

论 著 临床研究

简化认知行为治疗对广泛性焦虑患者生活质量的影响

张 丽, 朱智佩, 蒋江灵, 李 伟, 李春波

上海交通大学 医学院附属精神卫生中心, 上海 200030

[摘要] **目的** 比较简化认知行为治疗(SCBT)、药物治疗以及联合治疗3种干预方式对广泛性焦虑(GAD)患者生活质量的影响。**方法** 针对符合DSM-5中GAD标准,目前处于发作期的患者,运用SCBT方法,采用多中心平行对照、盲法评估的方法,分为SCBT组、SCBT+药物组和药物组。主要结局指标为生命质量评分。**结果** 完成8周干预103例患者,男51例,女52例,平均年龄是 (37.8 ± 11.6) 岁;3组分别为32、38、33例,3组在年龄、性别和教育程度等方面的差异无统计学意义($P > 0.05$)。基线时3组间仅在社会功能上差异有统计学意义($F = 3.469, P = 0.035$),SCBT+药物组明显低于其他两组;8周末,协方差分析结果表明,3组仅在躯体疼痛上差异有统计学意义($F = 3.644, P = 0.030$),药物组明显高于其他两组。组内比较结果显示:SCBT组除躯体健康问题导致的角色受限、生命活力维度外,其他6个维度量表评分在治疗前后的差异有统计学意义($P < 0.05$);SCBT+药物组在8个维度上治疗前后的差异均有统计学意义($P < 0.05$);药物组除躯体功能,其他7个维度量表评分在治疗前后的差异有统计学意义($P < 0.05$)。3组间HAMA评分差异有统计学意义($P < 0.05$);3组HAMD评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 单用SCBT、药物治疗及联合治疗3种干预方式均有助于改善GAD患者的生活质量,三者间差异不显著。

[关键词] 简化认知行为治疗;广泛性焦虑;生活质量;疗效

[DOI] 10.3969/j.issn.1674-8115.2015.10.011 **[中图分类号]** R749.4 **[文献标志码]** A

Effects of simplified cognitive behavior therapy on the quality of life of patients with generalized anxiety disorder

ZHANG Li, ZHU Zhi-pei, JIANG Jiang-ling, LI Wei, LI Chun-bo

Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China

[Abstract] **Objective** To compare the effects of simplified cognitive behavior therapy (SCBT), drug therapy, and combined therapy on the quality of life of patients with generalized anxiety disorder (GAD). **Methods** Patients with onset of GAD who conformed to the standard of DSM-5 were divided into the SCBT group, SCBT+drug group, and drug group. SCBT, multi-center parallel control method, and blind evaluation were adopted. The major outcome index was the score of quality of life. **Results** A total of 103 patients completed 8 weeks of intervention. Among them, 51 patients were male and 52 patients were female with average age of (37.8 ± 11.6) years. The numbers of patients of three groups were 32, 38, and 33. The differences of age, gender, and education level of three groups were not statistically significant ($P > 0.05$). At baseline, only the difference of social function of three groups was statistically significant ($F = 3.469, P = 0.035$) and the level of SCBT+drug group was obviously lower than that of other two groups. By the end of the 8 weeks, the covariance analysis showed that only the difference of body pain of three groups was statistically significant ($F = 3.644, P = 0.030$) and the level of drug group was obviously higher than that of other two groups. Comparison among groups indicated that except the role limitation and vitality due to the physical health problem, the differences of scores of other 6 dimensions of the SCBT group before and after treatment were statistically significant ($P < 0.05$). The differences of scores of all 8 dimensions of the SCBT+drug group before

[基金项目] 科技部“十二五”国家科技支撑项目(2012BAI01B04)(National Key Technology Research and Development Program of the Ministry of Science and Technology of China in the “12th Five-year Plan”, 2012BAI01B04)。

[作者简介] 张 丽(1990—),女,硕士生;电子信箱:1178948088@qq.com。

[通信作者] 李春波,电子信箱:chunbo_li@163.com。

and after treatment were statistically significant ($P < 0.05$). Except the body function, the differences of scores of other 7 dimensions of the drug group before and after treatment were statistically significant ($P < 0.05$). The differences of HAMA scores of three groups were statistically significant ($P < 0.05$). The differences of HAMD scores of three groups were not statistically significant ($P > 0.05$). **Conclusion** SCBT, drug therapy, and combined therapy are all helpful for improving the quality of life of GAD patients and the differences of three therapies are no significant.

