

文章编号 1006-8147(2018)05-0452-05

论 著

# 内观认知疗法治疗大学生非器质性失眠症临床观察

彭 睿<sup>1</sup>, 毛富强<sup>1,2</sup>, 苏阳雪<sup>1,2</sup>, 张志浩<sup>1,2</sup>, 李蔓薇<sup>1</sup>, 李一波<sup>1,2</sup>, 李 静<sup>1</sup>

(天津医科大学 1.精神卫生学系; 2.心理学研究所, 天津 300070)

**摘要** 目的: 内观认知疗法治疗非器质性失眠症的疗效观察。方法: 非器质性失眠症患者 60 例, 随机分为研究组和对照组各 30 例, 其中研究组采用内观认知疗法(NCT)干预, 对照组保持与研究组相同时间的安静独处, 治疗周期均为 1 周。于治疗前和治疗结束 1 月后对两组同时进行匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)、焦虑自评量表(SAS)、自尊量表(SES)、自我和谐量表(SCCS)等心理量表评估, 于治疗前和治疗结束后进行 1 月智能手环(SB)睡眠监测, 比较各项指标治疗前后和组间差异。结果: 研究组治疗前后 PSQI 总分、成分 1(睡眠质量)、成分 2(入睡时间)、成分 4(睡眠效率)、成分 7(日间功能障碍)有显著性差异( $P<0.01$ ); 研究组治疗前后 SAS、SES、SCCS 总分有统计学差异( $P<0.01$ ); 研究组 SB 监测结果治疗前后 3 项指标比较均有显著性差异( $P<0.01$ ); 对照组所有量表及 SB 监测结果治疗前后均无显著性差异( $P>0.05$ )。结论: 内观认知疗法对大学生非器质性失眠症有治疗作用。

**关键词** 内观认知疗法; 非器质性失眠; 临床观察

中图分类号 R749.055

文献标志码 A

## Clinical observation on the treatment for college students' non-organic insomnia with Naikan cognitive therapy

PENG Rui<sup>1</sup>, MAO Fu-qiang<sup>1,2</sup>, SU Yang-xue<sup>1,2</sup>, ZHANG Zhi-hao<sup>1,2</sup>, LI Man-wei<sup>1</sup>, LI Yi-bo<sup>1,2</sup>, LI Jing<sup>1</sup>

(1. Department of Psychiatry; 2. Institute of Psychology, Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China)

**Abstract** **Objective:** To observe the efficacy of Naikan cognitive therapy in the treatment of non-organic insomnia. **Methods:** Sixty patients with non-organic insomnia were randomly divided into study group ( $n=30$ ) and control group ( $n=30$ ). Participants in study group were treated with Naikan cognitive therapy. The control group was asked to stay quiet at the same time. The treatment period was 1 week. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Self-rating Anxiety Scale (SAS), Self-Esteem Scale (SES) and Self Consistency and Congruence scale (SCCS) were given to both groups before treatment and one month after treatment. Sleeping monitor were given before treatment and after treatment for one month. The various indexes of psychological scales and monitor between the study group and the control group, before and after treatment were compared to observe the efficacy. **Results:** Total scores of Pittsburgh sleep quality index scale, component 1 (Quality of sleep), Component 2 (The time to fall asleep), Component 4 (Sleep efficiency), Component 7 (Daytime dysfunction) in study group before and after treatment displayed statistically significant difference ( $P<0.01$ ). There were statistically significant differences in the total scores of self-rating anxiety scale, Self-esteem scale and Self consistency and congruence scale before and after treatment in the study group ( $P<0.01$ ); The results from the sleeping monitor in the study group were statistically different before and after treatment ( $P<0.01$ ). There was no statistical difference in all of the scales and the results from the sleeping monitor before and after treatment in control group ( $P>0.05$ ).

