

认知行为疗法联合心理支持对脑卒中后抑郁患者负性情绪的影响

谭小歆, 李金灵, 周彩红, 冯燕妮, 吴敏娜, 周丽莎, 马凯芬, 廖洪全*

广西中医药大学第二附属医院康复医学科, 广西 南宁

收稿日期: 2026年9月9日; 录用日期: 2026年9月29日; 发布日期: 2026年10月12日

摘要

目的: 探究认知行为疗法联合心理支持对脑卒中后抑郁患者负性情绪的影响。方法: 采用随机数字表法将广西中医药大学第二附属医院康复医学科2024年8月~2025年8月期间收治的120例脑卒中后抑郁患者分为观察组(60例, 认知行为疗法联合心理支持干预)和对照组(60例, 常规护理)。观察两组治疗前、后患者的心理弹性、焦虑、抑郁、Barthel指数和生活质量。结果: 两组治疗前的心理弹性、焦虑、抑郁、Barthel指数和生活质量比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后两组心理弹性、Barthel指数、生活质量均高于治疗前, 且观察组更高, 焦虑和抑郁均低于治疗前, 且观察组更低($P < 0.05$)。结论: 认知行为疗法结合心理支持能够有效提升脑卒中后抑郁患者的心理弹性, 有助于缓解其焦虑、抑郁情绪, 并改善生活质量。

关键词

卒中后抑郁, 认知行为疗法, 心理支持, 负性情绪

Effect of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Psychological Support on Negative Emotions in Patients with Post-Stroke Depression

Xiaoxin Tan, Jinling Li, Caihong Zhou, Yanni Feng, Minna Wu, Lisha Zhou, Kaifen Ma, Hongquan Liao*

The Rehabilitation Medicine Department of the Second Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Received: September 9, 2026; accepted: September 29, 2026; published: October 12, 2026

*通讯作者。

文章引用: 谭小歆, 李金灵, 周彩红, 冯燕妮, 吴敏娜, 周丽莎, 马凯芬, 廖洪全. 认知行为疗法联合心理支持对脑卒中后抑郁患者负性情绪的影响[J]. 护理学, 2026, 15(10): 117-124. DOI: 10.12677/ns.2026.1510333

Abstract

Objective: To investigate the effect of cognitive behavioral therapy (CBT) combined with psychological support on negative emotions in patients with post-stroke depression (PSD). **Methods:** A total of 120 patients with post-stroke depression admitted to the Rehabilitation Medicine Department of the Second Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese from August 2024 to August 2025 were randomly allocated using a random number table method into a control group (n = 60, received routine nursing care) and an observation group (n = 60, received cognitive behavioral therapy combined with psychological support intervention). Psychological resilience, anxiety, depression, Barthel index, and quality of life were assessed before and after treatment in both groups. **Results:** There were no significant differences in psychological resilience, anxiety, depression, Barthel index, or quality of life between the two groups before treatment ($P > 0.05$). After treatment, both groups showed higher psychological resilience, Barthel index, and quality of life and lower anxiety and depression than before treatment, with the observation group demonstrating greater improvement in all outcomes ($P < 0.05$). **Conclusion:** Cognitive behavioral therapy combined with psychological support can effectively enhance psychological resilience, alleviate anxiety and depression, and improve the quality of life in patients with post-stroke depression.

Keywords

Post-Stroke Depression, Cognitive Behavioral Therapy, Psychological Support, Negative Emotions

Copyright © 2026 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

脑卒中属于急性脑血管疾病,其主要致病机制包括脑出血或血管阻塞引发的脑组织缺氧与损伤,对患者的康复进程及生活质量造成显著影响[1]。面对躯体功能的骤然减退,患者往往难以接受现实,易出现多种心理障碍,其中以抑郁、焦虑等负性情绪最为常见。卒中后抑郁(Post-Stroke Depression, PSD)是脑卒中后常见的一种精神障碍并发症,多发于卒中后2个月至1年内[2]。我国PSD总患病率约为34.9%,PSD以缺乏兴趣、情绪低落、睡眠障碍等为主要临床表现,是脑卒中后最为严重的后遗症之一,极大延缓患者康复进程,并显著降低其生活质量[3][4]。严重者甚至可出现自责、自罪及自杀倾向,对生命健康造成极大威胁,同时也增加了卒中复发和死亡的风险[5][6]。研究表明,规范的心理干预能够增强患者的自信心和治疗依从性,对康复进程具有积极的推动作用[7]。认知行为疗法(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)旨在通过修正不良认知和行为模式来缓解情绪障碍,是一种短程心理治疗方法[8]。心理支持则立足于积极心理学理论,引导患者发掘自身内在资源与优势,培养积极心态,从而提升其应对逆境的心理能力[9]。目前,将CBT与心理支持联合应用于卒中后抑郁患者负性情绪干预的研究尚不充分。因此,本研究运用认知行为疗法联合心理支持,探究其对脑卒中后抑郁患者负性情绪的影响,以期为病人的针对性心理治疗提供参考。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

