

失眠的认知行为治疗在抑郁障碍共病失眠障碍患者中的应用进展

胡俊武 张斌

【摘要】 抑郁障碍共病失眠障碍的现象在临床中非常普遍。失眠的认知行为治疗(Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, CBT-I)作为一个基于证据的非药物治疗方法已经在治疗失眠障碍中广为接受。CBT-I也开始应用于抑郁障碍共病失眠障碍,并且获得一些证据的支持,但是尚需要增强CBT-I治疗抑郁障碍共病失眠障碍患者的依从性,从而提高疗效。

【关键词】 失眠; 抑郁障碍; 共病; 认知行为治疗; 综述文献

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.02.008

Progress on application of cognitive behavioral therapy for insomnia in patients combined with depressive disorder HU Jun-wu, ZHANG Bin. Zhongshan Third People's Hospital, Zhongshan 528451, China

【Key words】 Insomnia; Depressive disorder; Comorbidity; Cognitive behavior therapy; Reviews

1 背景

失眠障碍是以频繁而持续的入睡困难或睡眠维持困难并导致睡眠满意度不足为特征的睡眠障碍。这些睡眠问题往往困扰患者或者伴随着家庭、社会、职业、学业或其他重要功能的损害^[1]。失眠作为一种最常见的睡眠问题,呈现了慢性化病程,流行病学研究显示严重失眠的持续时间中位数是4年,而且44%的严重失眠持续10年以上。这些特点决定了失眠对个体和社会构成了严重的负担^[2]。

大多数抑郁障碍患者有某种形式的睡眠障碍,可以表现为入睡困难、睡眠不深、易醒,典型表现为早醒^[3]。由于失眠症状影响日间负性情绪、易激惹、低动力、注意力不集中等抑郁症状,所以,伴有失眠的抑郁障碍患者比不伴失眠的抑郁障碍患者的病情更严重^[4]。失眠也是抑郁障碍患者在接受治疗之后常见的残留症状,50%以上的患者在完成抗抑郁治疗之后报告仍然残留失眠症状^[5]。

过去,抑郁障碍一直被认为是出现失眠症状的原因。但是,越来越多的流行病学研究表明失眠症状本身可能也是抑郁障碍的一个危险因素^[6]。一些研究探索了失眠和抑郁这两种状态的关系,发现

抑郁症状也可能是失眠症状的结果。失眠症状常常在抑郁障碍出现之前就发生了^[7],而且能够预测抑郁障碍的复发^[8]。由于失眠症状有时在首次抑郁发作数年之前就已经存在,所以共病失眠障碍的概念可能在某些情况下比继发失眠更为合适^[9-10]。美国睡眠研究会(American Academy of Sleep Medicine, AASM)发布的临床指南也鼓励从业者在共存疾病无法解释的情况下,可以把失眠作为抑郁障碍的共病障碍,而不是继发症状^[11]。共病诊断的原则有以下两条:失眠症状与共存障碍之间的起病和病情演变均相互独立,或某种治疗对共存障碍疗效显著时,失眠症状依然持续存在。因此,失眠既可以是抑郁障碍的前驱期症状,也可以是临床表现,还可以是残留症状,甚至达到了共病的标准。

目前的观点认为抑郁障碍和失眠障碍两者存在双向互动的关系^[12-13],两者共病现象非常常见^[14]。研究显示大约有80%的抑郁障碍患者经历过不同形式的失眠症状,高达12%的抑郁障碍患者的失眠症状严重到可以诊断共病失眠障碍^[15]。共病的概念与现有研究资料也是一致的,抑郁障碍共病失眠障碍是单纯失眠障碍与单纯抑郁障碍的一种中间形态^[16]。目前,失眠障碍和抑郁障碍已经被认为是两个具有不同临床过程和特征的独立诊断,两者具有一些共同的心理生理特征,例如:过度觉醒^[17]。

抑郁障碍共病失眠障碍的患者处于一个更严重的临床状态。与单纯失眠障碍的患者相比,共病患者有更多的入睡心理唤醒、睡眠负性信念与态度、睡眠努力以及更差的睡眠卫生^[18-19]。失眠的认知

基金项目: 广东省自然科学基金(2014A030313754); 广东省科技厅社会发展领域科技计划项目(2014A020212563); 广州市科技计划项目(201510010215); 中山市科技计划项目(2015B1145)

