

劳”、心理波动大,反而心理障碍加重,与有关研究一致^[1]。

本研究还发现两组患者认知评分在治疗1个月无明显差异,但在6个月后治疗组评分较对照组有改善。分析原因可能为认知能力评定量表主要是评定的认知内容障碍,而心理治疗主要纠正认知形式障碍,对因脑卒中本身引起的认知内容障碍影响较小,所以治疗1个月后的认知评分两组无明显差异。随着病程的延长,对照组患者会因遗留残疾而出现更加严重的心理障碍,如情感障碍、行为障碍等,导致认知内容障碍进一步加重^[2],而治疗组患者会得到及时、针对性的心理治疗,心理障碍程度较轻,致使认知障碍受影响较小。

总之,对所有脑卒中患者早期进行及时、有针对性的心理治疗,能够促进神经功能的恢复,提高其生存质量,远期效果更为明显。

参考文献

[1] 贾建平主编. 神经病学 [M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.171.

- [2] 王艳云,王拥军.心理治疗在脑卒中康复中的应用[J].中国康复医学杂志,2005,20:294—296.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29:379—380.
- [4] Gordon WA.Advances in stroke rehabilitation[M].Boston:Andover, 1993.18.
- [5] 王拥军, 主编. 卒中单元 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004.415—422.
- [6] 胡佩诚主编.心理治疗[M].北京:人民卫生出版社,2007.27—228.
- [7] 杨德森,张亚林,肖水源,等.中国道家认知疗法介绍[J].中国神经精神疾病杂志,2002,28(2):152.
- [8] 张明圆主编.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998.121—126,184—188.
- [9] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29:381—385.
- [10] 张智博,彭旭,唐璐,等.早期心理干预对卒中后抑郁的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(3):262—263.
- [11] 周海云,席静雯,王春玉.作业疗法结合道家认知疗法治疗脑卒中偏瘫恢复期患者情绪障碍的临床研究 [J]. 中华物理医学与康复杂志,2007,29:627—630.
- [12] 陈湛惜,陆兵勋,陈文荣,等.脑梗死后情感障碍和认知障碍的影响因素[J].中国神经精神疾病杂志,2008,34:417—421.

·心理康复·

认知治疗合并抗抑郁药对抑郁症残留症状的效果*

徐松泉¹ 蔡进伟¹ 朱桂东¹ 曹 江¹

在抑郁症的药物治疗中,大多数患者有残留症状的出现,如心境恶劣、焦虑、睡眠障碍、易疲劳、兴趣或愉快感减少,以及疼痛和食欲减退等^[1-2]。有证据表明,认知治疗合并抗抑郁药可有效地治疗和预防抑郁症的复发与复燃^[3-4]。为探讨治疗抑郁症残留症状有效的方法,本文采用认知治疗合并药物与单用药物治疗的方法进行对照观察。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2005年1月—2006年6月我院精神科门诊及住院的抑郁症患者,共100例。入选标准:①符合中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)(CCMD-3)抑郁症的诊断标准;②经过充足抗抑郁药物治疗20周以上,症状部分缓解但未达到痊愈,汉密尔顿抑郁量表(HAMD17)评定 ≥ 17 分或临床疗效总评量表(CGIS) > 2 分者。排除标准:①脑器质性病变和严重的躯体疾病,以及药物、酒精依赖者;②具有严重自杀倾向者;③不同意参加本研究和无法进行定期随访者。

按入组先后顺序用随机数字表法随机分为临床管理组(CM组)或合并认知治疗组(CBT组),连续治疗20周,结合

全病程管理模式对研究对象进行随访观察48周,主动告知患者及其家属疾病的性质及坚持治疗的必要性,每4周门诊1次,了解患者服药治疗情况,评估病情。

CM组50例,脱落3例,实际完成47例;男23例,女24例;年龄18—55岁,平均 24.7 ± 14.2 岁;病程2—38个月,平均 22.1 ± 16.6 个月。CBT组50例,脱落2例,实际完成48例;男23例,女25例;年龄18—53岁,平均 25.3 ± 15.7 岁,病程1—43个月,平均 23.1 ± 17.2 个月。两组患者在性别、年龄、病程、文化程度等方面经 χ^2 检验或 t 检验差异均无显著性意义。

1.2 方法

1.2.1 药物治疗:两组均接受充足5-羟色胺再摄取抑制剂类抗抑郁药物治疗20周以上,药物剂量相对保持固定(20—40mg/d),其中CBT组服用盐酸氟西汀(百忧解)28例、盐酸帕罗西汀(赛乐特)20例,CM组分别为26例、21例。两组用药剂量经 t 检验差异无显著性意义。

1.2.2 认知治疗:CBT组在药物治疗的同时合并认知治疗。认知治疗共分两个阶段^[5],第一阶段(第1—6次):症状减少阶段,首先了解患者存在的各种症状和问题的发生发展,注重