**Conclusion:** Naikan cognitive therapy has therapeutic effect on college students' non-organic insomnia.**Key words** Naikan cognitive therapy; non-organic insomnia; clinical observation

非器质性失眠症简称失眠, ICD-10 定义为一种持续相当长时间的睡眠的质和/或量令人不满意的状态<sup>[1]</sup>。失眠是一种常见精神障碍, 会影响人的精力、情绪、认知功能。1995 年的一项调查显示大学生中存在睡眠质量问题的比例为 13.93%~28.60%<sup>[2]</sup>, 关于 1998-2011 年间大学生睡眠质量变化趋势的研究发现, 大学生睡眠质量始终没有得到有效改善<sup>[3]</sup>。诸多研究表明, 失眠症在大学生群体高发, 已经严重影响其身心健康和学习生活, 而且缺乏有效的心

理治疗方法。内观疗法是由吉本伊信 1937 年创立, 通过特别的环境与操作, 并回答内观三项目从而重温过去美好的情感, 洞察自己的人际关系, 改变思考问题的方式, 改变自我中心主义意识的一种心理疗法<sup>[4]</sup>。内观认知疗法 (Naikan cognitive therapy, NCT) 是内观疗法的改进法, 大量应用研究表明对于多种精神障碍有治疗效果<sup>[5]</sup>。本研究首次采用内观认知疗法对大学生非器质性失眠症进行干预研究, 为失眠的心理治疗提供新经验。

### 1 对象与方法

#### 1.1 研究对象

##### 1.1.1 入组标准 在 2017 年春季天津医科大学心

基金项目 天津市哲学社会科学规划后期资助项目(TJJXHQ1401)

作者简介 彭睿(1987-), 男, 硕士在读, 研究方向: 精神卫生学; 通信

作者: 毛富强, E-mail: maofq@tmu.edu.cn。

理健康教育中心主动寻求心理咨询的失眠大学生中招募志愿者,经2位精神科医师门诊符合ICD-10(WHO,1992)非器质性失眠症诊断标准:(1)主诉或是入睡困难、或是难以维持睡眠,或是睡眠质量差;(2)这种睡眠紊乱每周至少发生3次并持续1月以上;(3)日夜专注于失眠,过分担心失眠的后果;(4)睡眠量和/或质的不满意引起了明显的苦恼或影响了社会及职业功能。入组前签署知情同意书。研究过程总时间为9周,入组后第1至4周进行智能手环测评,第4周末进行心理测评,第5周进行内观认知治疗,第6至9周进行智能手环复测,第9周末进行心理测评复测。

1.1.2 排除标准 (1)患有重大躯体疾病或精神疾病或脑器质性疾病;(2)符合心境障碍、神经症性、应激相关的及躯体形式障碍诊断标准,失眠为其疾病伴随症状者;(3)酗酒或酒依赖者、服用生物活性物质导致的失眠者、其他器质性疾病导致失眠者;(4)目前服用催眠药物或其他影响精神药物者,或目前正在接受其他心理治疗者。

## 1.2 方法

1.2.1 分组方法 符合ICD-10诊断的非器质性失眠症60例,采用随机数字表法分为研究组和对照组各30例,其中研究组采用内观认知疗法干预,对照组保持与研究组相同时间的安静独处,治疗周期均为1周。研究组男生10人,女生20人,对照组男生13人,女生17人,两组性别无统计学差异( $\chi^2=0.635, P=0.426$ ),研究组年龄为( $21.77\pm 2.40$ )岁,对照组年龄为( $21.60\pm 2.50$ )岁,两组年龄无统计学差异( $t=0.263, P=0.793$ )。

1.2.2 干预方法 内观认知疗法疗程为7d,依据毛富强主编《内观认知疗法指导手册》规范心理治疗过程<sup>[5]</sup>。考虑大学生作息時間,本次干预采用半集中操作模式,其中前2d为集中治疗每天9h,后5d分散治疗每天3h,合计心理治疗时间33h。在心理治疗期间,每隔1.5h由具有中国内观心理师资格的指导者,进行具体指导10~15min。干预研究地点为天津医科大学心理健康教育中心团体辅导室,在书桌上支起台式屏风,使被试者在心理治疗中保持安静不被打扰。首先由被试确定内观对象,确定每个内观阶段回忆的时限,大约3~5年为一个内观段落。然后按照3个内观主题依次进行回忆:(1)对方为我做的事情;(2)我为对方做的事情;(3)我给对方添的麻烦。要求被试尽量清晰地还原当时的人物和场景;重温当时自己的想法和感受;站在当时对方的立场,尽量体会其当时的想法和感受;总结和

记录在内观中的各种新感悟;尽可能举一反三,觉察自己存在的自动式思维;对自动式思维进行真实性检验,发现自己存在的非理性认知;以内观相关事例,对非理性认知进行矫正。内观者在指导手册上扼要记录内观体验中回忆到的事件,并及时总结对自己、他人和事物的新看法和新感悟。