本研究选取2024年8月~2025年8月期间在广西中医药大学第二附属医院康复医学科就诊的120例

脑卒中后抑郁患者作为研究对象。纳入标准：1) 符合《中国脑出血诊治指南(2019)》[10]或《中国急性缺血性卒中诊治指南(2023)》[11]，并采用《卒中后抑郁临床实践的中国专家共识》诊断为脑卒中后抑郁[12]；2) 年龄 35~75 岁；3) 患者生命体征处于稳定状态；4) 知情并自愿同意加入本研究。排除标准：1) 存在严重失语或认知功能障碍，无法配合完成量表评估；2) 合并恶性肿瘤；3) 伴有严重心、肝、肾等器质性疾病；4) 具有精神类疾病病史。剔除和脱落标准：1) 患者主动退出研究；2) 研究期间依从性不佳，未能配合治疗方案或完成相关评估；3) 研究期间再次发生脑卒中事件；4) 因故失访，导致无法继续参与后续研究。根据随机数字表法分为 2 组，观察组和对照组各 60 例。将两组患者的一般资料进行比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性，见表 1。所有参与者在调查前均充分了解研究目的，并自愿签署知情同意书。

Table 1. Comparison of general data between the two groups [n (%), $\bar{x} \pm s$]

表 1. 两组患者的一般资料比较[n (%), $\bar{x} \pm s$]

项目		观察组 (n = 60)	对照组 (n = 60)	χ^2/t	P
性别	男	31 (51.7)	32 (53.3)	0.033	0.855
	女	29 (48.3)	28 (46.7)		
年龄		62.30 $\pm$ 8.97	63.67 $\pm$ 7.73	0.896	0.387
文化程度	小学以下	19 (31.7)	16 (26.7)	6.011	0.500
	初中和高中	36 (60)	29 (48.3)		
	大专以上	5 (8.3)	15 (25)		
卒中类型	出血性	36 (60)	31 (51.7)	0.845	0.358
	缺血性	24 (40)	29 (48.3)		
卒中次数		1.85 $\pm$ 0.82	1.68 $\pm$ 0.79	1.325	0.515
合并慢性病		1.42 $\pm$ 0.50	1.35 $\pm$ 0.48	0.564	0.453
病程		1.38 $\pm$ 0.48	1.47 $\pm$ 0.50	1.69	0.194

注： χ^2 为卡方值，t为独立样本t值；P为组间比较的检验水准。

2.2. 方法

2.2.1. 对照组

对照组给予常规护理，包含患者入院后对其进行入院宣教、疾病相关知识讲解、基础护理、用药指导和饮食指导等，同时加强健康教育，促使患者在康复期间养成良好的作息、饮食、锻炼等生活习惯。

2.2.2. 观察组

观察组实施认知行为疗法联合心理支持治疗。1) 认知行为疗法。① 认知评估与重构：系统收集患者病史，识别其负面认知与情绪状态。讲解脑卒中的发病机制、症状、治疗方案及预后，阐明心理因素对康复进程的作用，以减轻不必要的焦虑和恐惧。根据患者教育背景与理解能力，采取个体化方式辨析并修正错误认知，对已识别出的非理性观念予以解释和重构，协助建立更为客观的认知模式。② 行为激活与正向强化：结合患者偏好，安排手工制作、插花、剪纸等活动，激发积极行为。对依从性好或努力参与康复训练的患者给予及时肯定，强化正向行为；若未达成预期目标，提供鼓励以缓解挫折感。与患者协

