

DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2013.09.010

·综述·

## 认知行为疗法临床应用研究进展

汪军<sup>1</sup>, 崔晓<sup>1</sup>, 周翠侠<sup>1</sup>, 吴毅<sup>2</sup>, 孙克兴<sup>3</sup>

**[摘要]** 认知行为疗法临床研究领域主要涉及精神心理疾病,同时也涉及诸多躯体疾患,以及儿童行为障碍及患者照料者及家庭成员相关干预研究。

**[关键词]** 认知行为疗法;临床应用;综述

**Application of Cognitive Behavior Therapy (review)** WANG Jun, CUI Xiao, ZHOU Cui-xia, et al. Department of Rehabilitation, Shanghai Changning District Tianshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200051, China

**Abstract:** Cognitive behavioral therapy (CBT) has been widely used in many clinical fields, especially the mental illness, as well as the somatic diseases, behavior disorders in children, and intervention for the caregivers and family members of patients with various diseases.

**Key words:** cognitive behavior therapy; clinical application; review

**[中图分类号]** R749.05 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-9771(2013)09-0834-05

**[本文著录格式]** 汪军,崔晓,周翠侠,等.认知行为疗法临床应用研究进展[J].中国康复理论与实践,2013,19(9):834-838.

认知行为疗法(cognitive behavior therapy, CBT)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心理治疗方法<sup>[1]</sup>。该疗法的基础理论认为,人的思维对其情感和行为具有决定性作用;针对患者错误、歪曲或紊乱的认知问题,通过改变患者对己、对人、对事的看法与态度,可以改善他所呈现的心理问题。CBT治疗的目的在于修正消极的自动式思维和潜在意识或信念的紊乱,从而改变患者对特定相关问题的行为模式<sup>[2]</sup>。在心理治疗研究领域, CBT应用最为广泛<sup>[3]</sup>。CBT不仅是心理疗法中最普遍的研究形式,也是心理疗法中应用最为广泛的治疗方式,同时还是基于心理疗法研究证据应用最为广泛的治疗技术<sup>[4]</sup>。国外众多临床研究已经证实, CBT对健康问题具有积极作用。CBT研究领域较为广泛,涉及心理健康,包括抑郁、焦虑、精神分裂症等;躯体健康,包括慢性疼痛、癌症及帕金森病相关问题的研究等;儿童领域,包括孤独症、行为障碍等其他方面。

### 1 精神疾病

#### 1.1 抑郁症

**1.1.1 原发性抑郁症** 抑郁症是一种心境障碍,表现为患者对事物有不准确、消极的偏见看法。CBT治疗的目的在于减轻患者认知修正过程的痛苦,重新调整对现实的想法,帮助抑郁症患者重新构建认知结构、评价自己、改变认知、纠正不良的情绪或行为,增强自信心。国外众多文献证实, CBT治疗抑郁症非常有效<sup>[5-6]</sup>。

Costal等采用小组式 CBT(G-CBT)治疗抑郁症,整个治疗

计划被分为2个阶段:第一阶段主要对患者及家属进行抑郁症症状及用药情况心理宣教;第二阶段主要是患者学习 CBT技巧,包括具体行为和认知技巧的介入。随访6个月观察, G-CBT有效缓解抑郁症症状,明显提高患者的生活质量<sup>[7]</sup>。Beutel等认为,短程 CBT治疗慢性抑郁症有很高的复发率,疗效难以维持,而长期 CBT对抑郁症有较好的疗效。他采用五阶段治疗法:第一阶段收集信息、分析问题、建立目标,心理宣教,解释治疗理由及干预步骤;第二阶段采用主动行为导向干预措施,增加愉快的活动,平衡消极性和兴奋性活动;实际情况分析,构筑每周中每天相应策略;第三阶段,认知干预,自我思想控制、专注于自动思想的转换、干预固定的思维模式;第四阶段,技巧学习,包括社会技巧、解决问题技巧、交流技巧、角色扮演、自我压力管理等;第五阶段,现有心境的保持,为应激事件做好心理准备,预防复发;把学到的技能应用到日常生活中去。所有患者接受长达1年的 CBT治疗,基本治疗60次,根据患者个体需要可增加到80次。随访3年,患者抑郁症状明显改善,疗效持久稳定,有效控制了抑郁症的复发<sup>[8]</sup>。Keller等认为,慢性抑郁症治疗难度较大,无论是单一的药物疗法还是心理治疗,疗效都不确切。他将681例门诊患者随机分为3组,分别采用12周药物治疗、16~20次 CBT,或两种方法联合,长期观察显示,单一药物治疗有效率55%,单一 CBT有效率52%,两种方案联合治疗有效率85%,所以建议对于慢性抑郁症患者需采用联合治疗方案<sup>[9]</sup>。

