划每组招募 33 例。结合本研究周期内实际可招募的患者数量,最终将样本量确定为每组 36 例,共 72 例。采用计算机生成的随机数字表进行分组,每组 36 例。随机分配序列由独立于研究的人员制作并密封于不透光信封中,由不参与评估的研究者按顺序拆封并执行分组,以实施分配隐藏,患者及评估者对分组情况均不知情。研究方案已通过医院伦理委员会审查(No. XJTU1AF2022LSK-

171),所有患者签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 干预方法 对照组接受精神心理科常规住院治疗,包括疾病与药物知识健康教育、标准化抗抑郁药物治疗,以及基础护理、安全监护、一般支持性沟通。观察组在常规治疗基础上,给予为期 1 个月的心理剧团体干预,每周进行 2 次,每次 40~60 min。干预方案主要参考《精神康复——艺术治疗实操手册》^[13]中的相关框架,并结合本研究目的与人群特点进行优化设计。心理剧团体干预的具体实施方案见表 1。①团体形式:采用封闭式小团体形式,每组纳入 6~8 名成员。②人员配置:团体导演由 1 名精神心理专科护士担任(主管护师,经过系统心理剧培训);同时配备 1 名经过相关培训的护士作为辅助人员。③干预环境:干预在精神心理科专用的团体治疗室内进行,该环境宽敞明亮、无障碍物,且保持空气流通。④道具准备:彩色布巾、桌椅、A4 纸、彩笔、眼罩、卡片、扑克牌、丝巾、空椅子、代币及拍卖锤等多种表达性材料,以支持非言语表达与情景演绎。⑤质量控制:团体导演与辅助人员均接受统一的前期方案培训。辅助人员负责过程记录(包括摄影)、观察成员反应,遇特殊情况及时协助处理,并完整记录成员的参与度与口头分享内容。评估资料均通过“问卷星”平台收集,在安静环境中由患者独立填写,提交前当场核对,以确保数据完整、准确。

表 1 团体心理剧干预方案

阶段	目的	操作	时间(min)
第一阶段: 暖身准备	建立团体信任感和凝聚力,降低防御,引出团体主题	①光谱图:设定“痛苦—开心”两个端点,成员根据自己当下的心情站在数轴上的相应位置,分享感受。②搭肩式社会计量:参与者根据“团体里最信任的人”或“最想认识的人”等主题,将手搭在对方肩上,形成人龙,参与者分享与被搭肩者的温暖瞬间,提升团体凝聚力与归属感。③卡片游戏:导演按预设规则(如颜色、主题、个人故事关联性)进行分组,参与者选择彩色卡片并分享选择原因,快速建立共鸣,为后续的深入互动奠定基础。④吃香蕉游戏:观察参与者吃香蕉的方式(如速度、礼仪、是否分享),按不同行为模式分组,讨论行为背后的心理动机(如安全感、控制感、社交习惯)	10~15
第二阶段: 行动演出	通过戏剧化方式呈现内心冲突,进行情感宣泄和认知矫正	①角色扮演:从真实生活事件中提取情境→明确剧本中的角色、冲突与期望结局→参与者进行戏剧化呈现,重点体验不同角色的立场。②角色交换:主角与辅角(扮演其生活中的重要他人)交换角色,体验对方的感受。③替身技术:辅角站在主角身后,说出主角可能未表达的感受。④空椅技术:主角与空椅子(象征某个人或某种情绪)对话。⑤未来投射:演出主角期望的未来场景。⑥神奇商店:用写有“希望获得的特质”(如自信)的卡片,交换写有“希望舍弃的特质”(如焦虑)的卡片→通过道具传递与语言宣誓完成象征性交换。⑦束绳技术:用绳索象征主角感受到的压力/束缚→主角自行或由他人协助将绳索缠绕于身体特定部位,在引导下进行“解绳”动作,并配合宣言以体验压力释放	20~30
第三阶段: 分享总结	整合演出经验,获得团体支持	①情感共鸣:用共情语言(如“我听到你感到很委屈,这很真实”)确认主角的情感,并通过肢体语言(如点头、注视)给予接纳。②个人联想:引导其他参与者分享类似经历或感受,用“你并不孤单,我们中很多人也有过……”等语言建立普遍性与归属感。③象征意义:通过象征物(如点燃蜡烛、绘制图案)或隐喻语言(如“这个空椅子代表未来的你”)为个体和团体赋予希望与力量。④角色反馈:从旁观者视角,提供对事件的新解读(如“我注意到你当时选择了退让,这其实需要很大的勇气”),帮助主角重构认知	10~15