作者单位: 528451 中山市第三人民医院(胡俊武); 南方医科大学南方医院(张斌)

通讯作者: 张斌 Email: zhang73bin@hotmail.com

行为治疗(Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, CBT-I)是失眠障碍的非药物治疗方法中最常用的手段,能通过针对失眠的病因,纠正患者的不良睡眠习惯,显著提高患者的睡眠质量、减少依赖药物治疗者的服药剂量、改善抑郁症状等,对慢性失眠的治疗具有长远的疗效^[20-21]。CBT-I主要包括3个重要部分:刺激控制、睡眠限制和认知重建,除此之外,它还包括:睡眠教育、放松训练、睡眠卫生。

2 失眠与抑郁关系的心理生理机制

失眠与抑郁的关系的心理生理机制仍不明确。神经生物学机制认为觉醒状态可表现为躯体、认知以及皮层的活动增强。其中,皮层觉醒表现为睡眠脑电图脑电波频率的增快^[22]。神经生物学和睡眠脑电图研究表明,过度觉醒可能是一个中介因素,可以解释这两种状态的密切联系。

其他可能的机制还包括改变情绪。Koffel等^[23]研究者评价了失眠的夜间症状和日间症状与抑郁症状之间的关系。夜间症状包括睡眠质量低、入睡潜伏期长、觉醒时间长;日间症状包括疲乏和嗜睡。研究对象包括3组不同的人群:349名大学生,213位老年人以及266例精神科门诊患者。研究发现失眠的日间症状和夜间症状都与抑郁症状显著相关。除此之外,在这3组人群中,日间症状与负性情绪相关性更高,与正性情绪相关性更低。基于这些结果,增多的负性情绪和减少的正性情绪可以解释调控失眠与抑郁关系的心理生理机制^[24]。也就是说,失眠症状可能通过改变情绪反应而导致抑郁症状。因此,可以推测,失眠是一种与过度觉醒密切相关的状态,如果它持续存在,情绪系统也跟着受损,导致发展成抑郁状态的风险增加。那么,对于普遍存在的抑郁障碍共病失眠障碍的现象,CBT-I是否也会有所帮助呢?

3 CBT-I应用于抑郁障碍共病失眠障碍的研究

CBT-I对抑郁障碍共病失眠障碍的患者有帮助,即使没有针对性的抗抑郁治疗,也可以改善抑郁症状。由于失眠症状是抑郁症状复发的预测因子,研究者提出CBT-I可能在抗抑郁的辅助治疗方面具有重要的作用。Manber等^[25]的研究显示,30例接受艾司酞普兰治疗的抑郁障碍共病失眠障碍的患者,随机分为两组,一组接受团体CBT-I,另一组只接受药物治疗。对其抑郁症状进行12周的跟踪,联合治疗组的抑郁症状缓解率(61.5%比33.3%)和失眠症状减分率(50%比7.7%)均显著高于单一药物治疗组。还有一些研究报道,接受CBT-I的失眠障碍患者贝克抑郁量表(BDI)评分也显著下降^[26-27]。这表明仅仅应用针对失眠症状的治疗就能改善抑郁症状。这些发现与另一项随机对照试验研究相一致。这个研究的对象是难治性抑郁障碍和失眠障碍患者,一组使用的是简短行为治疗(省去了CBT-I中的认知重建)和常规抗抑郁药物治疗,另一组仅使用常规抗抑

郁药物治疗。与常规治疗组相比,接受失眠简短行为治疗的患者的睡眠质量和抑郁症状都有显著改善^[28]。8周之后,50%接受失眠简短行为治疗患者的抑郁症状得到缓解,而常规治疗组的患者只有5.9%达到了同等的疗效。总而言之,这些研究支持抗抑郁药联合CBT-I能够同时改善抑郁症状和失眠症状的观点。

