

# 认知行为疗法合并艾司西酞普兰治疗惊恐障碍的对照研究

彭 晶

**【摘要】目的** 比较认知行为治疗合并艾司西酞普兰与单用药物治疗惊恐障碍的临床效果、安全性、依从性及复发率的情况。**方法** 将 2012 年 1 月-2013 年 6 月湖北省孝感市康复医院 60 例符合《国际疾病分类(第 10 版)》(ICD-10) 惊恐障碍诊断标准的患者采用随机数字表法分为研究组和对照组各 30 例。研究组采用认知行为治疗合并艾司西酞普兰治疗,对照组单用艾司西酞普兰治疗。在治疗前及治疗 2、4、6 周进行汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、临床总体印象量表-病情严重程度量表(CGI-SI)及副反应量表(TESS)评分,随访 1 年。**结果** 研究组显效率为 75.9%,对照组显效率为 51.7%,差异有统计学意义( $\chi^2 = 4.51, P < 0.05$ )。治疗后 2、4、6 周,研究组患者 HAMA 评分低于对照组,差异有统计学意义 [(20.9 ± 6.2) vs. (23.4 ± 3.5)、(15.1 ± 5.1) vs. (19.3 ± 7.8)、(8.5 ± 3.1) vs. (14.6 ± 3.5) ( $P$  均  $< 0.05$ )]。CGI-SI 评分低于对照组,差异有统计学意义 [(3.21 ± 0.56) vs. (3.65 ± 0.82)、(2.32 ± 0.64) vs. (2.85 ± 0.35)、(1.51 ± 0.52) vs. (2.28 ± 0.31) ( $P$  均  $< 0.05$ )]。两组 TESS 评分各期差异均无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。第 6 个月、12 个月随访依从性比较,研究组均高于对照组 (89.7% vs. 72.4%, 75.9% vs. 62.1%),研究组复发率低于对照组 [(20.7%) vs. (41.4%)]。**结论** 认知行为治疗合并艾司西酞普兰治疗惊恐障碍可能有助于改善惊恐障碍,提高远期服药依从性,减少复发率,提高患者社会功能。

**【关键词】** 艾司西酞普兰; 认知行为治疗; 惊恐障碍

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2014.06.024

惊恐障碍是一种较常见的精神障碍,临床以反复发作的心慌、胸闷、头晕、发抖、出汗、上腹不适、恐

惧、害怕,可伴有濒死感为特点。惊恐障碍患者常将闯入性思维灾难性的解释为是对个人有重要意义、

本研究结果显示,两组破坏性行为障碍儿童的自我意识水平在一年后均有提高,说明仅药物治疗和药物联合改善父母教养方式均能够改善破坏性行为障碍儿童的自我意识水平。进一步研究显示,经过改善父母教养方式培训干预的家庭,其破坏性行为障碍患儿的行为、焦虑、合群的评分以及总体自我意识水平均高于单纯接受药物治疗的 DBD 儿童,并且通过干预前后的比较发现,改善父母教养方式组儿童的焦虑和自我意识总体水平的改善程度高于对照组儿童。由此可见,通过父母教养方式的改善,能够提高破坏性行为障碍儿童的自我意识。

本研究儿童样本量相对较少,观察时间仅 1 年,相对较短,可能需要长期的跟踪随访,而且这样的干预措施还需进一步丰富和完善。总之,在对破坏性行为障碍儿童的教养过程中,对孩子多给予正性情感,减少负性情感,有助于改善此类儿童的自我意识,对 DBD 儿童的治疗结果和预后具有积极的促进作用,从而提高成年后的心理健康水平。但是,DBD 儿童之间可能存在着诸多差异,家庭结构和模式也有诸多不同,因此教养方式的制定应针对每个儿童、每个家庭量身定制,持之以恒,这也需要社会、学校、