1.2.3 评估方法 两组分别于治疗前和治疗结束1月后进行以下心理量表测评,于治疗前和治疗后进行1个月智能手环测试。

1.2.3.1 匹兹堡睡眠质量指数表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI):匹兹堡睡眠质量指数表是一个评估睡眠质量的自评量表,它评估最近1个月的睡眠质量,它包含19个单独的问卷项目,这19个项目构成了7个因子得分,包括:主观睡眠质量,睡眠潜伏期,睡眠时间,习惯性睡眠效率,睡眠障碍,使用催眠药物以及白天功能障碍。这7个因子的分数相加总和为总得分。

1.2.3.2 焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS):焦虑自评量表用于评价焦虑个体的主观感受,作为衡量焦虑状态的轻重程度及在治疗中的变化依据。焦虑自评量表是一种被广泛应用于分析成年人或青少年主观的焦虑症状的简便测评工具;它同时具有筛查和焦虑程度诊断的功能<sup>[6]</sup>。将20个项目的各个得分相加,即得粗分,即用粗分乘以1.25以后取整数部分,就得到标准分。得分越高,症状越严重。

1.2.3.3 抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS):由W.K.Zung编制,为一自评量表,其特点是使用简便,并能相当直观地反映抑郁患者的主观感受及其在治疗中的变化。共20个题目,每一题目根据最近1周的感觉分1~4级评分,正、反向计分所得总分乘以1.25以后取整数部分即标准分,得分越高,症状越严重。

1.2.3.4 自尊量表(self-esteem scale, SES):SES量表最初用于评定青少年关于自我价值和自我接纳的总体感受,现已被广泛应用,是对自己的积极或消极感受的直接估计。10个条目,4级评分,1表示很不符合,2表示不符合,3表示符合,4表示非常符合,总分10~40分,分值越高,自尊程度越高<sup>[7]</sup>。

1.2.3.5 自我和谐量表(self-consistency and congruence scale, SCCS):由王登峰根据Rogers的自我和谐概念编制而成。该量表共有35个项目,包含自我与经验的不和谐、自我的灵活性、自我的刻板性3个维度,3个分维度的同质性信度分别为0.85、0.81、0.64,其中,自我的灵活性分量表反向计分后与其他两个分量表相加即为总分。总分越高自我和谐

程度越低<sup>[8]</sup>。

1.2.3.6 智能手环(smart bracelet,SB):智能手环由3D 加速传感器、蓝牙芯片、LED 屏幕等组成,通过蓝牙与智能手机传输数据,也可与电脑连接上传至网络服务器。SB 通过睡眠时测量肢体运动状态和运动量间接反映出睡眠-觉醒情况<sup>[9]</sup>。研究组于治疗前和治疗后进行一个月 SB 测量当作睡眠日记并取平均值,监测项目包括总睡眠时间、深睡眠时间、浅睡眠时间。有文献表明,SB 对睡眠的自动分期相比于多导睡眠监测的人工正确率能达到较高水平,在每种睡眠分期的时长监测部分,SB 结果与实际情况非常接近。在总睡眠时间的预测中,SB 预测的睡眠时间与多导睡眠监测所得出的标准无显著性差异<sup>[10]</sup>。本研究采用 SB 为小米手环 1S 光感版。

1.2.4 疗效判定 匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI):治疗疗效为量表减分率评定疗效,减分率 $\geq 75\%$ 为显著进步, $\geq 50\%$ 为有效, $\geq 25\%$ 为进步, $<25\%$ 为无效。

1.3 统计学处理 采用 SPSS24.0 进行数据分析,正态资料采用  $t$  检验,非正态资料采用秩和检验,对构成检验采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

### 2.1 匹兹堡睡眠指数量表(PSQI)结果

2.1.1 匹兹堡睡眠指数量表(PSQI)治疗前后总分和各成分值结果比较 研究组与对照组治疗前总分基线比较无统计学差异( $Z=-0.842, P>0.05$ )。研究组治疗前后比较,总分、成分 1(睡眠质量)、成分 2(入睡时间)、成分 4(睡眠效率)、成分 7(日间功能障碍)均有统计学差异( $P<0.01$ )。对照组治疗前后比较总分、各成分得分均无统计学差异( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1 匹兹堡睡眠指数量表研究组和对照组治疗前后比较  
Tab 1 Comparison of PSQI between the study group and the control group before and after treatment