* 基金项目:丽水市科学技术局计划项目(20063-10); 1 浙江省丽水市第二人民医院心理科, 323000

作者简介:徐松泉,男,副主任医师; 收稿日期:2009-03-22

了解患者的应对能力和应付方式、社会支持等情况,掌握患者的期望和目标。治疗师运用提问、布置家庭作业,引发患者自动思维、检验自动思维、识别图式,以便帮助患者对现实的建构,认识到认知和情绪、行为的关系,以期缓解情绪症状。第二阶段(第7—12次):图式聚集阶段,治疗师把重点放在探讨早期发展的行为模式、长期的人际关系、治疗关系及情感或经验的联系上。试图帮助患者理解其图式如何起源发展、如何被激发、如何被强化和保持,以期使患者作出必要的认知、情感、人际关系和应对方式的改变,从而减少抑郁的发作。每次心理治疗时间45min,治疗前4周每周1次,以后每2周1次,共12次。

1.3 评定工具及疗效判断指标

评定工具:①临床疗效总评量表(Clinical Global Impression, CGI);于入组时评定,作筛选入组对象指标。②Hamilton量表(Hamilton depression scale, HAMD)^[6]:分为3个因子:焦虑因子(包括HAMD第9—13,15,17项),睡眠障碍因子(HAMD第4—6项),抑郁因子(HAMD第1—3,7,8,14项)。分别于入组前和入组治疗后4、10、20周进行HAMD评定。③特质应对方式问卷(trait coping style questionnaire, TCSQ)^[7]:分积极应对方式和消极应对方式两个维度,每个维度各10个问题,共20题,采用1—5级记分。CBT组分别于入组前和治疗后20周进行TCSQ评定。评定者之间对HAMD、CGIS、TCSQ评定的Kappa值>0.85。

疗效判断指标:有效:临床疗效按HAMD总分减分率≥50%,完全缓解:≥75%。

减分率=(基线分-治疗后分)/基线分×100%。

病情稳定后(HAMD≤10分,CGIS≤2分),再次出现临床症状(HAMD≥17分),符合CCMD-3抑郁症的诊断标准为复燃。

1.4 统计学分析

应用SPSS 10.0软件对数据进行统计学分析,统计方法采用t检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患者HAMD评分比较

见表1。两组HAMD总分及各因子分随治疗时间的增加而逐渐下降。治疗4周末,CBT组HAMD总分、焦虑因子分显著下降;至治疗20周包括HAMD总分、焦虑因子分、睡眠因子分、抑郁因子分均明显下降,与CM组相比均有显著性差异。

2.2 两组缓解率与复燃率比较

经治疗20周后,CBT组有效率为73%,CM组为43%,其中完全缓解CBT组12例(25%),CM组为6例(12.8%),两组比较差异非常显著性。随访48周,CBT组复燃10例(20.8%),CM组复燃21例(44.7%),两组比较差异有非常显著性。

2.3 2组治疗前后TCSQ比较

见表2。入组时两组TCSQ积极应对维度分与消极应对维度分均值经t检验差异无显著性。治疗第20周末,两组积极应对维度分均有上升,消极应对维度分均有下降;与CM组比较,CBT组更为显著。表明治疗20周后CBT组能以更多积极的应对方式以取代消极的应对方式。

表1 两组治疗前后HAMD总分、因子分及减分率的比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	基线	治疗第 4 周末		治疗第 10 周末		治疗第 20 周末	
		总分	减分率	总分	减分率	总分	减分率
CBT 组							
HAMD 总分	29.3±7.1	23.9±6.7	18.7±10.7 ^{①④}	20.1±7.3	32.3±20.7 ^{②④}	11.0±6.4	63.5±25.6 ^{②④}
焦虑因子	12.2±3.8	10.4±3.4	14.9±9.2 ^{①③}	7.3±4.2	41.1±22.6 ^{②④}	4.2±3.2	66.7±23.1 ^{②④}
睡眠因子	5.3±1.5	4.8±1.6	9.6±10.8	4.2±2.0	21.2±17.6 ^②	2.4±1.3	55.6±27.0 ^{①④}
抑郁因子	12.3±3.9	11.1±3.6	10.2±9.7	9.1±4.0	26.5±18.3 ^{②③}	5.2±3.7	58.0±21.2 ^{②④}
CM 组							
HAMD 总分	29.6±6.9	28.8±7.0	9.6±10.1	25.9±7.8	12.8±11.2 ^①	17.8±7.5	40.1±19.7 ^②
焦虑因子	12.2±4.1	11.9±3.3	2.7±4.7	10.6±3.2	13.4±7.7 ^①	6.4±3.9	46.7±20.6 ^②
睡眠因子	5.0±1.7	4.7±1.5	6.5±5.2	4.4±2.1	12.3±8.2	4.3±1.5	14.4±10.2 ^①
抑郁因子	12.4±3.8	11.6±3.7	6.7±5.8	10.8±4.4	13.2±7.5	7.5±3.5	39.6±22.2 ^②

组内治疗前后比较:①P<0.05, ②P<0.01; 组间比较:③P<0.05, ④P<0.01

表2 两组治疗前后TCSQ积极应对维度分与消极应对维度分的比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	基线		治疗第20周末	
		积极应对维度分	消极应对维度分	积极应对维度分	消极应对维度分
CBT组	48	15.6±4.1	37.2±8.5	25.2±6.9 ^①	24.8±8.2 ^①
CM组	47	16.2±5.4	36.8±7.3	20.5±5.8	29.6±6.4