基金项目:1.国家中医药管理局“十二五”重点专科建设项目;2.上海市长宁区卫生局科研基金(No.20114ZY04001)。

作者单位:1.上海市长宁区天山中医医院康复科,上海市200051;2.上海复旦大学附属华山医院康复医学科,上海市200040;3.上海中医药大学康复医学院,上海市201203。作者简介:汪军(1981-),男,汉族,陕西山阳县人,硕士研究生,主治医师,主要研究方向:脑卒中中西医结合康复临床。通讯作者:崔晓,女,主任医师。

### 1.1.2 继发性抑郁症

**1.1.2.1 卒中后抑郁症** Lincoln 等采用小样本随机对照试验, 将卒中后抑郁症患者分为 CBT 治疗组、空白对照、常规治疗组; CBT 治疗方案主要包括: 脑卒中及卒中后抑郁症相关知识宣教; 相关等级任务安排; 日常活动计划; 识别和修正无助的想法和信念; 根据患者的不同需求调整干预措施。共完成 10 次 CBT 治疗, 分别在治疗后 3 个月、6 个月进行抑郁症状、生活满意度、日常生活活动能力及残疾情况测评, 三组间无显著性差异<sup>[10]</sup>。

**1.1.2.2 脑外伤后抑郁** Khan-Bourne 等认为脑损伤后的抑郁会影响患者的康复效果, CBT 可打破脑损伤患者抑郁症状的恶性循环, 帮助患者关注现在, 而不是过去。他应用 CBT 认知重建和行为学习方案干预脑损伤后抑郁患者, 长期临床观察疗效肯定, 患者肢体功能改善<sup>[11]</sup>。

**1.1.2.3 帕金森病并发抑郁** Dobkin 等针对帕金森病患者抑郁的特点, 应用改良的 CBT 为帕金森病并发抑郁患者提供每周 1 次 CBT 干预, 共治疗 10 周, CBT 干预明显降低帕金森患者抑郁症状; 患者的焦虑、生活质量及帕金森病症状都得到明显的改善<sup>[12]</sup>。

### 1.2 精神分裂症

CBT 治疗精神分裂症可以追溯到 1952 年<sup>[13]</sup>。近几年, CBT 被广泛应用于治疗情绪障碍及焦虑症, 特别是那些有严重精神分裂症症状, 并且拒绝接受药物治疗的患者。在美国、英国, CBT 是精神分裂症首选的基本治疗方案<sup>[14-15]</sup>。