组别	治疗前	治疗后	Z	P
研究组(总分)	9(8,10)	6(5,7.25)	-4.528	0.000**
对照组(总分)	9(8,12)	9(8,12)	-0.995	0.320
研究组(成分 1 睡眠质量)	2(1,2)	1(1,1)	-3.124	0.002**
对照组(成分 1 睡眠质量)	2(1,2)	1(1,2)	-1.890	0.059
研究组(成分 2 入睡时间)	1.5(1,2)	1(0,1)	-3.302	0.001**
对照组(成分 2 入睡时间)	2(2,3)	2(1.75,3)	-1.265	0.206
研究组(成分 3 睡眠时间)	2(1,2)	1.5(0.75,2)	-1.173	0.241
对照组(成分 3 睡眠时间)	2(1,2)	2(1,2)	-0.368	0.713
研究组(成分 4 睡眠效率)	1(0,1)	0(0,0)	-2.775	0.006**
对照组(成分 4 睡眠效率)	1(0,2)	1(1,2)	-0.692	0.489
研究组(成分 5 睡眠障碍)	1(1,2)	1(1,1.25)	-1.213	0.225
对照组(成分 5 睡眠障碍)	1(1,2)	1.5(1,2)	-0.333	0.739
研究组(成分 6 催眠药物)	0(0,0)	0(0,0)	0.000	1.000
对照组(成分 6 催眠药物)	0(0,0)	0(0,0)	0.000	1.000
研究组(成分 7 日间功能障碍)	2(2,3)	2(1,2)	-3.137	0.002**
对照组(成分 7 日间功能障碍)	2(2,3)	2(1,3)	-1.069	0.285

\*\* $P<0.01$

2.1.2 匹兹堡睡眠指数量表(PSQI)总分研究组有效率 见表 2。

表 2 匹兹堡睡眠指数量表总分研究组有效率

Tab 2 The efficiency of the research group of PSQI

组别	显著进步		有效		进步		无效		合计
	n	%	n	%	n	%	n	%	
研究组	1	3.33	8	26.67	13	43.33	8	26.67	30

2.2 智能手环监测结果治疗前后比较 研究组与对照组治疗前总睡眠时间( $t=-1.260, P>0.05$ )、深睡眠时间( $t=-0.410, P>0.05$ )、浅睡眠时间( $t=-0.933, P>0.05$ )基线比较无统计学差异,研究组治疗前后 3 项指标比较均有统计学差异( $P<0.01$ ),对照组治疗前后 3 项指标比较均无显著性差异( $P>0.05$ ),见表 3。

表 3 研究组智能手环监测结果治疗前后比较

Tab 3 Comparison of the results of smart bracelet in the study group before and after treatment

组别	治疗前	治疗后	t	P
研究组				
总睡眠时间	6.43 $\pm$ 0.47	7.11 $\pm$ 0.58	-7.181	0.000**
深睡眠时间	1.86 $\pm$ 0.40	2.20 $\pm$ 0.53	-4.032	0.000**
浅睡眠时间	4.40 $\pm$ 0.50	4.73 $\pm$ 0.70	-3.057	0.005**
对照组				
总睡眠时间	6.57 $\pm$ 0.40	6.61 $\pm$ 0.37	-0.801	0.430
深睡眠时间	1.96 $\pm$ 0.47	1.83 $\pm$ 0.39	0.744	0.463
浅睡眠时间	4.53 $\pm$ 0.55	4.61 $\pm$ 0.45	-0.977	0.337

\*\* $P<0.01$

2.3 焦虑自评量表(SAS)治疗前后比较 研究组与对照组治疗前基线比较两组无显著性差异( $Z=-1.267, P>0.05$ ),总分研究组治疗前后有显著性差异( $P<0.01$ )。对照组治疗前后无显著性差异( $P>0.05$ )。见表 4。

表 4 SAS 焦虑自评量表研究组和对照组治疗前后比较

Tab 4 Comparison of SAS between the study group and the control group before and after treatment

组别	治疗前	治疗后	Z	P
研究组(总分)	45(41,55)	35.5(31.5,43)	-4.033	0.000**
对照组(总分)	44(37.75,50.25)	42.5(37,48)	-0.878	0.380

