

## 综 述

## 正念认知疗法治疗失眠的研究现状

及若菲,黄国平

(四川省精神卫生中心,四川 绵阳 621000)

通信作者:黄国平, E-mail: xyhuanggp@126.com)

【关键词】 正念认知疗法;失眠;机制;研究现状

中图分类号: R749.055

文献标识码: B

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2016.02.024

尽管医学界在各领域都取得了重大突破,但失眠的患病率仍居高不下,成为个人及社会的重要经济负担。据统计,大约 6%~20% 的成人患有失眠,主要表现为持续性的入睡困难、睡眠持续困难,同时伴有觉醒功能紊乱。睡眠问题可造成严重的不良后果,如注意、记忆等能力的损害,同时也增加罹患抑郁症、心血管疾病、卒中等疾病的概率。慢性失眠患者生活质量显著下降,可伴有不同程度的焦虑抑郁情绪,甚至使原有疾病进一步恶化。目前被证实能够有效治疗睡眠障碍的途径主要有药物治疗及认知行为治疗(CBT-I)<sup>[1]</sup>,考虑到药物的副作用、耐药性等因素,现在越来越多的人倾向于非药物治疗,本文将对 CBT-I 中的正念认知疗法(Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT)改善失眠的研究进行综述。

## 1 MBCT 研究现状

正念可以被定义为非评论性地关注当下的体验总和的一种意识形态,正念修行的历史可以追溯至 2500 年前,是当时佛教徒的一种修行方式,强调活在当下,引导练习者关注每一瞬间的内心体验,不加以任何评论,以开放的态度去关注和接受周围的事物甚至痛苦体验,从而达到脱离现实牵挂、敞开心扉的目的,这使得练习者忍耐能力增强,在面对不良刺激时能够处变不惊,对刺激做出恰当的反应,减少情绪波动。因此,正念疗法不仅可以用于抑郁症的预防和治疗,在心血管疾病、糖尿病、癌症等慢性病患者中,正念练习能够增强药物作用<sup>[2]</sup>,有助于疾病的治疗及预后。

正念疗法最早由马萨诸塞州大学的卡巴金博士提出,这一概念巧妙地将东方禅学与西方心理治疗相结合,卡巴金博士在其基础上创立了正念减压治疗(MBSR)并应用于其减压门诊<sup>[3]</sup>,后由 Zindl Segal,

Mark Williams 和 John Teasdale 三位心理学博士结合认知心理学、认知行为学治疗后发展为正念认知疗法,用于抑郁症的治疗与长期预防工作<sup>[4]</sup>。目前很多欧美国家正掀起一股研究发展与临床应用正念认知疗法的浪潮,其涉及领域并不仅仅局限于心身医学。相关研究显示,MBCT 对慢性疼痛、肿瘤、糖尿病、帕金森、焦虑、抑郁、双相情感障碍、失眠、强迫症等均有积极影响<sup>[5]</sup>,英国卫生署(NICE)更是将 MBCT 列为预防抑郁症复发的最佳方案,这使得 MBCT 有更多的机会从理论走向实践,从而被更多的人了解和应用。

MBCT 通常包括一个 8 周左右的正念训练,训练内容主要为全身扫描、静坐冥想、行走冥想及三分钟呼吸空间,也可以是在日常生活活动中强化自己非评判性的当下体验,如在走路、平卧、呼吸时,将注意力高度集中在自己身体的体验上,借以达到排除杂念,缓解紧张、焦虑等情绪的目的。同时,正念训练能够树立一种新的态度,教人以开放、非评论的态度去感受当下体验,能够有机会去认识事物的本质而不是尝试去改变,故而减少厌烦的情绪和改变事物的欲望,达到降低与之相关的焦虑情绪的目的<sup>[6]</sup>。