一些精神分裂症阴性症状为主的患者, 存在明显社会功能障碍, 担忧并拒绝服用药物。这部分患者更愿意接受 CBT 治疗, 通过 CBT 治疗可以明显改善患者与其家庭、朋友、同事的关系<sup>[16]</sup>。Milev 等认为, 对于精神分裂症患者, CBT 不但可以明显改善症状, 也可以改善其社会功能障碍, 同时提高其他治疗、服务(药物治疗、职业支持等)的有效性; 建议尽早使用 CBT 治疗一些急性期的住院患者。他的研究发现, 对于有阳性症状的精神分裂症患者, 在起初治疗的 12 周, 症状改善最快; 随访 9 个月, 阳性症状的复发率仍然很少<sup>[17]</sup>。Buchanan 认为, 精神分裂症患者在接受药物治疗的过程中, 仍存在明显社会功能障碍, 如动机、快感缺乏, 情感表达迟钝等, 这类人群更需要接受 CBT 治疗, 以改善他们的社会参与性<sup>[18]</sup>。精神分裂症引起的焦虑、抑郁、恐惧等同样需要 CBT 及早干预<sup>[19]</sup>。Frueh 等报道, 由于创伤引起的精神分裂症患者往往拒绝 CBT 治疗<sup>[20]</sup>。Wykes 等<sup>[15]</sup>、Pilling 等<sup>[21-23]</sup>认为, CBT 基于循证医学证据, 被广泛用于精神病症状的治疗, 例如妄想、幻觉等, CBT 治疗不但可以改善阴性症状、阳性症状, 也可以提高患者社会功能。但仍缺乏通过 CBT 治疗及疗效测评来预测精神疾病的预后及满足患者个人的需求<sup>[24]</sup>。

Bechdolf 等<sup>[25]</sup>对有罹患精神病高度危险的人群分别采用抗精神病药物干预、CBT 治疗及空白对照, CBT 参照 Bechdolf<sup>[26]</sup>制定的方案, 采用前 4 个月每周 1 次, 接下来 6 个月每周 2 次, 最后 2 个月每周 1 次 CBT 治疗, 共观察 12 个月, 发现 CBT 治疗

对于预防精神病高危人群与抗精神病药物同样有效, 同时 CBT 对于高危人群及其家庭更容易接受。

然而 Tai 等<sup>[27]</sup>和 Drury 等<sup>[28]</sup>研究发现, 当患者认为自己没有精神问题及妄想症状, 或者其有极端消极情绪时, CBT 治疗无效。也有研究认为, CBT 治疗对精神分裂症治疗无效, 甚至有害<sup>[29-30]</sup>。可能优先的考虑是抗精神类药物<sup>[31]</sup>。

### 1.3 焦虑症

Stanley 等对广泛性焦虑障碍患者采用 CBT 治疗, 并与常规治疗方法进行比较。CBT 方案包括: 焦虑症相关知识、思维宣教; 动机性访谈; 放松训练; 认知干预; 发现问题及解决问题技巧训练; 睡眠行为管理等。CBT 治疗周期为 3 个月, 共接受 10 次治疗; 治疗结束后分别在第 4、7、10、13 个月进行电话沟通心理支持, 并分别在治疗后第 6、12、15 个月进行随访, 分别对担忧、焦虑、抑郁症状程度及生活质量进行测评, 并与常规治疗进行比较, 结果发现, CBT 疗效优于常规治疗方案<sup>[32]</sup>。Robinson 等的研究证明, CBT 对老年痴呆产生的焦虑症有效, 增加了患者与家庭交流能力, 也提升了患者实践或体验新技能的机会<sup>[33]</sup>。

### 1.4 强迫性神经症

Andersson 采用基于网络的 CBT(Internet-based cognitive behavior therapy, ICBT)治疗强迫症, 对强迫症患者采用心理教育、认知重建、暴露与反应预防等技巧训练, 共 15 周, 发现强迫症患者的临床症状减少, 强迫症患者的总体功能提高<sup>[34]</sup>。同时也建议需要随机对照的临床试验进一步验证 ICBT 模式的有效性。

### 2 儿童疾病

#### 2.1 孤独症

Pardini 等认为, 大脑白质异常是孤独症发病的病理生理学关键性因素, 孤独症与大脑钩束完整性密切相关。他采用长期、长时间、小组式 CBT 联合扩大交流策略治疗孤独症儿童, 平均每周进行 40 h 干预, 分为 3 个场所完成: 康复中心每周 2 次, 每次 2 h, 主要进行训练并实践与同伴相处的社会技巧, 在治疗过程中注重训练与同伴的交流和自我情感控制, 尽可能应用缓解焦虑的技巧; 学校平均每周 25 h, 重点在于与同伴的小组活动, 读写能力, 认知、情感和社会能力的提高, 发展交流技巧; 在家中每天 1~2 h, 主要发展家庭作业、交流及自我控制能力, 以及社区适应及社区活动参与。数字减影检测表明, 长期、长时间、小组式 CBT 联合扩大交流策略治疗可以使孤独症儿童大脑白质结构发生改变, 从而在孤独症儿童的长期康复中充当非常重要的角色<sup>[35]</sup>。