\*\* $P<0.01$

2.4 抑郁自评量表(SDS)治疗前后比较 研究组与对照组治疗前基线比较无显著性差异( $t=0.752, P>0.05$ ),总分研究组治疗前后有显著性差异( $P<0.01$ )。对照组治疗前后无显著性差异( $P>0.05$ )。见表 5。

2.5 自尊量表(SES)治疗前后比较 研究组与对照组治疗前基线比较无显著性差异( $t=-1.469, P>$



0.05)。自尊量表总分研究组治疗前后有显著性差异( $P<0.01$ ),对照组治疗前后无显著性差异( $P>0.05$ )。见表6。

表5 SDS 焦虑自评量表研究组和对照组治疗前后比较

Tab 5 Comparison of SDS between the study group and the control group before and after treatment

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
研究组(总分)	50.90±10.36	42.2±9.37	7.646	0.000**
对照组(总分)	49.07±8.44	48.8±8.63	0.477	0.637

\*\* $P<0.01$

表6 SES 自尊量表研究组和对照组治疗前后比较

Tab 6 Comparison of SES between the study group and the control group before and after treatment

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
研究组(总分)	26.77±4.96	30.77±4.76	-3.731	0.001**
对照组(总分)	28.57±4.52	29.13±4.20	-0.537	0.595

\*\* $P<0.01$

2.6 自我和谐量表治疗前后比较 研究组对照组总分治疗前基线比较两组无显著性差异( $t=1.321$ ,  $P>0.05$ ),自我和谐量表研究组总分( $P<0.01$ )、自我与经验的不和谐( $P<0.01$ )治疗前后有显著性差异,研究组自我的灵活性、自我的刻板性治疗前后无显著性差异( $P>0.05$ )。对照组各项治疗前后无显著性差异( $P>0.05$ )。见表7。

表7 自我和谐量表研究组和对照组治疗前后比较

Tab 7 Comparison of SCCS between the study group and the control group before and after treatment

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
研究组总分	97.47±12.81	89.13±14.65	4.760	0.000**
自我与经验不和谐	51.77±7.96	45.77±10.25	4.810	0.000**
自我灵活性	44.50±5.43	45.77±5.22	-1.531	0.137
自我刻板性	18.20±4.63	17.13±4.13	1.990	0.056
对照组总分	93.07±12.98	92.63±12.83	0.147	0.884
自我与经验不和谐	47.87±9.81	46.50±9.20	0.542	0.592
自我灵活性	45.53±6.00	44.50±7.62	0.576	0.569
自我刻板性	18.73±2.46	18.63±3.38	0.139	0.890

\*\* $P<0.01$

### 3 讨论

2001年一项对全国114万名大学生的调查表明,17%的学生存在不同程度的心理障碍或心理异常表现<sup>[1]</sup>。一篇研究大学生失眠患病率的META分析,搜索了2000年1月-2014年7月的PubMed等多个数据库,结果显示大学生加权平均患病率为18.5%(95%CI为11.2-28.8),明显高于一般人群的

患病率7.4%(95%CI为5.8-9.0)<sup>[12]</sup>。研究表明,非器质性失眠症已经成为大学生群体一种常见病、多发病,直接影响心理健康和正常的学习生活,也影响着高校人才培养质量。

大多数大学生失眠严重程度较轻,而失眠多与心理应激、焦虑、抑郁、生活事件带来的不良情绪反应等心理因素或疾病相关<sup>[12]</sup>。神经症性失眠和心理性失眠是失眠最常见的原因,约占58.6%。失眠者80%属于心因性失眠<sup>[13]</sup>。其中家庭属地和经济状况、性别差异、网络对大学生心理的影响、成绩落后、价值观多元化等多种因素都可能导致大学生产生各种心理障碍,并可能造成失眠<sup>[11]</sup>。王筱君等对北京多家医院的心理门诊伴有失眠、焦虑抑郁症的32例患者进行了睡眠量表测评和Spearman相关分析,发现失眠与焦虑的相关度为62.2%,失眠与抑郁的相关度为59.7%<sup>[14]</sup>。这些研究表明,心理社会因素是大学生非器质性失眠症的主要原因和影响因素。