1.2.2 评价方法 于干预前及干预 1 个月后,分别对两组患者采用下述问卷进行调查。① HAMD-17^[12]。包括 17 个条目,9 个条目评 0~4 分,8 个条目评 0~2 分。总分≤7 分为正常,8~17 分为轻度抑郁,18~24 分为中度抑郁,>24 分为重度抑郁。②匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)^[14]:用于评定患者最近 1 个月的睡眠质量。量表包含 7 个维度,即主观睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物应用、日间功能障碍。总分范围 0~21 分,得分越高表示睡眠质量越差。③自动思维问卷(Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ)^[15]:用于评估患者的负性自动思维水平。该量表中文版共 30 个条目,包含个人不良认知、自信不足、消极自我概念和无助感 4 个维度,采用 1(无)~5(总是)5 级评分,总分范围 30~150 分,得

分越高表明负性自动思维水平越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.96。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行数据分析。计数资料采用频数描述,组间比较采用 χ^2 检验及 Fisher 精确概率法;计量资料服从正态分布采用 ($\bar{x} \pm s$) 描述,组间比较采用 t 检验、重复测量的方差分析;不服从正态分布以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,组间比较采用 Mann-Whitney U 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 干预期间,观察组 2 例脱落(1 例因家庭原因提前出院,1 例因无法适应团体互动退出),对照组 2 例脱落(1 例失访,1 例因转院治疗)。最终,观察组与对照组各 34 例患者完成研究。两组患者一般资料比较,见表 2。

表 2 两组患者一般资料比较

组别	例数	年龄	病程	教育年限	婚姻状况(例)		付费方式(例)		
		(岁, $\bar{x} \pm s$)	[月, $M(P_{25}, P_{75})$]	(年, $\bar{x} \pm s$)	已婚	未婚/离异	城镇职工	城乡居民	自费
对照组	34	35.79±7.86	14.00(10.00,19.00)	14.08±2.87	19	15	16	13	5
观察组	34	36.24±8.51	13.50(9.00,18.25)	13.82±3.16	20	14	18	12	4
统计量		$t=0.227$	$Z=-0.352$	$t=0.405$	$\chi^2=0.060$				
P		0.821	0.725	0.687	0.806		0.893 [*]		

注: * 为 Fisher 精确概率法。

2.2 干预前后两组 HAMD-17 评分比较 见表 3。

表 3 干预前后两组 HAMD-17 评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	干预前	干预后
对照组	34	18.76±2.18	12.47±2.83
观察组	34	18.32±2.41	9.59±2.64
t		0.790	4.339
P		0.433	<0.001

注: 两组比较, $F_{\text{时间}}=225.617$ 、 $F_{\text{组间}}=15.274$ 、 $F_{\text{交互}}=42.136$, 均 $P<0.001$ 。

2.3 干预前后两组睡眠质量评分比较 见表 4。

2.4 干预前后两组自动思维评分比较 见表 5。

2.5 安全性评价 研究期间,观察组 2 例患者在首次干预后出现短暂的情绪波动,考虑可能与干预初期触及情绪素材、或在团体中自我暴露产生短暂压力有关,经过团体导演及时提供个别心理支持后缓解,未影响其后续参与研究。