#### 2.2 儿童反复行为障碍

Flessner 综述了 CBT 治疗儿童反复行为障碍: 妥瑞氏综合征、慢性抽动症、拔毛癖等常见的行为障碍。对于反复行为障碍患者的 CBT 治疗主要进行行为逆转训练: 意识训练、基于功能的干预措施、自我监督、习惯逆转训练、厌恶感、集中练习、放松训练、社会支持、相关刺激的控制等技巧。他认为, CBT 治疗这种疾病具有巨大的潜能和应用前景<sup>[36]</sup>。Connor

的临床研究也证明 CBT 对改善反复行为障碍的有效性<sup>[37]</sup>。

### 3 躯体疾病

#### 3.1 恶性肿瘤

Goedendorp 等采用随机对照临床试验观察 CBT、基础护理不同于干预措施对恶性肿瘤患者活动后疲劳感的影响<sup>[38]</sup>。CBT 治疗包括认知和信念的重构、宣教和行为指令、情感支持、注重患者躯体活动、疲劳的相关认识、睡眠周期管理、癌症治疗效果、与他人联系与焦虑、将来的打算与计划<sup>[39]</sup>。CBT 在 6 个月内进行 10 次, 每次 1 h, 重点在于躯体活动和社会心理支持, 结果显示, CBT 可以有效降低恶性肿瘤患者疲劳感。然而, Campbell 等在对大量 CBT 干预晚期癌症的系统综述中总结, CBT 对于晚期癌症患者在提高生活质量、心理社会功能、情绪障碍等诸多方面, 干预的有效性有限, 确切的疗效需要设计合理的临床研究进一步验证<sup>[40]</sup>。但也强调, 虽然 CBT 干预疗效有限, 但癌症患者从诊断开始, 整个生存期都需要 CBT 介入, 从而为其他治疗提供积极的心理支持。

#### 3.2 肠易激综合征

Lackner 等<sup>[41-42]</sup>和 Ford<sup>[43]</sup>采用 CBT 治疗肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS), CBT 治疗方案包括: 提供压力与 IBS 相关性信息的认知教育; 学会自我检测 IBS 发作的诱因及结果; 学会应对 IBS 压力源的策略; 学会放松技巧, 降低肠道的生理性激发; 提高应对及战胜 IBS 症状的意识; 修正对 IBS, 对自身生理、情感反应的错误评价, 并进行认知重建。每周 1 次, 共 10 周。结果 CBT 治疗 4 周时, 患者不适症状有明显改善, 治疗的即刻效应及 3 个月随访, 症状改善率 90%~95%。Andersson 应用随机对照临床试验观察 1 年, 发现 CBT 可以明显降低 IBS 的治疗成本, 原因在于 CBT 的介入改善了患者由于 IBS 对工作的影响, 同时也具有改善症状的作用<sup>[44]</sup>, 值得临床推广。

### 4 其他

#### 4.1 戒烟

Kapson 等采用 8 次小组 CBT 治疗, 发现 CBT 治疗明显提高戒烟者在戒烟过程中的补偿应对技巧<sup>[45]</sup>。CBT 治疗对于戒烟有效及可接受。

#### 4.2 饮食障碍

Wilson 等<sup>[46]</sup>和 Lowe 等<sup>[47]</sup>发现, CBT 可有效改善饮食障碍, 尤其对神经性贪食和神经性食欲缺乏有明显的疗效。