目前临床治疗失眠的主要方法是药物治疗,其优点是简单方便,但是药物只能改善失眠症状却不能从原因上解决心理问题,且苯二氮卓类药物容易引起药物依赖和戒断症状,同时存在潜在过度镇静、顺行性遗忘、复杂的睡眠相关行为等风险。所以,失眠大学生通常不愿意接受药物治疗,而希望进行心理治疗。但是由于诸多原因,经过实践证明对于失眠症有效的心理疗法很少,目前只有认知行为疗法(CBT-I)治疗失眠多见于国外文献报告。卢海霞等<sup>[15]</sup>进行的一项CBTI对中国失眠患者睡眠质量影响的Meta分析显示在治疗2个月时,PSQI除睡眠时间因子外,其余各因子与药物组无差异,而多导睡眠图(PSG)及睡眠日记测量的睡眠参数中主观资料均显示CBTI组优于用药组,但客观资料中睡眠效率、总睡眠时间两组差异无统计学意义,3个月时,通过PSQI测量的指标中除了安眠药物因子两组无差异,其他因子CBTI组均优于用药组,PSG及睡眠日记测量的睡眠参数中无论是主观指标还是客观指标各指标均显示CBTI组优于用药组,由此可见,在治疗失眠症方面心理治疗远期效果是优于药物治疗的,但是也反映出CBTI起效较慢,治疗时间较长。CBT-I的标准方案为每周1次,共6~8周,有效率为70%~80%<sup>[16]</sup>。按照匹兹堡减分率评定的内观认知疗法治疗大学生失眠症的有效率为73.3%与CBTI相仿,但本研究所采用的NCT疗程为1周,大大缩短了治疗时间,提高了治疗效率。

本研究表明,NCT能显著提升失眠大学生的自

尊水平、自我和谐程度、减轻焦虑水平,从而进一步改善睡眠质量,对大学生非器质性失眠症有显著疗效。同时,设立相同时间静坐独处的对照组,也表明只是静坐独处的形式并不能有效改善失眠,真正起治疗作用的还是内观认知疗法的内容设置。

NCT改善大学生睡眠质量的有效机制可能为:心理问题的根本原因是主观和客观的不和谐,主客观不和谐的原因是存在非理性认知,非理性认知的原因是“我执”——执着的自我中心主义意识。遇到客观不符合主观时,强大的“我执”通常会矛头向外怨天尤人,而难以自察自省<sup>[5]</sup>。当这种矛盾冲突在其心理占主导地位是就会影响其日常生活、学习,从而造成其睡眠不良。NCT在治疗中让被试察觉获得和拥有,并在此基础上纠正非理性认知,使之能正确看待周围发生的人和事,在生活和学习时都会处在一种积极的状态,从而改善其睡眠质量。

众所周知,人的疲劳程度与睡眠密切相关。职业倦怠在医科学生和执业医师中非常普遍,其比率从25%到60%不等<sup>[17]</sup>,同时疲劳还与工作学习压力等成正相关<sup>[18]</sup>,此外焦虑与情绪资源过度消耗和枯竭呈显著的正相关,而后者是倦怠的发生因素之一<sup>[17]</sup>。本研究发现PSQI日间功能得分下降,是由于内观治疗中被试回忆他人为自己做的许多事,让其感受到其实他获得的很多,同时又回忆自己为他人做的事,在互动中拉近与他人的心理距离,补充其消耗的情绪资源,同时NCT整合了贝克认知疗法纠正其非理性认知,避免其日常纠结而消耗更多的情绪资源。

自尊是个体对自己情感的感知,自尊是一种情感体验,是对自己感到喜爱或是感到羞耻。同时自尊看作是一种认知判断,是个体对自己的能力和特性的评价。从改善被试自尊水平来看,NCT能够使被试在治疗中得到被关注感,得到被需要感和被认可感。当人的自尊水平提高,其情绪反应自然也趋于正常。失眠的认知—行为模型指出,个体的认知因素(如抑郁、沉思等)与其较差的睡眠质量有关。研究表明,个体的自尊水平与睡眠问题呈显著负相关,也发现自尊可以显著正向预测个体的睡眠质量,自尊水平越高,其睡眠质量越好<sup>[19]</sup>。

自我和谐是Rogers人格理论中重要概念之一,与精神病理学和心理治疗过程有着密切的关系。如果个体体验到自我与经验之间存在差距,就会出现内心的紧张和纷扰,即一种“不和谐”的状态。个体为了维持其自我概念就会采取各种各样的防御反应,并因而为心理障碍的出现提供了基础<sup>[20]</sup>。900名