## 2 MBCT 治疗失眠的机制

### 2.1 认知行为学假说

Harvey<sup>[7]</sup>认为失眠的人普遍过度担心他们的睡眠状况,以及失眠对次日可能造成的不良影响,这种消极的认知观念可能诱发自动觉醒及增加精神压力,从而导致睡眠相关问题的产生。事实上,前来就诊的失眠患者大部分合并不同程度的焦虑、抑郁情绪,这种因睡眠状况而产生的焦虑情绪又将加重失眠,故而进入恶性循环。MBCT 能够改变失眠相关的认知过程和行为模式,减少训练者交感神经的过度觉醒,减少焦虑、抑郁等负面情绪,因此能够达到治疗失眠的效果。

项目基金:四川省卫生厅课题(110548)

另一方面,Markus 等<sup>[8]</sup>认为失眠患者对失眠相关刺激较正常人有着更严重的认知注意偏差。认知注意偏差反映了个体遇到刺激时注意焦点反应性的无意识的改变,当患者遭遇失眠时,往往会刻意地去想该怎么做才能入睡,这种思维方式将阻碍患者进入正常睡眠,长此以往,可能演变成持续性失眠。MBCT 治疗的核心思想是对当下体验的关注,将注意力集中在呼吸、身体感觉等中性主体上,避免单纯受想法、情绪、主观经验驱动,从而减轻负面情绪的影响。

## 2.2 抗抑郁假说

Willoughby 等<sup>[9]</sup>从多导睡眠监测及脑电图等客观指标研究了 MBCT 对失眠的疗效,他们对比了 MBCT 治疗前后患者多导睡眠监测结果和脑电图,发现 MBCT 治疗增加了大脑皮层的觉醒,根据双变量关联性研究得出结论:总睡眠时间、觉醒时间和第一阶段睡眠时间与 MBCT 治疗呈正相关,与 BDI 评分呈负相关;慢波睡眠与 MBCT 治疗呈负相关,与 BDI 评分呈正相关,并且这些变量改变的程度与 MBCT 治疗时间有关。练习者情绪和主观睡眠质量改善的同时伴随客观检测到的觉醒时间和皮层活动的增加,这种矛盾的模式与接受抗抑郁治疗的患者如出一辙,过去曾有学者认为睡眠本身就是能够诱发抑郁症的潜在因素<sup>[10]</sup>,而适当的睡眠剥夺能够起到抗抑郁的作用,提示 MBCT 对睡眠的改善可能与抗抑郁剂原理相同<sup>[11-12]</sup>。

相关病例对照研究表明,经过 8 周 MBCT 治疗,练习者 ACTH、去甲肾上腺素水平和肾上腺素水平明显较对照组低,多巴胺及褪黑素水平高,可见 MBCT 对交感肾上腺髓质系统有着显著影响<sup>[13-15]</sup>。这些相关神经递质的改变与 5-HT 阻滞和再摄取抑制剂造成的改变相同,这与前面提到的研究结果一致。

## 2.3 脑功能假说

众所周知,前额叶皮层和杏仁核是管理人类情绪的重要区域,前额叶皮层掌管判断、决策等高级认知功能,使人们能够做出理性的思考,遏制自身冲动行为,以沉着冷静的态度面对外界刺激;另一方面,外界的不良事件可刺激杏仁核产生恐惧、害怕、焦虑的负面情绪。失眠发生时,杏仁核兴奋性增高,当负面情绪战胜理性思维时,患者将陷入持续的焦虑、担心中。

功能磁共振研究发现,进行正念练习能够影响前

额叶脑皮层兴奋性并降低双侧杏仁核的兴奋性<sup>[16]</sup>,掌管积极情绪的左前额叶被激活,同时抑制管理消极情绪的右前额叶及杏仁核,这种区域激活模式表明正念修行者较正常人更能调节和管理负面情绪,以积极乐观的态度面对挫折,而众多研究显示失眠患者睡眠障碍的改善与焦虑情绪的缓解有关。