表 4 干预前后两组睡眠质量评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

时间点	组别	例数	主观睡眠质量	睡眠潜伏期	睡眠持续时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物使用	日间功能障碍	总分
干预前	对照组	34	2.06±0.67	2.44±0.88	1.94±0.80	2.12±0.85	1.82±0.70	1.71±1.12	2.71±0.95	15.03±2.71
	观察组	34	2.12±0.58	2.53±0.81	2.03±0.71	2.21±0.92	1.88±0.62	1.79±1.03	2.79±0.88	15.28±2.53
	t		0.395	0.439	0.491	0.419	0.374	0.306	0.360	0.393
	P		0.694	0.662	0.625	0.676	0.709	0.760	0.720	0.695
干预后	对照组	34	1.65±0.62	2.26±0.91	1.62±0.82	1.79±0.81	1.76±0.71	1.44±1.05	2.21±0.94	12.18±3.29
	观察组	34	1.18±0.51	1.38±0.79	1.32±0.68	1.21±0.73	1.29±0.61	1.09±0.92	1.53±0.82	8.62±2.97
	t		3.414	4.258	1.642	3.102	2.928	1.462	3.179	4.683
	P		0.001	<0.001	0.105	0.003	0.005	0.148	0.002	<0.001

注: 对总分进行重复测量的方差分析结果显示, $F_{\text{组间}}=9.875$ 、 $F_{\text{时间}}=186.352$ 、 $F_{\text{交互}}=28.641$, 均 $P<0.05$ 。

3 讨论

3.1 团体心理剧干预显著改善抑郁症状 本研究结果显示,干预 1 个月后,观察组抑郁评分显著低于对照组($P<0.05$),且时间、组间及交互效应显著,表明在常规治疗基础上联合团体心理剧能更有效缓解轻中度女性抑郁患者的核心症状。机制上,角色扮演、

替身及空椅等技术营造了安全的情感宣泄通道,有助于调节边缘系统过度激活,缓解焦虑与情感麻木;团体互动中的社会计量与共情反馈则打破了社交退缩与自我贬低的循环,改善了快感缺失与精神运动性迟滞,这些正是 HAMD-17 评估的关键靶点。本结果印证了心理剧作为具身化干预手段,能通过情绪调节与认知重构的双路径增强传统抗抑郁治疗的临床获益,

为抑郁症的多模式干预提供了新的实证支持。

表 5 干预前后两组自动思维评分比较

分, $\bar{x} \pm s$			
项目	例数	干预前	干预后
对照组	34	95.91±14.56	85.32±16.74
观察组	34	98.15±13.72	65.44±15.38
<i>t</i>		0.653	5.076
<i>P</i>		0.516	<0.001

注: 两组比较, $F_{\text{组间}} = 12.507$ 、 $F_{\text{时间}} = 159.834$ 、 $F_{\text{交互}} = 35.726$, 均 $P < 0.05$ 。

3.2 团体心理剧干预可改善患者的睡眠障碍 睡眠紊乱是抑郁症的典型特征, 且与疾病的严重程度、复发风险及认知功能损害紧密相关^[16]。本研究结果显示, 干预后观察组患者睡眠质量总分及 5 个维度评分显著低于对照组(均 $P < 0.05$), 表明团体心理剧干预能改善患者睡眠障碍, 尤其在缩短睡眠潜伏期、改善睡眠效率和减轻日间功能障碍方面效果突出, 这可能是通过多重心理机制实现的。首先, 心理剧通过角色扮演与情景演绎, 为患者创造了安全表达与处理内在情感冲突的机会, 直接降低了焦虑与情感反刍水平, 这两者是导致入睡困难与睡眠维持障碍的关键心理因素^[17]。其次, 团体过程中获得的共情理解与社会支持, 有助于缓解患者的孤独感与心理应激, 从而改善与应激相关的日间功能损害及夜间警觉性增高^[18]。功能磁共振研究表明, 抑郁症合并失眠患者的前额叶皮层、脑岛、前扣带回等脑区同时存在结构、功能和代谢的异常, 且首发和复发患者的前额叶—情感网络—感觉运动网络存在明显差异^[19]。Straub 等^[20]指出, 抑郁症的神经特征应被概念化为一种网络紊乱, 而非特定脑区功能障碍, 其研究表明团体心理治疗可改变青少年抑郁症患者额叶—边缘系统静息态功能连接, 进而改善情绪调节能力, 这些功能连接变化与治疗前后症状的显著改善具有相关性。最近也有研究表明, 动态人际治疗在治疗重度抑郁症方面展现出持久且多维度的益处, 在维持情绪、睡眠和认知功能的改善方面优于认知行为疗法和药物治疗, 这些发现凸显了动态人际治疗作为一种全面且有效的替代疗法的潜力, 挑战了以症状为中心的治疗模式, 并为抑郁症护理的方向提供了启示^[21]。本研究发现与上述机制相吻合, 说明针对心理社会因素的干预能有效作用于“抑郁—失眠”共病的病理循环, 其效果补充了单纯药物治疗的不足。