[Key words] simplified cognitive behavior therapy; generalized anxiety disorder; quality of life; curative effect

焦虑障碍在普通人群中发病率达到 6% 以上^[1], 部分(15%~48%)常常迁延为慢性病程,严重影响患者的生活质量^[2,3]。广泛性焦虑(generalized anxiety disorder, GAD)是焦虑障碍中常见的一种亚型,其核心特征是慢性、持续以及难以忍受、控制的担忧,对威胁信息的认知偏差^[4],使患者的工作能力、人际交往、身心健康等受到严重损害^[2]。

随着精神药理学的发展,焦虑障碍患者的生活质量逐渐引起人们的重视。目前,国内外涉及 GAD 患者生活质量的研究主要是有关药物治疗^[5-10],而有关心理治疗对 GAD 患者生活质量的研究较少^[11,12]。

认知行为治疗对 GAD 的疗效良好^[13],优于其他心理治疗方法^[14-16]。简化认知行为治疗(simplified cognitive behavior therapy, SCBT)是近几年国际上出现的一种短期心理疗法,临床试验及实践已证实其治疗焦虑症的有效性^[17,18]。本研究组在国内研发出适用于国内患者的 SCBT 方法,对其方法学和小样本开放研究进行了初步报道。本研究通过多中心临床对照研究,比较 SCBT、药物治疗以及联合治疗 3 种干预方式对 GAD 患者生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 对象

在上海市心理咨询门诊,复旦大学附属中山医院心理咨询门诊,同济大学附属第十人民医院心理咨询门诊,上海市虹口区、长宁区、杨浦区精神卫生中心心理咨询门诊,南京脑科医院心理咨询门诊,通过海报宣传、护士推荐、门诊医师诊断等方式开展研究对象的招募,招募时间为 2014 年 3 月—2015 年 1 月。

入组标准:①符合《精神疾病诊断和统计手册》(DSM-5)中 GAD 标准,目前处于发作期;采用简明国际神经精神访谈(MINI),符合 GAD 诊断条目;汉密尔顿焦虑量表(HAMA-14)评分 ≥ 14 分且 ≤ 29 分;汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)评分 < 14 分;广泛性焦虑量表中文版(GAD-7) ≥ 5 分。②年龄在 18~65 岁的成年人,有足够的试听水平和行动能力。③本人自愿参加并签署知情同意书。

排除标准:①目前患严重躯体疾病、重度焦虑状态或重度惊恐发作者。②有自伤行为或明显自杀倾向者。③具有精神病性症状,排除强迫症和创伤后应激障碍。④孕妇或哺乳期妇女。

1.2 干预

运用自编 SCBT 结构性操作手册对 SCBT 组和 SCBT + 药物组(药物为 SSRI 或 SNRI 类药物)中的患者进行干预,8 周疗程,结构化指导性 12 次,前 4 周 2 次/周,后 4 周 1 次/周,进行 1 h/次的个体治疗,并在基线和 8 周末评估。药物组服用抗焦虑药(不干涉其用药)且不接受 SCBT 及基线和 8 周末评估。

1.3 结局指标

主要结局指标为生活质量评分,采用目前国际上最为常用的生活质量标准化测量工具——健康状况调查问卷(the short-form-36 health survey, SF-36)评价患者生活质量。SF-36 共 36 个条目,包括 8 个维度:躯体功能(physical functioning, PF)、躯体健康问题导致的角色受限(role limitations due to physical health, RP)、躯体疼痛(bodily pain, BP)、总体健康(general health, GH)、生命活力(vitality, VI)、社会功能(social functioning, SF)、情感问题所致的角色受限(role limitations due to emotional problems health, RE)和心理健康(mental health, MH),8 个维度进一步归纳为躯体和心理健康两个主成分^[19]。另外一个条目为自评健康变化(health transition, HT),不进行统计分析。分数越高,表明该方面的功能状况越好,生活质量越高。次要结局指标为焦虑抑郁评分,采用 HAMA-14 评估患者的焦虑严重程度,采用 HAMD-17 评估患者的抑郁严重程度。所有结局指标均在基线和 8 周末评估。