作制定实际可行的行为计划,如针对社交回避倾向,设定每周增加 1~2 次与亲友交流的具体目标,并分步推进。③ 问题解决与思维重塑:借助健康宣传材料、视频等多元化途径,提升患者对疾病的正确认知;着重培养应对性思维策略,鼓励自我反思与经历分享,并依据患者反馈实时优化干预方案;通过角色扮演、归因训练等方法,引导其认识并改变消极思维模式。④ 积极应对与信念建设:介绍成功康复案例,增强患者及家属的信心;对康复过程中的任何进步予以积极反馈,强调情绪状态对恢复的正面影响;指导其运用情绪调节策略,自主缓解焦虑。⑤ 生活社交技能训练:组织日常活动训练(如取物、穿衣、穿鞋等),提高自理能力,巩固康复信心;通过制定每日自理任务清单,督促完成规律起床、洗漱等事项,并在完成后给予表扬;当患者情绪低落或退缩时,引导进行散步、简单运动等活动,改善回避行为。⑥ 情绪监测与自我调整:定期评估心理状态,实施必要的心理疏导;指导患者记录情绪波动及诱发情境,增强其自我觉察。干预期间严密关注生命体征及心理风险,发现自伤、自杀倾向立即通知家属并采取紧急干预。

2) 心理支持:① 在患者入院初期,注重构建医护人员、患者及其主要照顾者之间的信任关系,通过充分沟通建立良好的合作基础。② 组织病友沙龙活动,邀请处于恢复期或已康复的脑卒中后抑郁患者分享自身经验,发挥同伴示范效应,帮助缓解焦虑、树立信心。③ 向患者说明负面情绪对康复的不利影响,并及时提供情绪疏导。④ 鼓励家庭成员积极参与照护,提供情感支持,增强患者康复信念;同时利用微信公众号等平台,定期推送与脑卒中护理及康复相关的最新知识。⑤ 采用健康教育手册、视频教学、实物展示及操作示范等多种形式,向患者及家属讲解卒中后抑郁的护理要点,提升治疗依从性和自我管理能力。

上述两组均连续干预 4 周。

2.3. 观察指标

采用心理弹性量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) [13],由 25 个条目构成,包含乐观、力量与坚韧 3 个维度。采用 0~4 分 Likert 5 级评分法,分数越高提示心理弹性状况越优。量表总体 Cronbach's α 系数为 0.943,坚韧、力量和乐观的 Cronbach's α 系数分别为 0.902、0.787、0.686,表明量表具有较高的稳定性。

汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)是焦虑症状评估的核心工具,包含 14 个条目,采用 0~4 分 Likert 5 级评分,总分为 56 分;其内部一致性信度为 0.93,效度为 0.36 [14]。临床实践中,>7 分常作为焦虑症状的筛查临界值。

汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)采用 17 项版本[15],由 17 个条目组成,采用 0~4 分 5 级评分法,总分范围为 0~68 分。HAMD 评分 <7 分界定为无抑郁状态;7~16 分对应轻度抑郁;17~24 分属于中度抑郁;>24 分提示重度抑郁。量表 Cronbach's α 系数为 0.904。

脑卒中专用生活质量量表(Stroke Specific Quality Of Life scale, SS-QOL)包含 49 个条目,分布于精力、语言功能、社会角色、活动能力及个性特征等 12 个维度,采用 Likert 5 级评分法,总分越高提示生活质量越好, Cronbach's α 系数 > 0.76 [16]。

改良 Barthel 指数(Barthel Index, BI)共 10 个项目,包含进食、洗澡、修饰、穿衣、大小便控制、如厕、床椅转移、平地行走及上下楼梯等日常活动能力,采用 Likert 4 级评分法,总分 0~100 分,分数越高提示独立生活能力越强。其中≤40 分为重度功能障碍,41~60 分为中度功能障碍,61~99 分为轻度功能障碍,100 分表示日常生活具备自理能力、无需照料。

2.4. 统计学分析

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据分析。计数资料以例数和构成比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;

计量资料以均数 ± 标准差(±s)表示, 组间比较采用独立样本 t 检验。P<0.05 表示差异有统计学意义, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3. 结果