高中生睡眠状况与自我和谐性的相关分析表明,睡眠状况与“自我与经验的不和谐”呈显著负相关,与“自我灵活性”呈显著正相关,与“自我刻板性”呈显著负相关<sup>[21]</sup>。而本研究发现,研究组睡眠改善的同时,自我与经验的不和谐、自我的刻板性分数降低也印证了此结论。因为内观疗法回忆的3个主题使被试从自己“得到很少、付出很多”的认知转变为“得到很多、付出很少、并且还给别人增添了麻烦”的认知。并能够站在对方角度重新看待生活中的自己,使个体体验到的自我与经验之间相一致,从而增加了自我和谐程度,进而改善了睡眠质量。

大学生面临学业压力、感情压力、生活压力等各方面问题。对身体意象的负面认知被证明与青少年抑郁和焦虑的增加可能相关,以及低的生活满意度,低自尊和自卑情绪可能导致职业、教育和社会功能的损害<sup>[22]</sup>。焦虑、抑郁情绪不仅可以导致睡眠障碍,同时不良的睡眠习惯也会对学业成绩和精神健康产生负面影响,三者密切相关相辅相成。约1/3的焦虑障碍患者以失眠为主要症状,与焦虑水平相关程度最高的失眠类型是早醒,另一项研究显示广泛性焦虑障碍首次出现在失眠之前占73%,与失眠同时出现占11%,与非焦虑性失眠相比,焦虑性失眠患者的睡眠效率、睡眠总时间和慢波睡眠百分比均显著减少,同时失眠也是焦虑障碍最突出的前驱症状,它可以让焦虑障碍发生风险增加17倍<sup>[23]</sup>。有文献表明内观疗法能够降低参与者焦虑、抑郁水平<sup>[24]</sup>,本研究结果印证了上述观点。

本研究为NCT的临床应用提供了新经验,首次将NCT应用于大学生非器质性失眠症的治疗并取得了积极效果。今后,将进一步深入NCT对失眠症治疗的临床研究,拓展到更多的患者群体。此外,随着中国信息网络的发展以及大数据在生活中的应用屡见不鲜,为了推动NCT发展让更多的人受益,给更多人提供更个体化的治疗,正在建立NCT网络平台并不断完善,相信蕴含了古老东方智慧的NCT能够帮助更多现代人享受良好的睡眠和健康。

#### 参考文献:

- [1] 范肖冬,汪向东,于欣,等. ICD-10精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点[M].北京:人民卫生出版社,1993:144-145
- [2] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾. 学生睡眠质量及其相关因素[J]. 中国心理卫生杂志,1995,8(4):148
- [3] 凌喜欢,辛自强. 大学生睡眠质量变化的横断历史研究[J]. 中国心理卫生杂志,2014,28(10):786

## 参考文献:

- [1] Kuipers A L, Zmuda J M, Carr J J, et al. Association of ectopic fat with abdominal aorto-iliac and coronary artery calcification in African ancestry men[J]. *Atherosclerosis*, 2017, 263: 198
- [2] Ding L, Peng K, Lin L, et al. The impact of fat distribution on subclinical coronary atherosclerosis in middle-aged Chinese adults[J]. *Int J Cardiol*, 2017, 15(235): 118
- [3] Martin M, Almeras N, Despres J, et al. Ectopic fat accumulation in patients with COPD: an ECLIPSE substudy[J]. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2017, 12(12): 451
- [4] Yamada A, Niikura R, Kobayashi Y, et al. Risk factors for small bowel angiectasia: The impact of visceral fat accumulation[J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(23): 7242
- [5] Sekine K, Nagata N, Sakamoto K, et al. Abdominal visceral fat accumulation measured by computed tomography associated with an increased risk of gallstone disease[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2015, 30(8): 1325
- [6] Nagata N, Sakamoto K A. Visceral abdominal obesity measured by computed tomography is associated with increased risk of colonic diverticulosis[J]. *J Clin Gastroenterol*, 2015, 49(10): 816
- [7] 于铁链, 祁吉, 吴恩惠. 人体脂肪组织(AT)的 CT 测量[J]. 国外医学: 临床放射学分册, 1991, 5: 257
- [8] 于铁链. 分布的 CT 测量[D]. 天津: 天津医科大学, 1994
- [9] Kuk JL, Church TS, Blair SN, et al. Measurement site and the association between visceral and abdominal subcutaneous adipose tissue with metabolic risk in women[J]. *Obesity (Silver Spring)*, 2010, 18(7): 1336
- [10] So R, Matsuo T, Sasai H, et al. Best single-slice measurement site for estimating visceral adipose tissue volume after weight loss in obese, Japanese men[J]. *Nutr Metab (Lond)*, 2012, 9(56): 7075
- [11] Tong Y B, Udupa J K, Torigian D A. Optimization of abdominal fat quantification on CT imaging through use of standardized anatomic space: A novel approach[J]. *Med Phys*, 2014, 41(6): 063501
- [12] Neeland I J, Ayers C R, Rohatgi A K, et al. Associations of visceral and abdominal subcutaneous adipose tissue with markers of cardiac and metabolic risk in obese adults [J]. *Obesity*, 2013, 21(9): E439
- [13] Mazaheri S, Sadeghi M, Sarrafzadegan N, et al. Correlation between body fat distribution, plasma lipids and apolipoproteins with the severity of coronary involvement in patients with stable angina[J]. *ARYA Atheroscler*, 2011, 6(4): 45