1.4 研究设计

采用随机对照盲法评估的方法。拟采用随机表分 3 组:SCBT 组、SCBT + 药物组、药物组。但基于实际情况,研究过程中有部分患者不服从分组或有转组,其中不服从分组共 40 例(SCBT 组 6 例、SCBT +

药物组 18 例、药物组 16 例),转组 26 例(SCBT 组 12 例、SCBT + 药物组 8 例、药物组 6 例),本研究只能做到部分随机。盲法评估方法,即评估者不参与研究设计、不知道具体的分组。根据以往相关研究,得出 3 组共计 90 人,每组 30 人。

1.5 统计学方法

采用 Epidata 3.1 建立数据库,并进行双人录入,使用 SPSS 17.0 统计软件包进行分析。主要统计方法有描述性统计方法,组间比较采用协方差分析,组内比较采用配对样本 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异

有统计学意义。

2 结 果

2.1 人口学资料

共筛查 351 例,139 例满足入组条件,103 例完成 8 周干预,脱落率 26%。采用方案集分析,分析完成 8 周干预的患者。其中 SCBT 组 32 人,SCBT + 药物组 38 人,药物组 33 人;男性 51 人,女性 52 人,平均年龄(37.8 ± 11.6)岁。3 组在年龄、性别和教育程度等方面比较,差异无统计学意义。具体见图 1。

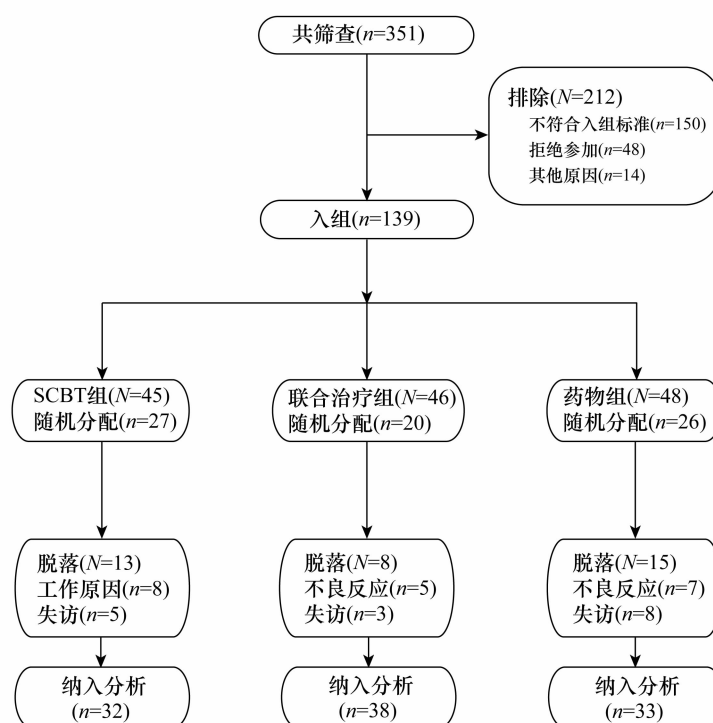


图 1 人口学资料

Fig 1 Demographic data

2.2 组间 SF-36 得分的比较

基线时,3 组间在社会功能上差异有统计学意义($F = 3.469, P = 0.035$),SCBT + 药物组明显低于其他两组。以基线的 SF-36 各维度得分为协变量,对 8 周末 3 组各维度得分进行协方差分析。8 周末时,3 组仅在躯体疼痛上差异有统计学意义($F = 3.644, P = 0.030$),药物组明显高于其他两组;两两比较显示,SCBT 组、SCBT + 药物组均与药物组在躯体疼痛上差异有统计学意义($P = 0.013, P = 0.037$)。详见表 1。

2.3 组内治疗前后 SF-36 得分的比较

8 周末,与基线相比,SCBT 组在 RP、VI 这两个

维度上的差异均无统计学意义($t = 1.769, P = 0.087; t = 1.539, P = 0.134$),在其他维度上的差异有统计学意义($P < 0.5$);SCBT + 药物组在所有维度上,治疗前后的差异均有统计学意义($P < 0.5$);药物组在 PF 这个维度上,治疗前后的差异无统计学意义($t = 1.858, P = 0.073$),在其他维度上的差异有统计学意义($P < 0.5$)。详见表 2。