3.1. 两组患者干预前后 CD-RISC 比较

干预前, 两组 CD-RISC 各维度及总分评分比较差异无统计学意义(P>0.05)。干预后, 观察组在乐观、力量、坚韧 3 个维度及 CD-RISC 总分上均高于对照组, 差异有统计学意义(P<0.05), 见表 2。

Table 2. Comparison of CD-RISC scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 2. 两组患者 CD-RISC 评分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	时间	观察组(n = 60)	对照组(n = 60)	t	P
乐观	干预前	5.92 ± 1.77	5.75 ± 1.50	0.556	0.579
	干预后	11.88 ± 1.59	7.87 ± 2.17	11.591	0.000
力量	干预前	11.8 ± 3.00	10.83 ± 2.50	1.917	0.058
	干预后	25.83 ± 2.88	16.12 ± 2.21	20.72	0.000
坚韧	干预前	20.08 ± 3.88	19.73 ± 4.94	0.432	0.667
	干预后	41.02 ± 4.56	26.77 ± 3.55	19.094	0.000
总分	干预前	37.8 ± 4.87	36.32 ± 5.65	1.539	0.126
	干预后	78.73 ± 7.30	50.75 ± 4.98	24.524	0.000

注: CD-RISC 为心理弹性量表。

3.2. 两组患者干预前后 HAMA、HAMD 评分比较

干预前, 两组 HAMA、HAMD 评分比较差异无统计学意义(P>0.05)。干预后, 观察组 HAMA、HAMD 评分均低于对照组, 差异有统计学意义(P<0.05), 见表 3。

Table 3. Comparison of HAMA and HAMD scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 3. 两组患者 HAMA、HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	HAMA	HAMA	HAMD	HAMD
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	47.05 ± 5.00	20.87 ± 5.74	33.75 ± 4.96	11.85 ± 2.30
对照组	60	46.9 ± 4.57	42.43 ± 5.09	34.53 ± 4.99	29.13 ± 5.02
t		0.171	-21.784	-0.863	-24.247
P		0.864	0.000	0.390	0.000

注: HAMA 为汉密尔顿焦虑量表; HAMD 为汉密尔顿抑郁量表。

3.3. 两组患者干预前后生活质量、改良 Barthel 指数比较

干预前, 两组 SS-QOL 评分和 BI 指数评分比较差异无统计学意义(P>0.05)。干预后, 观察组 SS-QOL 评分、改良 Barthel 指数(BI)评分均高于对照组, 差异有统计学意义(P<0.05), 见表 4。

Table 4. Comparison of SS-QOL and modified Barthel Index scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)
表 4. 两组患者 SS-QOL 评分、改良 Barthel 指数评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SS-QOL	SS-QOL	BI	BI
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	114.9 ± 18.88	188.08 ± 20.68	41.9 ± 10.11	73.15 ± 9.42
对照组	60	110.47 ± 15.48	132.2 ± 16.43	43.20 ± 9.64	55.08 ± 8.36
t		1.407	16.387	0.721	11.111
P		0.162	0.000	0.473	0.000

注：SS-QOL 为脑卒中专用生活质量量表；BI 为改良 Barthel 指数。

4. 讨论

4.1. 认知行为疗法联合心理支持能提高脑卒中后抑郁患者心理弹性水平

心理弹性是个体面对创伤与逆境时维持心理稳态并恢复适应的保护性心理资源[17]。本研究显示，干预后观察组心理弹性各维度(乐观、力量、坚韧)评分及 CD-RISC 总分均显著高于对照组，提示 CBT 联合心理支持可有效提升 PSD 患者的心理弹性。其机制可从三方面理解：其一，CBT 通过认知评估与重构，帮助患者识别并修正“患病即无用”“康复无望”等负性自动思维，降低对疾病的灾难化解释，从而减轻由错误认知引发的情绪应激；其二，行为激活与正向强化(手工、插花等活动及阶段性目标设定)借助操作性条件反射不断累积成功体验，逐步重建自我效能感，而自我效能正是“力量”维度的核心；其三，本研究引入的心理支持从关系层面提供补偿——病友沙龙利用同伴示范与替代性强化，使患者在社会比较中获得“他人可及、我亦可达”的乐观预期，家庭成员的情感参与则扩展其外部支持网络，二者共同构成抵御负性情绪的“心理缓冲带”。值得强调的是，心理弹性在本方案中不仅为结果变量，更可能充当情绪改善的中介：弹性提升增强了患者对康复压力的适应能力，进而削弱焦虑、抑郁的易感性，这与孟庆顺等[18]在老年抑郁人群中观察到 CBT 联合心理支持改善生活质量的结果方向一致。