一些研究显示CBT-I对单纯失眠障碍和共病抑郁障碍的失眠障碍同样有效^[29-31]。Hamoen等^[29]的研究显示,不论失眠障碍患者的抑郁程度的轻重,CBT-I均能改善患者的主观睡眠感。Jaap等^[30]通过互联网招募了479例患者,根据抑郁得分水平分为低、中、高3组,给予自助式CBT-I。该研究显示,不论患者的抑郁基线如何,CBT-I均能有效改善失眠和抑郁。Manber等^[31]对301例失眠障碍患者进行7次团体CBT-I,发现抑郁程度不同的失眠障碍患者的睡眠日记指数、失眠严重程度、幸福感的差异无统计学意义,这表明应用CBT-I治疗抑郁症状并无不妥。CBT-I治疗前后,抑郁程度较重的组别的抑郁症状和自杀意念都显著降低,抑郁严重程度至少下降了一个标准差,这表明这种变化是具有显著临床意义的,但值得注意的是,只有完成治疗的患者包括在研究分析中。已有研究显示,抑郁症状可能可以预测团体CBT-I的脱落。应用ROC曲线分析,Ong等^[32]发现总睡眠时间超过3.65 h的患者中,高抑郁分数患者(BDI \geq 16分)的22%出现在早期脱落,低抑郁分数患者(BDI < 16分)只有4.3%在早期脱落。不管是否存在抑郁症状,总睡眠时间太低(< 3.65 h)对于CBT-I的早期脱落也是一个重要的风险。

通常,与抑郁程度较轻的患者相比,抑郁程度较重的患者接受CBT-I的困难更多,比如:坚持在固定的起床时间、限制在床时间以及改变对睡眠的期待^[29]。行为干预对动力不足的抑郁障碍患者可能更具挑战性。此外,抑郁障碍患者可能会花费过多的时间在床上保持清醒,试图回避日常需求、活动或人际交往,还可能不愿意早起。研究显示抑郁障碍患者会偏向对负面刺激的注意,这可能更容易引起他们对次日睡眠不足的关注。治疗师发现对抑郁障碍患者进行认知重建可能更加重要,因为自动化的认知歪曲不限于睡眠,在白天也可能经常发生。鉴于这些因素,将CBT-I应用于抑郁障碍患者的从业人员应该注意与抑郁相关因素,它们可能会影响治疗的依从性。例如:他们可能鼓励抑郁障碍患者计划早起积极活动,因为这会增加起床的动力^[31]。他们可能还使用行为激活的方法,鼓励抑郁障碍患者在白天感觉糟糕的时候不要躺回到床上,而是去参加一些可以带来愉悦感和控制感的活动。最后,CBT-I从业人员建议治疗抑郁障碍患者的时候,需要将针对失眠症状的认知歪曲的认知干预扩充到影响治疗依从性的认知歪曲上来。

4 小结

临床上,抑郁障碍共病失眠障碍的情况相当普遍,应该引起临床医生的高度关注。关注抑郁障碍的失眠症状,联合应用CBT-I和抗抑郁药物治疗,可以帮助患者更好的痊愈,才能使得患者进一步恢复社会功能、提高生活质量。CBT-I是一个经过良好测试且基于证据的非药物治疗失眠的方法。它既能改善失眠症状,还能显著改善抑郁症状或者增强抗抑郁治疗的效果。无论失眠障碍是否共病抑郁障碍,都有疗效。然而,抑郁障碍患者可能在坚持或完成治疗过程方面有一些困难,所以建议CBT-I治疗者应该扩充一些其他针对抑郁的认知行为技术来解决由动力不足、回避和负性自动化思维造成的依从性的问题。

