

## 阶梯治疗模式在认知行为疗法中的应用进展

吴怡雯 范青

200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心

通信作者: 范青, Email: fanqing@smhc.org.cn

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2024.02.007

**【摘要】** 阶梯治疗模式(SCM)通常指从低强度的治疗开始,对于有需要的患者逐级增加治疗强度的模式。目前社会精神卫生服务需求量激增,但医疗资源利用率低、治疗缺口大,认知行为疗法(CBT)作为主流心理治疗方法有必要纳入一种更为灵活的模式以应对时代的挑战。文章回顾2010—2022年SCM在CBT治疗各类精神障碍中的应用现状与成效,包括主要疗效指标、卫生经济学指标及过程性指标,探讨SCM在CBT中应用的局限与可能的改善方案,以期CBT在中国精神卫生服务的临床实践中提供一种更为灵活的模式,从而更高效地利用现有医疗资源服务更多的精神障碍患者。

**【关键词】** 阶梯治疗模式; 认知行为疗法; 精神障碍; 综述

**基金项目:** 上海市卫生健康委员会面上科研项目(202140054)

### The application of stepped care model in cognitive behavioral therapy: a literature review

Wu Yiwen, Fan Qing

Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China

Corresponding author: Fan Qing, Email: fanqing@smhc.org.cn

**【Abstract】** Stepped care model (SCM) usually refers to a model that starts with low-intensity treatment and gradually steps up to the higher intensity of treatment for patients who do not respond adequately. At present, the demand for mental health services in society is increasing rapidly, but the utilization rate of medical resources is low and the treatment gap is large. Cognitive behavioral therapy (CBT), as the mainstream psychotherapy method, needs to incorporate a more flexible model to address the challenges of the times. The article reviewed the application status quo (including primary outcome measures, health economics indexes and process-oriented measures) of SCM in CBT from 2010 to 2022. The existing limitations and possible improvement strategies of SCM application in CBT were discussed, aiming to provide a more flexible model for the clinical practice of CBT in mental health services in China, and to more efficiently utilize existing medical resources to serve more patients with mental disorders.

**【Key words】** Stepped care model; Cognitive behavioral therapy; Mental disorders; Review

**Fund program:** Research Project of Shanghai Municipal Health Commission (202140054)

认知行为疗法(cognitive behavioral therapy, CBT)自20世纪60年代兴起,其最初主要包括认知治疗和行为治疗两大部分,而近30年来正念认知、接纳承诺和辩证行为等治疗方法掀起了第三代CBT的浪潮。CBT因结构清晰、短程高效、可操作性强等特点,被广泛研究并使用,形成了众多针对特定疾病症状的标准化治疗手册<sup>[1]</sup>,是多种心理疾病的一线治疗方法。

目前全球精神卫生问题日益突出,精神疾病患者数量逐步攀升,据WHO报道,2020年抑郁症和焦虑症等常见精神疾病的发病率增加了25%,全球精

神疾病患者增加近10亿人。截至2022年,世界上约有1/8的人患有精神障碍<sup>[2]</sup>。据2012—2014年的调查,我国18岁以上人口各种精神障碍终生患病率为16.57%,据此估算,我国约2.3亿人罹患各种精神障碍<sup>[3]</sup>。

面对巨大的精神卫生需求,我国逐年加大财政投入比例,但收效甚微。2021年我国卫生总费用占GDP的比例为6.5%<sup>[4]</sup>,据2013年数据推断,我国用于精神卫生的总花费占卫生总支出的15%以上<sup>[5]</sup>,远超2022年WHO估计的2%<sup>[2]</sup>。有调查显示在2015—2019年,我国精神科医疗服务利用在经济维度上的

公平性较差<sup>[3]</sup>。Liang等<sup>[6]</sup>在2022年发表的综述中表示,目前我国精神卫生服务的利用率较低,严重精神障碍的治疗依然存在缺口。因此, CBT作为广泛使用的心理治疗方法,有必要进一步优化,以应对当今时代在精神卫生领域内的挑战。

研究人员针对CBT治疗各类特定疾病,如焦虑症、抑郁症、强迫症等制定了特异性的治疗手册<sup>[1]</sup>,有利于治疗操作的规范化、标准化,从而有利于进一步推广;但过分依赖治疗手册可能会导致机械的、刻板的干预。此外,有观点认为在研究中有效的治疗可能难以被复制到“现实”的临床实践中,如难以对存在其他困难(如经济困难)、存在非典型性疾病症状或存在共病的来访者进行治疗<sup>[7]</sup>。在此情境下,将阶梯治疗模式(steped care model, SCM)这一更灵活的模式引入CBT中,或将有助于提高现有医疗资源利用率,改善CBT的卫生经济学指标,扩大CBT的服务覆盖面。

本文以‘step care AND CBT’ OR ‘step care AND cognitive behavioral therapy’为英文关键词在PubMed以及Web of Science两大英文数据库中进行检索,以“阶梯\*CBT”或“阶梯\*认知行为治疗”为中文关键词在中国知网中进行检索,从1 903篇英文文献、87篇中文文献中筛选出29篇直接使用阶梯式CBT对精神障碍患者进行临床干预的研究,试验类型包括随机对照试验、开放性试验及质性访谈。本文回顾2010—2022年SCM在CBT各类精神障碍中的应用现状与应用成效(主要疗效指标、卫生经济学指标、过程性指标),并提出改善意见,以期CBT在中国临床治疗中的实践提供一种更为灵活的模式,从而更高效地利用现有医疗资源服务更多的精神障碍患者。