家庭等的共同参与和决策。

## 参 考 文 献

- [1] Loeber R, Burke J, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features [J]. *J Child Psychol Psychiatry* 2009, 50(1-2): 133-142.
- [2] 钱秋谨, 李岳玲, 王玉凤, 等. 破坏性行为障碍对注意缺陷多动障碍患儿成人期预后的影响 [J]. *实用儿科临床杂志*, 2009, 24(23): 1829-1832.
- [3] Petty CR, Monuteaux MC, Mick E, et al. Parsing the familiarity of oppositional defiant disorder from that of conduct disorder: A familial risk analysis [J]. *J Psychiatr Res* 2009, 43(4): 345-352.
- [4] 朱峰, 罗学荣, 韦臻, 等. 破坏性行为障碍儿童的自我意识分析 [J]. *国际精神病学杂志* 2009, 36(4): 193-195.
- [5] 韩凤玲, 吴志江, 王蔓娜, 等. 父母养育方式与儿童自我意识关系的研究 [J]. *四川精神卫生* 2004, 17(3): 129-131.
- [6] 苏林雁, 罗学荣, 张纪水, 等. 儿童自我意识量表的中国城市常模 [J]. *中国心理卫生杂志* 2002, 16(1): 31-34.
- [7] 史静华, 李亚琴, 孙玉梅. 儿童自我意识的研究进展 [J]. *护理研究* 2007, 21(6): 1423-1425.
- [8] 王梦龙, 黄旭, 静进, 等. ADHD 儿童的自我意识和行为特征的相关研究 [J]. *中国妇幼保健*, 2007, 22(22): 3087-3089.

(收稿日期: 2014-07-24)

将会产生危险后果的信号,并认为完全控制想法是可能的、不能控制想法是心理脆弱和无能的表现<sup>[1]</sup>。近年来选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂作为惊恐障碍的一线治疗药物<sup>[2]</sup>,其有效性、安全性已经为临床试验所验证<sup>[3-5]</sup>。然而单纯药物治疗的远期效果并不确切。认知行为治疗识别和矫正患者对闯入性思维的歪曲认知。本研究旨在观察认知行为治疗合并艾司西酞普兰治疗惊恐障碍患者是否较单用艾司西酞普兰更具优势。

## 1 对象和方法

1.1 对象 来自 2012 年 1 月-2013 年 6 月在湖北省孝感市康复医院住院患者。入组标准:①年龄 18~56 岁;②符合《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10) 惊恐障碍诊断标准;③患者和监护人知情同意并签订知情同意书。排除标准:①严重器质性疾病;②药物或酒精过敏及依赖;③妊娠或哺乳期妇女;④实验室查血常规、心电图、肝肾功能、血糖血脂等明显异常。符合入组排除标准共 60 例,采用随机数字表法将患者分为研究组(认知行为治疗合并艾司西酞普兰治疗)和对照组(单用艾司西酞普兰治疗)各 30 例。研究组:男性 16 例,女性 14 例;平均年龄(34.8±4.9)岁;平均病程(13.7±9.8)月;婚姻情况:未婚 17 例,已婚 13 例;受教育程度:高中/大学 21 例,高中以下 6 例,大学以上 3 例。对照组:男性 14 例,女性 16 例;平均年龄(38.1±7.2)岁,平均病程(14.5±8.9)月,婚姻情况:未婚 18 例,已婚 12 例;受教育程度:高中/大学 20 例,高中以下 6 例,大学以上 4 例。两组性别、年龄、婚姻、受教育程度差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。疗程 6 周。其中两组均有 1 例病例脱落。本研究得到湖北省孝感市康复医院伦理委员会批准。

## 1.2 方法

1.2.1 药物治疗 对以往未服用抗抑郁药物者直接入组,有用药史者经至少 1 周清洗后入组。两组均给予艾司西酞普兰(来士普,100826794,西安杨森制药公司)起始剂量 5mg/d 2 周内调整治疗为 5~15mg/d,研究组艾司西酞普兰平均剂量为(8.21±3.49)mg,对照组艾司西酞普兰平均剂量为(8.42±3.57)mg,两组间差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组禁用苯二氮草类及其他抗精神病药物。