#### 4.3 无法解释的躯体症状

对于临床上无法解释的躯体不适症状, Escobar 等采用 CBT 进行干预, 总共治疗 10 次, 通常在 10~20 周内完成, 6 个月随访发现, CBT 在治疗期间内能有效缓解医学上无法解释的躯体不适症状, 并为管理这些躯体不适症状提供了一种切实有效的选择<sup>[48]</sup>。

#### 4.4 创伤后应激

Schnurr 等观察 CBT 对女性退伍军人外伤后应激障碍的疗效<sup>[49]</sup>。CBT 干预方案主要包括: 创伤反应的一般教育; 呼吸训练; 创伤记忆再现; 家庭作业(聆听治疗过程中的叙述记录,

避免引起患者恐惧反应); 讨论对 CBT 治疗的认识和想法。前两次 CBT 治疗主要进行创伤后应激障碍的教育, 接下来治疗帮助患者面对创伤事件的记忆, 患者要学会认识事件本身的情况与自我记忆的区别, 并且要学会安全经历记忆的再现, 随着时间的推移, 应激障碍会减弱。CBT 干预共 10 次, 并随访 6 个月。结果证实, CBT 可以改善女性退伍军人和现役军事人员创伤后应激障碍, 可以长期应用于临床治疗中。Duangchun 等观察 CBT 治疗恐怖袭击后引起的创伤性应激障碍, 结果表明 CBT 治疗可以改善临床症状, 包括创伤后应激障碍、抑郁、严重悲伤等; CBT 在改善创伤后严重悲伤(忧伤、不幸)方面及在功能障碍恢复方面都优于常规治疗<sup>[50]</sup>。

#### 4.5 慢性疲劳综合征

众多研究证明 CBT 治疗慢性疲劳综合征有效<sup>[51-52]</sup>。Scheeres 等采用的 CBT 干预方案首先是向患者解释长期存在疲劳的心理及行为因素; 接着向患者规划治疗目标, 制定循序渐进的日常活动计划, 提高自我调节和控制疲劳感觉, 并促进行为改变; 最后自我制定职能康复计划并付诸实践。治疗周期为 8 个月, 总共接受 16 次治疗, 结果显示 CBT 在经济卫生学方面有利<sup>[53]</sup>, 值得推广应用。

#### 4.6 顽固性失眠

Morin 等应用 CBT 与药物治疗顽固性失眠, CBT 组和 CBT 结合药物治疗组集中治疗 6 周(急性期), 后维持治疗 6 个月。在开始(急性期)的 1 个月内, CBT 组可同时间断使用药物或不使用。CBT 治疗方案主要通过认知和行为治疗帮助患者建立一个“睡眠窗”, 并根据 CBT 治疗情况每周进行调整。开始时共接受 6 次 CBT 治疗, 每周 1 次; 维持治疗期间每月 1 次。结果发现 CBT 及 CBT 结合药物治疗均可以改善入睡困难, 延长睡眠时间, 提高睡眠质量。长期随访观察, CBT 维持疗效优于治疗疗效(急性期)<sup>[54]</sup>。Ong 等观察到, 顽固性失眠患者在接受 4 次 CBT 治疗之前退出者, 总的睡眠时间明显减少; 同时, 提前结束相应疗程的 CBT 治疗增加了短睡眠周期, 提高了抑郁症状的风险<sup>[55-56]</sup>。

#### 4.7 自杀

Stanley 等将 CBT 治疗、预防自杀分为急性期及慢性期维持治疗, 急性期 12 周 CBT 治疗每周进行 1 次, 包括一系列自杀事件的分析; 建立和发展安全计划; 建立相应的技巧; 心理教育; 家庭宣教干预; 预防复发。结果证明了 CBT 治疗、预防自杀的可行性和可接受性, 特别是降低了青少年抑郁症的自杀风险<sup>[57]</sup>。