参 考 文 献

- [1] 张斌.中国失眠障碍诊断和治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2016:8.
- [2] Janson C, Lindberg E, Gislason T, et al. Insomnia in men—a 10-year prospective population based study[J]. *Sleep*, 2001, 24(4):425–430.
- [3] 李凌江,马辛.中国抑郁障碍防治指南(第二版)[M].北京:中华医学电子音像出版社,2016:23.
- [4] Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, et al. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety[J]. *Sleep*, 2005, 28(11): 1 457–1 464.
- [5] Carney CE, Segal ZV, Edinger JD, et al. A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder[J]. *J Clin Psychiatry*, 2007, 68(2):254–260.
- [6] Baglioni C, Battagliese G, Feige B, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies[J]. *J Affect Disord*, 2011, 135(1/3):10–19.
- [7] Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders[J]. *J Psychiatr Res*, 2003, 37(1):9–15.
- [8] Iwaki S, Satoh K, Matsumoto Y, et al. Treatment-resistant residual insomnia in patients with recurrent major depressive episodes[J]. *Sleep Biol Rhythms*, 2012, 10(3):202–211.
- [9] McCrae CS, Lichstein KL. Secondary insomnia: diagnostic challenges and intervention opportunities[J]. *Sleep Med Rev*, 2001, 5(1):47–61.
- [10] Lichstein KL. Secondary insomnia: a myth dismissed[J]. *Sleep Med Rev*, 2006, 10(1):3–5.
- [11] Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults[J]. *J Clin Sleep Med*, 2008, 4(5):487–504.
- [12] Sivertsen B, Salo P, Mykletun A, et al. The bidirectional association between depression and insomnia: the HUNT study[J]. *Psychosom Med*, 2012, 74(7):758–765.
- [13] Herrick DD, Sateia MJ. Insomnia and Depression: A Reciprocal Relationship[J]. *Psychiatr Ann*, 2016, 46(3):164–172.
- [14] Tsuno N, Besset A, Ritchie K. Sleep and depression[J]. *J Clin Psychiatry*, 2005, 66(10):1 254–1 269.
- [15] Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn[J]. *Sleep Med Rev*, 2002, 6(2):97–111.
- [16] Buysse DJ, Angst J, Gamma A, et al. Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults[J]. *Sleep*, 2008, 31(4):473–480.
- [17] Staner L. Comorbidity of insomnia and depression[J]. *Sleep Med Rev*, 2010, 14(1):35–46.
- [18] Kohn L, Espie CA. Sensitivity and specificity of measures of the insomnia experience: a comparative study of psychophysiological insomnia, insomnia associated with mental disorder and good sleepers[J]. *Sleep*, 2005, 28(1):104–112.
- [19] Carney CE, Edinger JD, Manber R, et al. Beliefs about sleep in disorders characterized by sleep and mood disturbance[J]. *J Psychosom Res*, 2007, 62(2):179–188.
- [20] Morin CM, Vallières A, Guay B, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial[J]. *JAMA*, 2009, 301(19):2 005–2 015.
- [21] Morin CM, Beaulieu-Bonneau S, Bélanger L, et al. Cognitive-behavior therapy singly and combined with medication for persistent insomnia: Impact on psychological and daytime functioning[J]. *Behav Res Ther*, 2016, 87:109–116.
- [22] Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, et al. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence[J]. *Sleep Med Rev*, 2010, 14(1):19–31.
- [23] Baglioni C, Spiegelhalder K, Lombardo C, et al. Sleep and emotions: a focus on insomnia[J]. *Sleep Med Rev*, 2010, 14(4):227–238.
- [24] Baglioni C, Lombardo C, Bux E, et al. Psychophysiological reactivity to sleep-related emotional stimuli in primary insomnia[J]. *Behav Res Ther*, 2010, 48(6):467–475.
- [25] Manber R, Edinger JD, Gress JL, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia[J]. *Sleep*, 2008, 31(4):489–495.
- [26] Maroti D, Folkesson P, Jansson-Fröjmark M, et al. Does Treating Insomnia With Cognitive-Behavioural Therapy Influence Comorbid Anxiety and Depression? An Exploratory Multiple Baseline Design With Four Patients[J]. *Behaviour Change*, 2011, 28(4):195–205.
- [27] Ashworth DK, Sletten TL, Junge M, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for insomnia: An effective treatment for comorbid insomnia and depression[J]. *J Couns Psychol*, 2015, 62(2):115–123.
- [28] Watanabe N, Furukawa TA, Shimodera S, et al. Brief behavioral therapy for refractory insomnia in residual depression: an assessor-blind, randomized controlled trial[J]. *J Clin Psychiatry*, 2011, 72(12):1 651–1 658.
- [29] Hamoen AB, Redlich EM, de Weerd AW. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: influence of slight-to-moderate depressive symptom severity and worrying[J]. *Depress Anxiety*, 2014, 31(8):662–668.
- [30] Lancee J, van den Bout J, van Straten A, et al. Baseline depression levels do not affect efficacy of cognitive-behavioral self-help treatment for insomnia[J]. *Depress Anxiety*, 2013, 30(2):149–156.
- [31] Manber R, Bernert RA, Suh S, et al. CBT for insomnia in patients with high and low depressive symptom severity: adherence and clinical outcomes[J]. *J Clin Sleep Med*, 2011, 7(6):645–652.
- [32] Ong JC, Kuo TF, Manber R. Who is at risk for dropout from group cognitive-behavior therapy for insomnia?[J]. *J Psychosom Res*, 2008, 64(4):419–425.

(收稿日期:2016-10-10)