1.2.2 认知行为治疗 研究组除药物治疗外,于第 1 周起,还接受经过专门培训的心理治疗师进行的

个别短程认知行为治疗。每次 40~50 分钟,每周 2 次,疗程 6 周。具体步骤:①与患者建立相互信任的治疗关系,全面了解患者的年龄、性别、受教育程度、婚姻、职业、宗教信仰、个人成长、学习、工作、社交等领域的特殊经历、应对模式、人生观、成瘾物质的使用、日常生活的安排。②让患者了解惊恐障碍的基本知识,向患者营销认知行为治疗的技术,传授治疗原理,进行治疗的设定,包括:次数、频率、每次治疗的时间、费用等。帮助患者识别惊恐发作时的植物神经功能变化,找出诱发因素,识别不适应的应对方式、人际强化因素、保护行为,认识发作间期的回避行为。③对惊恐的程度进行 0~100 的评分,涉及可行的等级任务,策划如何应对困难。让患者能找到更好的应对方式。④指导患者进行角色扮演、放松训练、呼吸训练、去灾难感、检验假设等行为治疗训练,帮助患者形成良好的事件解决模式,使患者遇到类似问题时能以积极的方式去面对和解决。⑤对患者及其家人进行惊恐障碍的健康宣教,解释治疗理由及干预步骤,治疗过程中的注意事项、常见不良反应,充分利用家庭和社会支持系统。

1.2.3 疗效评定 两组分别于治疗前及治疗后 2、4、6 周采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA)、临床总体印象量表-病情严重程度量表(Clinical Global Impression - Severity of Illness, CGI-SI)进行评定。疗效评定中以惊恐发作次数减少 50% 以上定义为治疗有效,以惊恐发作完全消失定义为治疗痊愈。所有评定均由 2 名精神科主治医师以上人员同时进行,评定者之间一致性 kappa 值=0.88。

1.2.4 药物安全性评定 采用副反应量表(Treatment Emergent Symptom Scale, TESS)评定不良反应,与疗效评定同步。在入组时及各随访时点进行血常规、尿常规、心电图、血生化等检查。

1.2.5 长期服药的依从性和复发率 分别于治疗后 6 个月和 12 个月时采用门诊、电话、信件等形式对患者各随访 1 次。服药依从性分完全依从(按医嘱服药)、部分依从(不按医嘱剂量和方法服药)和不依从(停药);复发标准为 HAMA 评分>18 分。

1.3 统计方法 运用 SPSS13.0 进行统计分析,组间率比较采用 $\chi^2$ 检验,治疗前后比较采用配对样本  $t$  检验,组间比较采用两样本  $t$  检验。脱落病例未纳入统计。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效 研究组痊愈 10 例,治疗有效 17 例,显效率 75.9%;对照组痊愈 6 例,治疗有效

作者单位:432000 湖北省孝感市康复医院

12 例,显效率 51.7%。两组显效率差异有统计学意义( $\chi^2 = 4.51, P < 0.05$ )。

## 2.2 两组治疗前后 HAMA 评分比较 治疗前两组

HAMA 评分比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后第 2、4、6 周研究组 HAMA 评分均低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗前后 HAMA 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组 别	HAMA 评分			
	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗 6 周
研究组( $n=29$ )	26.4 ± 5.2	20.9 ± 6.2	15.1 ± 5.1	8.5 ± 3.1
对照组( $n=29$ )	25.5 ± 4.5	23.4 ± 3.5	19.3 ± 7.8	14.6 ± 3.5
<i>t</i>	0.398	-2.875	-3.653	-3.954
<i>P</i>	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 2.3 两组治疗前后 CGI - SI 评分比较 两组治疗前 CGI - SI 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治