4.2. 认知行为疗法联合心理支持能降低脑卒中后抑郁患者焦虑、抑郁情绪

本研究干预后观察组 HAMA、HAMD 评分均显著低于对照组，证实 CBT 联合心理支持可有效缓解 PSD 患者的焦虑与抑郁症状，与李伟丽等[19]关于网络化 CBT 干预 PSD 焦虑抑郁共病、钟娟平等[20]关于 CBT 应用于卒中情感障碍的综述结论相吻合。从机制看，PSD 的发生涉及“神经损害 - 功能失调 - 负性认知”的链式过程：卒中后神经可塑性受损与单胺类递质紊乱构成生物学易感性[5][6]，而负性认知图式使患者过度编码威胁信息、回避积极刺激，形成“情绪低落 - 活动减少 - 负反馈增强”的恶性循环[21]。CBT 通过问题解决训练与思维重塑打断该循环的上游环节——改变对症状与功能的解释方式，使患者在康复中维持更具适应性的注意偏向；心理支持则通过情绪疏导与成功案例引导，降低对“复发”“残疾”的灾难化预期。二者协同形成“认知重评(自上而下) + 关系赋能(自下而上)”的双通道调节：前者修正认知评价，后者优化环境支持，共同降低 HPA 轴过度激活带来的情绪负荷。

4.3. 认知行为疗法联合心理支持能提高脑卒中后抑郁患者生活质量和自理能力

生活质量(SS-QOL)是整合躯体、心理与社会功能的概念。本研究的观察组干预后 SS-QOL 评分及改良 Barthel 指数(BI)均高于对照组，表明联合干预在改善主观生活质量与日常活动能力方面具有增益，与汪秀勤等[22]采用快乐感知训练联合情绪释放疗法提升 PSD 生活质量的发现相互印证。机制上，SS-QOL

的改善更多反映“主观体验”维度的提升——当负性情绪减轻、心理弹性增强，患者对精力、社会角色与个性的自我评价随之改善，这种增益可由心理状态而非单纯神经功能恢复所驱动；而 BI 所代表的客观日常生活能力，其变化更依赖运动功能与神经重塑的进程。由此提示，心理干预对生活质量的作⽤路径可能快于、且部分独立于对客观功能的影响：情绪与认知的改善先行，功能获益则可能需更长的康复周期方能显化。

4.4. 研究局限性

本研究存在以下局限性：第一，样本仅来源于广西一家三级甲等中医院康复医学科(n=120，每组 60 例)，单中心、区域局限性可能导致选择偏倚。第二，干预周期仅 4 周且未设置随访，无法评估疗效的远期维持性与复发风险。上述不足表明未来应开展多中心、大样本、长随访的随机对照研究。

5. 结论

综上所述，认知行为疗法联合心理支持可有效提升脑卒中后抑郁患者的心理弹性，缓解其焦虑、抑郁等负性情绪，并改善生活质量与日常活动能力。该方案以“认知重评 + 关系赋能”双通道作用于情绪与适应过程，兼具无创、易实施、患者耐受性好的特点，适于在康复科 PSD 患者中推广。后续研究应在扩大样本与延长随访的基础上，进一步验证其远期疗效。

声 明

本研究经广西中医药大学第二附属医院伦理委员会审查批准。

作者贡献声明

谭小歆提出主要研究目标，负责研究的实施、数据收集和处理、撰写论文、调查对象的选取、统计学处理、表格的绘制与展示，并进行论文的修订；李金灵提出主要研究目标，提出研究思路，设计研究方案；廖洪全负责文章的质量控制与审查；冯燕妮负责协调调查对象的选取及指标采集；周彩红进行调查对象的选取、数据的收集与整理。