2.4 各组在治疗前后焦虑抑郁情绪变化

基线时,3 组间 HAMA 得分差异有统计学意义($P = 0.019$),SCBT + 药物组明显高于其他两组;3 组间 HAMD 得分差异无统计学意义($P > 0.05$)。协方

差分析显示:8 周末,3 组间 HAMA 得分差异有统计学意义($P=0.012$),两两比较结果显示,SCBT 组与药物组间差异有统计学意义,SCBT 组焦虑得分低于药物组($P<0.05$);3 组间 HAMD 得分差异无统计学意义($P>0.05$)。3 组组内干预前后焦虑、抑郁得分差异均有统计学意义($P<0.05$)。详见表 3。

表 1 8 周末 3 组间 SF-36 各维度评分的比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 1 Comparison of scores of SF-36 dimensions of three groups by the end of 8 weeks ($\bar{x} \pm s$)

维度	SCBT 组	SCBT + 药物组	药物组	F 值	P 值
PF	96.41 ± 11.93	94.19 ± 13.31	94.39 ± 13.74	0.060	0.942
RP	74.22 ± 40.40	70.27 ± 37.19	76.52 ± 36.94	0.178	0.837
BP	65.31 ± 20.32	65.95 ± 18.63	75.76 ± 15.62	3.644	0.030
GH	58.67 ± 13.16	51.42 ± 10.24	54.73 ± 12.30	1.887	0.157
VI	56.09 ± 12.43	56.62 ± 13.85	60.15 ± 12.34	1.658	0.196
SF	89.45 ± 23.99	85.81 ± 22.28	93.56 ± 23.41	0.795	0.455
RE	72.92 ± 40.11	56.76 ± 43.65	76.77 ± 31.72	2.385	0.097
MH	64.63 ± 20.04	66.81 ± 16.05	72.12 ± 15.15	1.980	0.144

表 2 各组干预前后 SF-36 各维度评分的比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 2 Comparison of scores of SF-36 dimensions of groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$)

维度	基线	8 周末	t 值	P 值
SCBT 组				
PF	91.41 ± 17.14	96.41 ± 11.93	3.031	0.005
RP	59.38 ± 40.04	74.22 ± 40.40	1.769	0.087
BP	52.19 ± 19.63	65.31 ± 20.32	2.782	0.009
GH	50.94 ± 11.54	58.67 ± 13.16	3.232	0.003
VI	50.31 ± 18.18	56.09 ± 12.43	1.539	0.134
SF	64.45 ± 18.27	89.45 ± 23.99	4.919	0.000
RE	37.50 ± 44.60	72.92 ± 40.11	3.792	0.001
MH	46.38 ± 16.69	64.63 ± 20.04	4.121	0.000
SCBT + 药物组				
PF	88.11 ± 19.05	94.19 ± 13.31	2.392	0.022
RP	35.14 ± 41.44	70.27 ± 37.19	4.449	0.000
BP	43.24 ± 19.59	65.95 ± 18.63	6.054	0.000
GH	45.61 ± 10.55	51.42 ± 10.24	2.794	0.008
VI	42.84 ± 16.81	56.62 ± 13.85	4.976	0.000
SF	52.37 ± 21.42	85.81 ± 22.28	7.046	0.000
RE	21.62 ± 31.64	56.76 ± 43.65	4.359	0.000
MH	41.95 ± 17.73	66.81 ± 16.05	7.744	0.000
药物组				
PF	87.81 ± 18.31	94.38 ± 13.96	1.858	0.073
RP	46.21 ± 45.98	76.52 ± 36.94	3.335	0.002
BP	44.06 ± 20.61	75.31 ± 15.64	7.651	0.000
GH	45.98 ± 10.78	53.98 ± 12.44	3.175	0.003
VI	43.59 ± 16.86	60.47 ± 12.40	5.292	0.000
SF	56.64 ± 19.57	93.36 ± 23.76	8.118	0.000
RE	23.23 ± 35.83	76.77 ± 31.72	6.745	0.000
MH	42.50 ± 17.21	72.00 ± 15.38	8.885	0.000