疗后 2、4、6 周,两组 CGI - SI 评分均较治疗前低,研究组较对照组降分更多( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后 CGI - SI 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组 别	CGI - SI 评分			
	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗 6 周
研究组( $n=29$ )	4.85 ± 1.12	3.21 ± 0.56	2.32 ± 0.64	1.51 ± 0.52
对照组( $n=29$ )	4.95 ± 0.98	3.65 ± 0.82	2.85 ± 0.35	2.28 ± 0.31
<i>t</i>	0.091	-3.329	-3.457	-3.743
<i>P</i>	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组安全性比较 研究组出现 4 例不良反应: 食欲不振 2 例,头痛 1 例,便秘 1 例,对照组出现不良反应 5 例: 胃肠道不适 3 例,恶心 1 例,头晕 1 例。症状均较轻,未进行特殊处理。两组 TESS 评分各期差异均无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。

2.5 两组服药依从性和复发率比较 6 个月及 12 个月时,服药依从(完全 + 部分)率研究组为 89.7% (26 例) 及 72.4% (21 例),对照组为 75.9% (22 例) 及 62.1% (18 例),研究组高于对照组( $P < 0.05$ )。12 月随访复发率研究组为 20.7% (6 例),对照组为 41.4% (12 例),研究组复发率低于对照组( $P < 0.05$ )。

## 3 讨 论

认知行为治疗是一组通过改变思维或信念和行为的方法来改变不良认知,达到消除不良情绪和行为的短程治疗方法<sup>[6]</sup>。其重点在于帮助患者了解其症状背后的认知根源 - 不合理信念,重新建立正确认知系统和行为应对方式,包括认知治疗和行为治疗两方面内容。而认知理论认为,人们的情感、行为及其反应均与认知有关,所以通过纠正错误的认知可改善情感和行<sup>[7]</sup>。

本研究在艾司西酞普兰治疗惊恐障碍的基础上进行心理行为干预,双管齐下帮助患者解决惊恐症状、功能失调性认知和负性思维模式。研究发现,研究组患者 HAMA 和 CGI - SI 评分在治疗第 2、4、6 周时下降,且下降幅度大于对照组,说明艾司西酞普

兰合并认知行为治疗惊恐障碍起效快速且明确。在 6 个月及 12 个月的随访发现,研究组服药依从性好于对照组,复发率低于对照组。这可能是认知行为治疗与其着重发展个性持久的学习和技巧有关,患者可以应用获得的认知模式应对不同的处境;同时可促进患者对疾病的认识,增强康复的信心和治疗的主动性。本研究表明,认知行为疗法能改善惊恐障碍症状,提高远期服药依从性,减少复发率,提高患者社会功能<sup>[8]</sup>。

本研究的不足之处在于,样本观察例数较少,随访时间为 12 个月,时间较短。

## 参 考 文 献

- [1] 罗佳,李占江,韩海英,等.单一认知行为治疗对强迫障碍患者的疗效[J].中国心理卫生杂志,2011,25(12):910-914.
- [2] 刘源,杨静谟,芮贝贝,等.艾司西酞普兰治疗惊恐障碍的疗效和安全性系统评价[J].中国药业,2014,23(8):16-19.
- [3] 张晓东,赵秀君.艾司西酞普兰与帕罗西汀治疗惊恐障碍对照研究[J].中国民康医学,2012,24(2):302-303.
- [4] 乐守江,蔡琳,周晶.度洛西汀与帕罗西汀治疗惊恐障碍患者对照研究[J].临床精神医学杂志,2013,23(5):339-341.
- [5] 刘晓,李佩虔,周文娟,等.艾司西酞普兰与氯丙咪嗪治疗惊恐障碍的临床对照研究[J].四川精神卫生,2014,27(1):57-59.
- [6] 汪军,崔晓,周翠侠,等.认知行为疗法临床应用研究发展[J].中国健康理论与实践,2013,19(9):834-838.
- [7] 沈渔邨.精神病学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2009:800-803.
- [8] 周升宝,赵继舒,孙晓丹,等.艾司西酞普兰合并认知行为治疗在老年抑郁症治疗中的作用[J].临床精神医学杂志,2013,23(5):305-308.

(收稿日期:2014-08-10)