3.3 团体心理剧干预可减少患者的负性自动思维 认知理论认为, 负性自动思维的产生是维持抑郁状态的核心因素^[22]。常规认知行为治疗主要通过言语性辩论来挑战非理性思维, 而心理剧则提供了一条“体验式认知重构”的路径。在行动中, 患者不仅作为“叙述者”, 更作为“观察者”和“体验者”, 能够具身化地觉

察到自身思维、情感与行为的关联, 并从团体反馈中获得替代性经验, 直接动摇如“我不可爱”或“未来无望”等核心信念, 特别是“角色交换”技术, 使患者有机会站在他人的立场理解互动, 这有助于打破以自我为中心的负性解释偏差^[23]。团体心理剧通过具身化的角色扮演与情景再现, 为患者提供了认知重构的体验路径, 使其得以在安全、支持性的团体中直观识别、表达并重构负性自动思维, 进而打破固有的消极认知循环。这一针对认知内核的干预, 不仅直接缓解了抑郁、焦虑情绪, 也为患者逐步恢复社会功能、回归家庭与社会奠定了内在基础, 这与团体叙事心理干预通过重塑生命故事以改善情绪、促进社会连接的功效具有内在一致性, 共同凸显了表达性、体验式团体干预在抑郁症整体康复中的多维价值^[24]。近期有一项研究表明, 整合了体验性成分的团体治疗, 在改善抑郁症患者认知灵活性方面效果显著优于单纯心理教育治疗组^[25], 本研究结果进一步支持了这一观点。

4 结论

综上所述, 在心理剧团体干预能更有效地改善女性轻中度抑郁症住院患者的抑郁症状及睡眠质量, 并显著减少其负性自动思维。该疗法通过情感宣泄、体验性认知重构及团体支持等多维度通路发挥作用, 是一种安全、可行且具有文化特色的临床辅助干预手段。本研究存在以下局限性: 首先, 在科研设计上, 观察组接受了额外的结构化团体心理剧干预, 而对照组仅实施常规治疗, 两组在干预时间、团体互动与社会支持等方面并不对等, 因此观察到的疗效差异可能部分源于非特异性因素的影响, 尚未完全验证心理剧技术成分的特异性作用。其次, 样本来源于单中心住院患者, 样本量有限, 且随访时间较短, 未能评估干预效果的长期稳定性及对预防复发的潜在作用。第三, 疗效评估主要依赖患者自评量表, 未来可结合客观指标(如腕动仪监测睡眠)、临床他评量表及神经内分泌检测等多模态方法进行综合验证。

参考文献:

[1] McGrath J J, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Age of onset and cumulative risk of mental disorders; a cross-national analysis of population surveys from 29 countries [J]. *Lancet Psychiatry*, 2023, 10(9): 668-681.

[2] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China; a cross-sectional epidemiological study[J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224.

[3] Tian W, Yan G, Xiong S, et al. Burden of depressive and anxiety disorders in China and its provinces, 1990 – 2021: findings from the global burden of disease study 2021[J]. *Br J Psychiatry*, 2026, 228(1): 18-28.

[4] Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: a systematic review and meta-analysis[J]. *Sleep Med Rev*, 2019, 43: 96-105.