表 3 各组间 HAMA 和 HAMD 评分的比较 ($\bar{x} \pm s$)Tab 3 Comparison of scores of HAMA and HAMD of three groups ($\bar{x} \pm s$)

量表	SCBT 组 ($n=32$)	SCBT + 药物组 ($n=38$)	药物组 ($n=33$)	F 值	P 值	Eta 值
HAMA						
基线	18.44 ± 4.10	21.24 ± 4.23	19.45 ± 4.12	4.015	0.019	
8 周末	6.19 ± 3.51	8.70 ± 5.00	9.48 ± 4.93	3.697	0.028	0.070
HAMD						
基线	9.75 ± 3.50	11.39 ± 2.76	11.27 ± 2.91	3.000	0.054	
8 周末	5.38 ± 2.93	6.08 ± 4.12	7.18 ± 4.54	1.124	0.329	0.022

3 讨 论

首先,本研究发现 3 种干预方式对患者生活质量的提高没有明显差异。这可能主要是因为 GAD 患者生活质量的改善受焦虑、抑郁症状的缓解影响^[20,21],3 组间焦虑、抑郁症状均有所缓解。在躯体疼痛这个维度上,药物组疗效明显优于 SCBT 组和联合治疗组,这可能主要是因为焦虑患者有一些躯体症状,药物能更有效缓解患者的躯体症状,所以药物组疗效优于 SCBT 组。药物组疗效优于联合治疗组,可能是因为心理治疗有一些不良反应,可能会影响联合治疗中药物的疗效^[22]。

其次,SCBT 有助于提高 GAD 患者的生活质量^[2,11]。这主要是因为 GAD 障碍的核心特征是慢性、持续以及难以忍受、控制的担忧,对威胁信息的认知偏差^[4],使患者的工作能力、人际交往、生命质量等受到严重损害^[2]。治疗的重点在于帮助患者矫正其歪曲认知。在 SCBT 实施过程中,通过提高患者识别自己的负性自动思维能力和认知矫正的技术,改变以往的歪曲认知,并在行为上开始安排愉快事件活动,改变以往应对问题的模式。通过 12 次的治疗,减少了患者的焦虑症状及 GAD 障碍的恐惧,矫正了患者的负性认知,改变了以往面对问题的回避模式。使患者看待问题从多个角度,树立积极的生活态度,善于寻找、求助自己的社会支持系统,积极面对问题、解决问题。使患者从根本上认识到自己的价值,增强其自信,使生活质量得到提高。

再次,SCBT 有助于改善 GAD 患者的焦虑症状,与以往研究一致^[23,24]。因为认知行为治疗被认为是焦虑症心理治疗方法的金标准^[25,26],而 SCBT 包括传统认知行为治疗中对焦虑症效果最好的暴露和认知重建成分^[17]。

最后,8 周末,SCBT 组疗效优于药物组。这主要是因为基于实际情况,本研究不干涉其用药的过程,而在研究过程中有部分患者会自行停药、调整剂量、换药等,可能会影响药物组的疗效(纳入分析的 33 例药物组患者中,6 例自行停药,7 例调整剂量,4 例换药)。SCBT 组与 SCBT + 药物组间差异没有统计学意义,这可能是因为本研究没有做到完全随机,基线不平衡(基线时 SCBT + 药物组的焦虑得分明显高于 SCBT 组)。

本研究存在不足之处。首先,分配未做到完全随机,3 组基线焦虑症状严重程度不均衡;其次,样本量偏小,尚未进行长期随访。未来需要开展多中心、大样本的随机对照研究,进一步探索 SCBT 技术是否适用其他精神疾病。为验证 SCBT 技术对生活质量的长期疗效,需增加 6 个月、1 年的随访。此外,还需探索其在不同级别医疗卫生机构的适用性。

[参考文献]