#### 4.8 帕金森病患者照料者的干预

由于大多数帕金森病患者长期生活在家中, 由家庭成员照料; 长期照料患者是照料者压力的来源, 众多照料者经历睡眠障碍、抑郁、焦虑、孤独及其他紧张性或压力性心理症状, CBT 是一个使用最广泛的治疗方法。Secker 对帕金森病患者照料者给予 12~14 次 CBT 治疗, 3 个月后照料者的精神症状改善, 减少了照料者心理疾病的发生率<sup>[58]</sup>。



#### 4.9 脑卒中患者配偶的干预

Bergström 等对脑卒中患者配偶采用小组式 CBT 干预, 主要内容包括脑卒中患者配偶情感倾诉和社会分享; 减少社会孤独感、提高情绪稳定性; 认知重构的心理教育, 接受卒中后生活状况的改变; 提高主动解决问题的能力, 学会怎样处理日常生活中的障碍, 鼓励积极健康的行为; 意识到自己的重担, 又要学会放松技巧; 必要时接受专业人员的支持。2 个月进行 15 次干预。6 个月随访结果发现, CBT 干预短期内可以明显提高脑卒中患者配偶的生活质量, 长期干预在提高生活质量的同时, 也可改变脑卒中患者配偶的抑郁心境<sup>[59]</sup>。

#### 5 结语

纵观文献报道, CBT 临床疗效肯定。由于 CBT 有很好地可行性及较高的可接受性, 被广泛应用于各个领域。其中以精神心理疾病居多, 同时也涉及诸多躯体疾患, 以及儿童行为障碍及患者照料者及家庭成员相关干预研究。

在对临床研究文献分析发现, 首先, CBT 方案设计较为合理规范, 众多文献都采用共 10 次 CBT 干预, 平均每周 1 次, 每次持续 1 h, 10 次 CBT 干预在 2 个月内完成, 并有一定周期的疗效随访。但是目前仍缺乏不同干预周期、不同干预频率的疗效比较研究。其次, 在采用 CBT 的干预模式方面有进展, 如小组式或基于网络的 CBT, 在提高疗效的同时, 也使得 CBT 易于操作, 这可能是 CBT 临床应用发展的方向。最后, 在 CBT 疗效评定方面注重精神心理因素的测评, 虽然有躯体功能障碍的关注, 但涉及较少, 应该加强 CBT 与躯体功能障碍的相关性研究。