利益冲突

所有作者声明此论文无利益冲突。

参考文献

- [1] Yoshimura, Y., Bise, T., Shimazu, S., Tanoue, M., Tomioka, Y., Araki, M., *et al.* (2019) Effects of a Leucine-Enriched Amino Acid Supplement on Muscle Mass, Muscle Strength, and Physical Function in Post-Stroke Patients with Sarcopenia: A Randomized Controlled Trial. *Nutrition*, **58**, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2018.05.028>
- [2] Zhou, L., Wang, L., Liu, G. and Cai, E. (2024) Prognosis Prediction Models for Post-Stroke Depression: A Protocol for Systematic Review, Meta-Analysis, and Critical Appraisal. *Systematic Reviews*, **13**, Article No. 138. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02544-x>
- [3] 李世明, 冯为, 崔凤伟, 等. 中国脑卒中后抑郁患病率 meta 分析[J]. 实用医学杂志, 2021, 37(16): 2058-2064.
- [4] 董又鸣, 萧蕙, 路世龙, 等. 不同方式重复经颅磁刺激联合 SSRI 对卒中后抑郁患者干预效果的网状 Meta 分析[J]. 中国循证医学杂志, 2023, 23(8): 887-893.
- [5] Zhang, E. and Liao, P. (2019) Brain-Derived Neurotrophic Factor and Post-Stroke Depression. *Journal of Neuroscience Research*, **98**, 537-548. <https://doi.org/10.1002/jnr.24510>
- [6] 李清金, 韩玉惠, 洪春永, 等. 基于抑郁程度、心理痛苦、自理能力分析的脑卒中后抑郁患者自杀倾向的影响因素探讨[J]. 临床误诊误治, 2024, 37(5): 23-28.
- [7] 张彩霞, 徐玉丽, 智喜荷, 等. 基于认知-行为的心理护理对青年脑卒中后抑郁的康复效果的影响[J]. 国际精神

- 病学杂志, 2020, 47(3): 606-608, 612.
- [8] Kaczurkin, A.N. and Foa, E.B. (2015) Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: An Update on the Empirical Evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, **17**, 337-346. <https://doi.org/10.31887/dens.2015.17.3/akaczurkin>
- [9] 樊茜. 基于积极心理学理论的护理干预在抑郁症患者中的应用效果[J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35(12): 1508-1510.
- [10] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2019) [J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(12): 994-1005.
- [11] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性卒中诊治指南 2023 [J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(6): 523-559.
- [12] 王少石, 周新雨, 朱春燕. 卒中后抑郁临床实践的中国专家共识[J]. 中国卒中杂志, 2016, 11(8): 685-693.
- [13] 倪倩钰, 田俊. 心理弹性量表信度和效度评价及应用[J]. 中国公共卫生, 2013, 29(10): 1524-1527.
- [14] 汤毓华, 张明园. 汉密顿焦虑量表(HAMA) [J]. 上海精神医学, 1984, 26(2): 64-65.
- [15] 汤毓华, 张明园. 汉密顿抑郁量表(HAMD) [J]. 上海精神医学, 1984, 26(2): 61-64.
- [16] 王伊龙, 马建国, 李军涛, 等. 脑卒中生存质量量表中译本信度和效度及敏感度的初步研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2003, 5(6): 391-394.
- [17] 张丽敏, 张秀贞, 刘传新. 恶性血液肿瘤患者焦虑情绪与生命质量: 心理弹性的中介作用和自我效能感的调节作用[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2024, 33(12): 1099-1105.
- [18] 孟庆顺, 刘琦, 辛凯鹏. 认知行为疗法联合心理支持治疗对老年抑郁症患者生活质量的影响[J]. 心理月刊, 2025, 20(13): 162-164.
- [19] 李伟丽, 仇丽霞, 孟效红, 等. 网络认知行为疗法干预方案在脑卒中后焦虑抑郁共病人中的应用[J]. 护理研究, 2025, 39(6): 986-991.
- [20] 钟娟平, 谢琪, 裴菊红, 等. 认知行为疗法在脑卒中情感障碍病人中的应用进展[J]. 护理研究, 2022, 36(3): 433-436.
- [21] Lau, W.K.W. (2022) The Role of Resilience in Depression and Anxiety Symptoms: A Three-Wave Cross-Lagged Study. *Stress and Health*, **38**, 804-812. <https://doi.org/10.1002/smi.3136>
- [22] 汪秀勤, 程燕, 宋明香, 等. 快乐感知训练结合情绪释放疗法在卒中后抑郁患者中的应用[J]. 中国护理管理, 2024, 24(11): 1732-1737.