- [1] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys[J]. JAMA, 2004, 291(21): 2581–2590.
- [2] Primiano S, Marchand A, Gosselin P, et al. The effect of a combined versus a conventional cognitive-behavioral therapy on quality of life for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder: preliminary results[J]. Behav Modif, 2014, 38(1): 3–24.
- [3] 胡满基,李春波,何筱衍,等. 对综合医院神经内科门诊患者焦虑症状群及生活质量的调查[J]. 四川精神卫生, 2010, 23: 80–83.
- [4] Allgulander C, Baldwin DS. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder[J]. Mod Trends Pharmacopsychiatri, 2013, 29: 119–127.
- [5] Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive

- disorder and posttraumatic stress disorder in primary care[J]. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 2012, 16(2): 77-84.
- [6] 张晶璟,陈志青. 不同药物治疗广泛性焦虑障碍的经济学比较[J]. *中国临床医学*, 2014, 21(3): 351-353.
- [7] Wetherell JL, Petkus AJ, White KS, et al. Antidepressant medication augmented with cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults[J]. *Am J Psychiatry*, 2013, 170(7): 782-789.
- [8] 张迎黎,梁伟,李玉凤,等. 艾司西酞普兰治疗老年广泛性焦虑障碍的疗效观察[J]. *重庆医学*, 2011, 33(40): 3393-3395.
- [9] 万行军,王振,江开达,等. 首发广泛性焦虑患者的生活质量研究4个月随访研究[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2008, 4(34): 245-247.
- [10] Allgulander C, Baldwin DS. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder[J]. *Mod Trends Pharmacopsychiatry*, 2013, 29: 119-127.
- [11] 卢世臣,刘琳. 认知行为治疗对广泛性焦虑症患者生活质量的影响[J]. *国际护理学杂志*, 2010, 29(2): 182-184.
- [12] Markell HM, Newman MG, Gallop R, et al. Combined medication and cbt for generalized anxiety disorder with African American participants; reliability and validity of assessments and preliminary outcomes[J]. *Behav Ther*, 2014, 45(4): 495-506.
- [13] Behar E, Dimarco ID, Hekler EB, et al. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (gad): conceptual review and treatment implications[J]. *J Anxiety Disord*, 2009, 23(8): 1011-1023.
- [14] 韩海英,姚淑敏,李占江,等. 广泛性焦虑障碍认知行为治疗技术专家共识的德尔菲法研究[J]. *中国心理卫生杂志*, 2013, 27(1): 4-10.
- [15] 邵卫华,余琳. 认知行为疗法治疗广泛性焦虑障碍的对照研究[J]. *中国实用医药*, 2012, 7(23): 244-245.
- [16] Bandelow B, Boerner JR, Kasper S, et al. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder[J]. *Dtsch Arztebl Int*, 2013, 110(17): 300-309.
- [17] Crawley SA, Kendall PC, Benjamin CL, et al. Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: feasibility and initial outcomes[J]. *Cogn Behav Pract*, 2013, 20(2). doi: 10.1016/j.cbpra.2012.07.003.
- [18] Cape J, Whittington C, Buszewicz M, et al. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression[J]. *BMC Med*, 2010, 8: 38.
- [19] 李春波,何燕玲. 健康状况调查问卷(SF-36)的介绍[J]. *国外医学:精神病学分册*, 2002, 29: 116-119.
- [20] 林国珍,范青,肖泽萍,等. 综合医院内科门诊焦虑障碍患者生活质量研究[J]. *上海交通大学学报:医学版*, 2011, 31(1): 43-46.
- [21] Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, et al. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey[J]. *Int Clin Psychopharmacol*, 2000, 15(6): 319-328.
- [22] 吴和鸣,刘舟,方新,等. 心理治疗有无副作用[J]. *中国心理卫生杂志*, 2003, 17(3): 213-215.
- [23] Hoifodt RS, Strom C, Kolstrup N, et al. Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: a review[J]. *Fam Pract*, 2011, 28(5): 489-504.
- [24] Wu KK, Li FW, Cho VW. A randomized controlled trial of the effectiveness of brief-cbt for patients with symptoms of posttraumatic stress following a motor vehicle crash[J]. *Behav Cogn Psychother*, 2014, 42(1): 31-47.
- [25] Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses[J]. *Clin Psychol Rev*, 2006, 26(1): 17-31.
- [26] Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence[J]. *Dialogues Clin Neurosci*, 2011, 13(4): 413-421.

[收稿日期] 2015-08-06

[本文编辑] 吴 洋