#### [参考文献]

- [1] Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al. Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review [J]. *Behav Med*, 2008, 31: 169-177.
- [2] Ciarrochi J, Robb H, Godsell C. Letting a little nonverbal air into the room: insights from acceptance and commitment therapy Part 1: philosophical and theoretical underpinnings [J]. *J Rational-Emotive Cognitive-Behavior Ther*, 2005, 23(2): 79-106.
- [3] Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses [J]. *Clin Psychol Rev*, 2006, 26: 17-31.
- [4] Norcross JC, Karpiak CP, Santoro SO. Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003 [J]. *J Clin Psychol*, 2006, 61: 1467-1483.
- [5] Lynch D, Laws KR, McKenna PJ, et al. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials [J]. *Psychol Med*, 2010, 40: 9-24.
- [6] Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? [J]. *Clin Psychol Rev*, 2010, 30: 710-720.
- [7] Costal RT, Cheniaux E, Versiani M. Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life [J]. *Braz J Med Biol Res*, 2012, 45: 862-868.
- [8] Beutel ME, Leuzinger-Bohleber M, Bahrke U. Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial [J]. *Bio Med Central J*, 2012, 13: 117.
- [9] 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.
- [10] Lincoln NB, Flannaghan T. Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke: a randomized controlled trial [J]. *Stroke*, 2003, 34: 111-115.
- [11] Khan-Bourne1 N, Brown RG. Cognitive behaviour therapy for the treatment of depression in individuals with brain injury [J]. *Neuropsychol Rehabil*, 2003, 13(2): 89-107.
- [12] Dobkin RD, Menza M, Allen LA, et al. Cognitive behavior therapy for depression in Parkinson's disease: a randomized controlled trial [J]. *Am J Psychiatry*, 2011, 168(10): 1066-1074.
- [13] Beck AT. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt [J]. *Psychiatry*, 1952, 15(3): 305-312.
- [14] Morrison AK. Cognitive behavior therapy for people with schizophrenia [J]. *Psychiatry*, 2009, 6(12): 32-39.
- [15] Wykes T, Steel C, Everitt B, et al. Cognitive Behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor [J]. *Schizophr Bull*, 2008, 34(3): 523-537.
- [16] Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review [J]. *Nerv Ment Dis*, 2001, 189(5): 278-287.
- [17] Milev P, Ho BC, Arndt S, et al. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first episode study with 7-year follow-up [J]. *Am J Psychiatry*, 2005, 162(3): 495-506.
- [18] Buchanan RW. Persistent negative symptoms in schizophrenia: an overview [J]. *Schizophr Bull*, 2007, 33(4): 1013-1022.
- [19] Huppert JD, Smith TE. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms [J]. *CNS Spect*, 2005, 10(9): 721-731.
- [20] Frueh BC, Cusack KJ, Grubaugh AL, et al. Clinicians' perspectives on cognitive-behavioral treatment for PTSD among persons with severe mental illness [J]. *Psychiatr Serv*, 2006, 57(7): 1027-1031.
- [21] Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia: Meta analysis of family intervention and cognitive behavior therapy [J]. *Psychol Med*, 2002, 32: 763-782.
- [22] Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies [J]. *Schizophr Res*, 2000, 43: 71-90.
- [23] Zimmerman G, Favrod J, Trieu V, et al. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis [J]. *Schizophr Res*, 2005, 77: 1-9.
- [24] Velligan DI. Cognitive behavior therapy for psychosis: Where have we been and where are we going? [J]. *Schizophr Bull*, 2009, 35(5): 857-858.
- [25] Bechdolf A, Mu H, Hartmut S. Rationale and baseline characteristics of PREVENT: a second-generation intervention trial in subjects at-risk (prodromal) of developing first-episode psychosis evaluating cognitive behavior therapy, Aripiprazole, and placebo for the prevention of psychosis [J]. *Schizophr Bull*, 2011, 37(2): 111-121.
- [26] Bechdolf A, Phillips LJ, Francey S, et al. Recent approaches to psychological interventions for people at risk of psychosis [J]. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2006, 256: 159-173.
- [27] Tai S, Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments [J]. *Schizophr*