①组间TCSQ积极应对维度分与消极应对维度分比较P<0.01

3 讨论

在现行的评定标准中,当HAMD17的评分≤7分,自知力恢复我们就认定已达到临床痊愈。然而,临床研究发现,抑郁症经新型抗抑郁药物治疗后,其缓解率不到50%^[8]。抑郁残留症状的治疗越来越受到临床重视。

本文针对抑郁障碍患者残留的核心症状,应用认知治疗

运用提问、布置家庭作业,识别检验自动思维,帮助患者认清自己存在的歪曲的、不合理的、消极的信念,并让他们学会用新的认知方式来取代不合理认知,使患者的认知更加接近现实^[4]。本研究结果显示:CBT组治疗4周时,HAMD总分、焦虑因子即分显著下降,至治疗20周包括HAMD总分及各因子分均显著下降;治疗20周CBT组缓解率25%明显高于CM组(12.8%);出现更多积极的应对方式以取代消极的应对方式;随访48周,CBT组复燃率(20.8%)较CM组(44.7%)低,与有关研究相似^[5]。认知治疗能减轻抑郁症残留症状、减少复燃,可能与患者改变了对世界、对未来及对自己生活经历的负性认知模式,训练出一种积极的应对策略有关^[5,9]。

本研究显示,认知治疗合并药物是治疗抑郁症行之有效的方法,它不仅能控制抑郁核心症状,减少患者当前的痛苦,还可起到预防重性抑郁发作的作用。

参考文献

[1] Fava GA. Long-term treatment with antidepressant drugs: the

spectacular achievements of propaganda [J]. *Psychother Psychosom*, 2002, 71(3):127—132.

- [2] 马玲,倪家骧.慢性疼痛与抑郁症状的研究进展[J].中国康复医学杂志,2008,(11):1053—1056.
- [3] Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, et al. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects [J]. *J Consult Clin Psychol*, 2007, 75(3):475—488.
- [4] 刘建琪 邓元民.认知治疗与帕罗西汀对抑郁症疗效的对照研究[J].中国康复医学杂志,2006,(7):655—656.
- [5] David H. Barlow, 主编(刘兴华等译).心理障碍临床手册[M].北京:中国轻工业出版社,2004.287—333.
- [6] 张明园, 主编.汉密尔顿抑郁量表.精神科量表评定手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998.121—126.
- [7] 张作记, 主编.行为医学量表手册[M].北京:中华医学科学音像出版社,2005.255—256.
- [8] Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression[J]. *N Engl J Med*, 2000, 342(20):1462—1470.
- [9] 宋冬玲,王梦欣,王福芳.综合干预联合药物治疗首发老年抑郁症的疗效分析[J].中国康复医学杂志,2008,23(11):1040—1042.

·短篇论著·

认知干预对脑卒中偏瘫患者运动功能及ADL的影响

包正军¹

认知功能障碍是脑卒中后最常见的后遗症之一,它不仅直接影响肢体运动功能和ADL能力的恢复,而且给患者重返社会造成很多困难,严重影响生存质量,给家庭、社会带来沉重的负担。近年来脑卒中认知障碍的危害逐渐引起人们的重视,但对认知康复的训练效果缺乏更深入的研究,认知功能训练对运动功能的改善有无帮助,对日常生活自理能力的提高有无影响,这些问题引起专业人士广泛的争论。本研究探讨脑卒中后认知功能的改善对运动功能及ADL的影响,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自2006年9月—2008年9月,先后有59例患者经筛查参与本研究,全部来自我院神经内科住院患者,均符合1995年全国第四次脑血管会议通过的急性脑血管病诊断标准,并经临床、头颅CT和MRT确诊为脑卒中患者。入选标准:①首

次发病;②意识清楚,生命体征平稳;③年龄45—70岁;④偏瘫。排除标准:①严重失语(不能参加基本的口语评估);②严重精神病或心肺疾患;③既往有精神病、痴呆表现。随机分为两组:治疗组29例;对照组30例。两组患者年龄、性别、损伤部位、诊断病程差异无显著性($P>0.05$),见表1。

1.2 方法

两组病例都按照神经内科常规处理,均采用神经发育疗法和日常生活能力练习对患者进行循序渐进的训练,接受常规物理治疗、作业治疗、针灸治疗。治疗组在常规治疗的基础上对认知功能障碍进行认知功能训练,每日2次,每次30min。

实施认知功能训练时,依认知功能简易精神状态评定量表(MMSE)评定结果发现患者认知功能受损的领域,针对不同领域的障碍制定相应的康复训练计划。具体的训练内容包括:①利用删除作业训练患者注意力和半侧空间失认;②利用日期和地点练习训练患者时间和地点的定向能力;③利

¹ 湖南省株洲市一医院,412000

作者简介:包正军,男,主任医师; 收稿日期:2009-02-26