## 3 MBCT 治疗失眠的研究成果

尽管近年来关于 MBCT 的研究越来越多,但主要集中在焦虑症、抑郁症、双相情感障碍及部分慢性病如癌症、慢性疼痛等,关于失眠方面的研究却较为少见。最早关于 MBCT 治疗失眠的文章是 Heidenreich 等<sup>[17]</sup>于 2006 年发表在 *Psychother Psychosom* 的 letters to the editor,作者选取了 16 名符合 DSM-IV 诊断标准的患者进行正念训练和认知治疗,正念训练包括全身扫描、静坐冥想和行走冥想,结果显示治疗后平均睡眠时间增加,平均潜伏期减少,Wilcoxon 秩和检验  $P < 0.05$ ,说明接受 MBCT 治疗后患者睡眠情况有所改善,此外,失眠者中心人格变量量表 (FEPS-II) 评定结果显示,参与者对失眠相关问题的关注度和焦虑情绪较治疗前明显减少。

Heidenreich 在其研究中采用以持续性失眠为主诉的患者,排除了伴有精神障碍和以抑郁、躁狂为主要症状的患者,然而临床上 79% 以上的失眠患者合并有不同程度的精神病性症状,如抑郁障碍、人格障碍等,故在此基础上,Keunyoung 等<sup>[18]</sup>研究了 MBCT 对合并焦虑障碍的失眠患者的疗效,19 名失眠患者在接受药物治疗 6 个月后症状未见明显缓解,经 8 周 MBCT 治疗,患者焦虑、抑郁及睡眠相关量表评分均较基线水平有显著改变,多元回归分析显示宾州忧虑量表与匹兹堡睡眠质量指数基线期评分有关,提示 MBCT 改善失眠可能与其缓解了患者失眠相关的焦虑状态有关。

Wong 等<sup>[19]</sup>则通过单盲随机对照实验评估了 MBCT 治疗失眠的效果,将 216 名符合诊断的失眠患者随机分为 MBCT 治疗组和心理教育组,以治疗前后 ISI 评分改变作为评价标准,配对  $t$  检验结果提示 MBCT 组 ISI 评分下降较心理教育组多  $[-4.26 \pm 3.87]$  分 vs.  $[-2.81 \pm 4.08]$  分  $P = 0.041$ ,可以认为 MBCT 能够有效缓解失眠症状,且其疗效优于心理教育。

碍于患者主观感受不同,采用量表评分判断疗效不可避免地会产生信息偏倚,Britton 等<sup>[20]</sup>在研究 MECT 治疗抑郁症患者的睡眠障碍时引入多导睡眠监测等客观指标。该研究采用了病例对照实验,将 23 名正在接受抗抑郁剂治疗的患者随机分为 MBCT

干预组和空白对照组,睡眠日记显示 MBCT 干预组总觉醒时间显著降低,睡眠效率增高,方差分析结果  $P < 0.05$ ;多导睡眠监测显示睡眠效率增高,而总睡眠时间增加不明显。这一结果提示了 MBCT 治疗的有效性,并且值得注意的是,MBCT 治疗更多的是增加了睡眠的连续性而非睡眠的深度和结构。

#### 4 总 结

目前,MBCT 已被越来越多的人所关注,这一古老的技术如今褪去了宗教的神秘外衣,以崭新的姿态展现在人们面前,随着科学的发展,其有效性也能通过客观检测结果得到证实,MBCT 在治疗和预防抑郁症方面的应用已趋于成熟,作为一种对多器官系统有积极作用的非药物治疗方法,MBCT 的内在潜力难以估量。对失眠患者而言,普通药物治疗缓解停药后再次出现失眠的概率很高,并可引发不同程度的焦虑、抑郁障碍,长期服用催眠、镇静类药物不仅导致其敏感性下降,也会对患者本身造成损害,尤其是老年患者。众多研究表明,MBCT 能够显著改善患者主观和客观睡眠质量及睡眠效率,同时减轻患者的焦虑抑郁症状,MBCT 操作方便,能够运用于日常生活,对于失眠患者而言不失为一种理想的选择。