[5] Ahern E, White J, Slattery E. Change in cognitive func-

- tion over the course of major depressive disorder; a systematic review and meta-analysis[J]. *Neuropsychol Rev*, 2025, 35(1):1-34.
- [6] Zou Y, Wang R, Xiong X, et al. Effects of acceptance and commitment therapy on negative emotions, automatic thoughts and psychological flexibility for depression and its acceptability; a meta-analysis[J]. *BMC Psychiatry*, 2025, 25(1):602.
- [7] 吴静, 张颖, 肖文焕. 团体心理剧疗法对围绝经期精神分裂症患者抑郁、自尊及应对能力的影响[J]. *实用临床医药杂志*, 2025, 29(1):125-129.
- [8] 赵婧婧, 王荣, 王虎玉, 等. 心理剧疗法在慢性精神分裂症长期住院患者康复训练中的应用[J]. *护理学杂志*, 2025, 40(12):6-11.
- [9] Gulassa D C R, Amaral R S, Lopes Angelo D, et al. Psychodrama group therapy for excoriation disorder; a randomized controlled trial with a Bayesian analysis[J]. *Int J Group Psychother*, 2025, 30:1-32.
- [10] 范肖冬. ICD-10 精神与行为障碍分类[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993:97-101.
- [11] Zhao Y J, Gui P P, Xu J J, et al. Exploring the differences in psychometric properties of commonly used Self-rating Depression Scales across various populations in China; a quantitative systematic review[J]. *Asian J Psychiatr*, 2025, 111:104635.
- [12] Hamilton M. A rating scale for depression[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960, 23(1):56-62.
- [13] 杨甫德, 崔勇. 精神康复: 艺术治疗实操手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016:3-36.
- [14] Buysse D J, Reynolds C F, Monk T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index; a new instrument for psychiatric practice and research[J]. *Psychiatry Res*, 1989, 28(2):193-213.
- [15] Hollon S D, Kendall P C. Cognitive self-statements in depression; development of an automatic thoughts questionnaire[J]. *Cogn Ther Res*, 1980, 4(4):383-395.
- [16] Riemann D, Dressler R J, Benz F, et al. Chronic insomnia, REM sleep instability and emotional dysregulation; a pathway to anxiety and depression[J]. *J Sleep Res*, 2025, 34(2):e14252.
- [17] Yasugaki S, Okamura H, Kaneko A, et al. Bidirectional relationship between sleep and depression[J]. *Neurosci Res*, 2025, 211:57-64.
- [18] Schöning T, Dahl H J, Hummelen B, et al. Do sleep disturbances improve following psychoanalytic psychotherapy for adolescent depression[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(3):1790.
- [19] 陈丽梅, 李梦瑶, 黄颖欣, 等. 首发和复发抑郁症共病失眠的静息态脑功能网络特征初步比较研究[J]. *磁共振成像*, 2025, 16(1):89-94, 110.
- [20] Straub J, Metzger C D, Plener P L, et al. Successful group psychotherapy of depression in adolescents alters fronto-limbic resting-state connectivity[J]. *J Affect Disord*, 2017, 209:135-139.
- [21] Yari-Renani H, Zare T. Advancing depression treatment; a multi-center randomized controlled trial of dynamic interpersonal therapy versus CBT and pharmacotherapy on symptoms, sleep, and cognition[J]. *Psychiatry Res*, 2025, 354:116775.
- [22] Misaki M, Tsuchiyagaito A, Guinjoan S M, et al. Trait repetitive negative thoughts in depression is associated with functional connectivity in negative thoughts state rather than resting state[J]. *J Affect Disord*, 2023, 340:843-854.
- [23] 陈海雯, 宋洁, 鹿笑寒, 等. 个体认知刺激疗法对痴呆患者心理健康干预效果的系统评价[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(24):72-76.
- [24] 李承美, 倪纯纯, 肖玉盼. 团体叙事心理干预对青少年抑郁症患者的影响[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(10):86-89.
- [25] Gryesten J, Moltu C, Poulsen S, et al. Personalization of structured group psychotherapy through add-on interventions; a potential for active engagement[J]. *Psychother Res*, 2026, 36(1):25-40.

(本文编辑 吴红艳)