- Bull, 2009, 35(5): 865-873.
- [28] Drury V, Birchwood M, Cochrane R, et al. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. Impact on psychotic symptoms [J]. *Br J Psychiatry*, 1996, 169: 593-601.
- [29] Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia, I: design and implementation of a controlled study [J]. *Schizophr Bull*, 1984, 10: 520-563.
- [30] Gunderson JG, Frank AF, Katz H, et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: comparative outcomes of two forms of treatment [J]. *Schizophr Bull*, 1984, 10: 564-598.
- [31] Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive behavior therapy for schizophrenia [J]. *Am J Psychiatry*, 2006, 163: 365-373.
- [32] Stanley MA, Wilson N, Novy DM. Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care: A randomized clinical trial [J]. *JAMA*, 2009, 301(14): 1460-1467.
- [33] Robinson CM, Paukert A, Cynthia A, et al. The involvement of multiple caregivers in cognitive-behavior therapy for anxiety in persons with dementia [J]. *Aging Ment Health*, 2011, 15(3): 291-298.
- [34] Andersson E, Ljótsson B, Hedman E, et al. Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: A pilot study [J]. *BMC Psychiatry*, 2011, 11: 125.
- [35] Pardini M, Elia M, Francesco G. Long-term cognitive and behavioral therapies, combined with augmentative communication, are related to uncinate fasciculus integrity in autism [J]. *J Autism Dev Disord*, 2012, 42: 585-592.
- [36] Flessner CA. Cognitive behavior therapy for childhood repetitive behavior disorders: Tic disorders and trichotillomania [J]. *Child Adolesc Psychiatr Clin*, 2011, 20(2): 319-328.
- [37] Connor KP, Brault M, Robillard S, et al. Evaluation of a cognitive behavioural program for the management of chronic tic and habit disorders [J]. *Behav Res Ther*, 2001, 39(6): 667-681.
- [38] Goedendorp MM, Marlies EW. Is increasing physical activity necessary to diminish fatigue during cancer treatment? Comparing cognitive behavior therapy and a brief nursing intervention with usual care in a multicenter randomized controlled trial [J]. *Oncologist*, 2010, 15: 1122-1132.
- [39] Gielissen MFM, Verhagen S, Witjes F, et al. Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: A randomized controlled trial [J]. *Clin Oncol*, 2006, 24: 4882-4887.
- [40] Campbell CL, Campbell LC. A systematic review of cognitive behavioral interventions in advanced cancer [J]. *Patient Education and Counseling*, 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.019>.
- [41] Lackner JM, Gudleski GD, Keefer L. Rapid response to cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2010, 8(5): 426-432.
- [42] Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS. How does cognitive behavior therapy for IBS work? A mediational analysis of a randomized clinical trial [J]. *Gastroenterology*, 2007, 133(2): 433-444.
- [43] Ford AC. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis [J]. *Gut*, 2009, 58(3): 367-378.
- [44] Andersson E, Ljótsson B, Smi F, et al. Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome: results from a randomized controlled trial [J]. *BMC Public Health*, 2011, 11: 215.
- [45] Kapson HS, Leddy MA, Haaga DAF. Specificity of effects of cognitive behavior therapy on coping, acceptance, and distress tolerance in a randomized controlled trial for smoking cessation heather [J]. *J Clin Psychol*, 2012, 68(12): 1231-1240.
- [46] Wilson GT, Grilo CM, Vitousek KM. Psychological treatments of eating disorders [J]. *Am Psychologist*, 2007, 72: 199-216.
- [47] Lowe MR, Bunnell DW, Neeren AM. Evaluating the real-world effectiveness of cognitive-behavior therapy efficacy research on eating disorders: A case study from a community-based clinical setting [J]. *Eat Disord*, 2011, 44(1): 9-18.
- [48] Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy-type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms [J]. *Ann Fam Med*, 2007, 5(4): 328-335.
- [49] Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial [J]. *JAMA*, 2007, 297: 820-830.
- [50] Duangchun O, Chantaluckwong T. A randomized controlled effectiveness trial of cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder in terrorist-affected people in Thailand [J]. *World Psychiatry*, 2011, 10: 205-209.
- [51] Whiting P, Bagnall A, Sowden AJ, et al. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome [J]. *JAMA*, 2001, 286: 1360-1366.
- [52] Afari N, Buchwald D. Chronic fatigue syndrome: a review [J]. *Am J Psychiatry*, 2003, 160: 221-236.
- [53] Scheeres K, Severens JL. Implementing cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in mental health care: a costs and outcomes analysis [J]. *BMC Health Services Res*, 2008, 8: 175.
- [54] Morin CM, Vallières A, Guay B. Cognitive-behavior therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: Acute and maintenance therapeutic effects [J]. *JAMA*, 2009, 301(19): 2005-2015.
- [55] 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.
- [56] Ong JC. Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: A treatment-development study [J]. *Behav Ther*, 2008, 39(2): 171-182.
- [57] Stanley B, Brown G, Brent D, et al. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility and acceptability [J]. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2009, 48(10): 1005-1013.
- [58] Secker DL, Brown RG. Cognitive behavioural therapy (CBT) for carers of patients with Parkinson's disease: a preliminary randomized controlled trial [J]. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005, 76: 491-497.
- [59] Bergström AL, Eriksson G, von Koch L, et al. Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: associations with caregiver burden and the impact of stroke [J]. *Health Qual Life Outcomes*, 2011, 9: 1.

(收稿日期:2012-09-27 修回日期:2012-10-29)