然而,对于 MBCT 治疗失眠的研究目前还存在一定的局限性。研究初期患者需完成为期 8 周的训练,耗时较多,部分参与者依从性较差,甚至退出研究,且随访时间较长,院外评估困难。因此,目前已发表的文章多为小样本、非对照研究,这对结果的可靠性产生了影响。另一方面,MBCT 作为一个系统的心理治疗手段,其包含了多种不同的训练,每种训练的作用机制及临床效应也不尽相同,目前还没有就其中单种训练进行研究的报告。所以,尽管 MBCT 的疗效得到了很多权威机构的认可,但要广泛运用于临床,还需后来者取得更多循证医学方面的证据。

#### 参考文献

- [1] Allison TS, Sooyeon S, Sara N. Non-pharmacological treatment of insomnia[J]. *Neurotherapeutics* 2012 9(4): 717-727.
- [2] Ludwig D, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine[J]. *JAMA*, 2008 300(11): 1350-1352.
- [3] Paulson S, Davidson R, Jha A, et al. Becoming conscious: the science of mindfulness[J]. *Ann N Y Acad Sci*, 2013, 1303(1): 87-104.
- [4] Irving JA, Segal ZV. Mindfulness-based cognitive therapy: current status and future applications[J]. *Sante Ment Que* 2013 38(2):

- 65-82.
- [5] Crane RS, Kuyken W, Hastings RP, et al. Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: learning from the UK experience[J]. *Mindfulness (N Y)*, 2010 1(2): 74-86.
- [6] Carmody J. Evolving conceptions of mindfulness in clinical settings[J]. *J Cogn Psychother* 2009 23(3): 270-280.
- [7] Harvey AG. A cognitive model of insomnia[J]. *Behav Res Ther*, 2002 40(8): 869-893.
- [8] Markus JF, Mikael B, Andreas K. Attentional bias in insomnia: the dot-probe task with pictorial stimuli depicting daytime fatigue/Malaise[J]. *Cognit Ther Res*, 2013, 37(3): 534-546.
- [9] Willoughby BB, Patricia LH, Keith WF, et al. Polysomnographic and subjective profiles of sleep continuity before and after mindfulness-based cognitive therapy in partially remitted depression[J]. *Psychosom Med*, 2010 72(6): 539-548.
- [10] Beersma DG, van den Hoofdakker RH. Can non-REM sleep be depressogenic? [J]. *J Affect Disord*, 1992 24(2): 101-108.
- [11] Mayers AG, Baldwin DS. Antidepressants and their effect on sleep[J]. *Hum Psychopharmacol* 2005 20(8): 533-559.
- [12] Thase ME, Jindal R, Howland RH. Biological aspects of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors [M]. *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press, 2002.
- [13] Infante JR, Torres-Avisbal M, Pinel P, et al. Catecholamine levels in practitioners of the transcendental meditation technique[J]. *Physiol Behav* 2001 72(1-2): 141-146.
- [14] Esch T. The Neurobiology of meditation and mindfulness[J]. *Studies in Neuroscience Consciousness & Spirituality*, 2014, 2: 153-173.
- [15] Infante JR, Peran F, Martinez M, et al. ATCH and  $\beta$ -endorphin in transcendental meditation [J]. *Physiol Behav*, 1998, 64(31): 311-315.
- [16] Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI, et al. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling[J]. *Psychosom Med* 2007 69(6): 560-565.
- [17] Heidenreich T, Inka T, Burkhard P, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: a pilot study[J]. *Psychother Psychosom* 2006 75(3): 188-189.
- [18] Yook K, Lee SH, Ryu H, et al. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study[J]. *J Nerv Ment Dis*, 2008, 196(6): 501-503.
- [19] Wong YSS, Ling YMC, Li CKC. A randomized, controlled clinical trial: the effects of mindfulness-based cognitive therapy on chronic insomnia among Chinese patients in the community[J]. *Integr Med Res*, 2015, 4( No. 1 Suppl): 34.
- [20] Britton WB, Haynes PL, Fridel KW, et al. Mindfulness-based cognitive therapy improves polysomnographic and subjective sleep profiles in antidepressant users with sleep complaints[J]. *Psychother Psychosom*, 2012, 81(5): 296-304.

(收稿日期: 2016-03-19)

(本文编辑: 吴俊林)