(2018-01-17 收稿)

## (上接第 456 页)

- [4] 王祖承. 内观疗法[J]. 国外医学. 精神病学分册, 1988, 3(3): 138
- [5] 毛富强. 内观认知疗法理论与操作[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2016, 25(7): 650
- [6] 周永安. 焦虑自评量表在我国高校大学生中应用的评价研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2012: 5
- [7] 刘佩佩. 医学生社交焦虑内观认知疗法干预研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2012: 9
- [8] 范佳丽. 班级团体辅导在大学生心理健康教育课程中应用的实证研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2016, 24(1): 93
- [9] 李红岩, 段莹, 卢烨, 等. 智能手环的应用评价[J]. 世界睡眠医学杂志, 2014, 1(6): 341
- [10] 匡晓, 许燕. 智能手环的临床有效性评估[J]. 世界睡眠医学杂志, 2015, 2(6): 330
- [11] 王婷, 马寅生. 近 5 年来大学生心理问题研究综述[J]. 中国健康心理学杂志, 2007, 15(3): 267
- [12] Jiang X L, Zheng X Y, Yang J, et al. A systematic review of studies on the prevalence of insomnia in university students[J]. *Public Health*, 2015, 129(12): 1579
- [13] 杜辉, 李桂侠, 吕学玉, 等. 失眠的心理生理发病机制探讨[J]. 世界中医药, 2013, 8(5): 507
- [14] 王筱君, 阎红, 李俊. 失眠与焦虑、抑郁相关性的临床研究[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(22): 5325
- [15] 卢海霞, 李霞, 韩樱, 等. 认知行为疗法对中国失眠患者睡眠质量影响的 Meta 分析[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(3): 685
- [16] 王纯, Pigeon R W, 张宁. 失眠的认知行为治疗: 标准方案及其变式[J]. 临床精神医学杂志, 2017, 27(6): 428
- [17] Metlaine A, Sauvet F, Gomez-Merino D, et al. Association between insomnia symptoms, job strain and burnout syndrome: a cross-sectional survey of 1300 financial workers[J]. *BMJ Open*, 2017, 7(1): e012816
- [18] Wang W, Wang P, Zhou X, et al. Correlation analysis between fatigue and job stressors of nurses [J]. *Wei Sheng Yan Jiu*, 2010, 39(1): 76
- [19] 鲍振宙, 张卫, 赖雪芬, 等. 家庭收入与青少年睡眠质量的关系: 歧视知觉、自尊的链式中介作用[J]. 心理科学, 2016, 39(2): 350
- [20] 王登峰. 自我和谐量表的编制[J]. 中国临床心理学杂志, 1994, 2(1): 19
- [21] 王德强. 900 名高中生睡眠状况及其相关因素分析[J]. 中国校医, 2007, 21(6): 621
- [22] Beiter R, Nash R, McCrady M, et al. The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students [J]. *J affect dis*, 2015, 173: 90
- [23] 陆峥, 陈发展. 焦虑性失眠的药物治疗[J]. 世界临床药物, 2011, 32(4): 205
- [24] S engoku M, Murata H, Kawahara T, et al. Does daily Naikan therapy maintain the efficacy of intensive Naikan therapy against depression[J]. *Psychiatry clin neur*, 2010, 64(1): 44

(2018-02-21 收稿)