### 一、SCM的定义

阶梯治疗的理念最早由美国学者Smith于1976年提出后被进一步模式化,首次用于高血压病等躯体疾病的治疗中。目前,SCM的应用范围进一步扩大,已被逐步应用于各类精神障碍和躯体疾病并发心理问题的治疗与康复中<sup>[8]</sup>。

在SCM中,通常默认患者应从循证的低强度治疗开始,系统监测其疾病进展情况,疗效欠佳的患者将进入下一阶段,逐渐接受后续更高强度的治疗<sup>[8]</sup>。治疗强度的划分,通常以“治疗所需的专业人员时间”为主要标准,此外,如下一个或多个维度上的要求也可作为治疗强度的划分标准,如患者所需的时间、治疗花费的成本和治疗所要求的专业水平等<sup>[9]</sup>。

治疗在某一或多个维度上的要求越低,则该治疗强度越低。在此类SCM的实施过程中有2个需要思考的问题:(1)治疗步骤的划分,即如何合理设定每一步的治疗内容。比如,如何设定第1步的治疗方案,使得“强度最低”的同时,又能保证为患者提供显著的健康收益。(2)治疗过程的推进,即何时判断患者需要进入下一阶段接受更高强度的治疗?如果缺乏准确、及时的判断,导致患者囿于低强度的治疗可能会适得其反<sup>[10]</sup>。

除上述按照治疗“强度”逐步增强的SCM外,也有学者认为“阶梯”是指在治疗的不同“步骤”中,患者可以转换或增加不同的治疗模式(如药物治疗、物理治疗、心理治疗)<sup>[9]</sup>。在该理念下,研究者更关注对于治疗的若干关键指标或因素的评价及对患者个体特征的评价。如果患者需要,可以直接从更高强度的“步骤”开始。

总体而言,前一种SCM理念更注重对治疗过程本身的划分,不管患者现状如何,都从最低强度的治疗开始,逐步加强,直到治疗效果令人满意。后一种SCM理念则更注重对患者特征的划分,根据患者症状的轻重缓急,相对应提供不同强度的治疗。虽然这两种模式略有区别,但不管是“循序渐进”还是“因材施教”,整体上都为CBT提供了一种更加灵活的实践模式。

### 二、SCM在CBT中的应用现状

目前阶梯式CBT已被应用于治疗抑郁障碍<sup>[11-12]</sup>、焦虑障碍<sup>[13-15]</sup>、PTSD<sup>[16]</sup>、强迫症<sup>[17-19]</sup>、躯体变形障碍<sup>[20]</sup>、进食障碍<sup>[21]</sup>、睡眠障碍<sup>[22]</sup>等精神障碍。其中大部分的阶梯式治疗方案都在治疗初期借助书本/手册<sup>[21]</sup>、短信/电话<sup>[12]</sup>或互联网平台<sup>[20]</sup>提供完全自助<sup>[22]</sup>或较少治疗师指导<sup>[12, 17-18]</sup>的CBT课程,对于疗效欠佳者再进一步提供治疗师指导的面对面CBT。比如,在一项非劣效性随机对照试验中,研究者以SCM针对癌症患者的失眠症状进行了CBT(cognitive-behavioral therapy for insomnia, CBT-I)<sup>[22]</sup>。在试验组(step CBT-I group)的治疗设置中,对于症状较轻的患者,首先给予基于网络的自助CBT-I课程(如阅读书面信息、观看视频课程);对于症状较重的患者,则治疗开始就接受面对面的CBT-I个体干预(1周1次,共计6次)。在第一步治疗后进行评估,失眠症状得到缓解的患者[失眠严重程度指数量表(ISI) < 8分]即终止治疗,而对于那些疗效欠佳的患者(ISI ≥ 8分或使用安眠药 ≥ 1晚/周),则进一步提供最多3次的CBT-I强化课程。治疗师将根据患者

在第1步治疗中的经历和总结(如已经尝试过的策略、那些成功/不成功的策略以及在应用过程中遇到的障碍)为其量身定制第2步的治疗内容。这一实施模式代表了目前临床实践中大部分阶梯式CBT的设置特点:循序渐进、因材施教。

### 三、SCM在CBT中的应用成效

1. 阶梯式CBT的主要疗效:在不同年龄阶段、不同疾病类型的患者群体中,阶梯式CBT均取得了不亚于传统面对面CBT的良好疗效。

在强迫症领域,Aspvall等<sup>[17]</sup>针对青少年(8~17岁)强迫症患者展开了阶梯式CBT干预,发现在第6个月随访时,阶梯治疗组和面对面治疗组的患者响应率一致(均为68%),且两组的CY-BOCS得分平均差值仅为0.91分,远低于设定的4分的非劣效性界值,表明阶梯式CBT的疗效不亚于面对面CBT。另一项对青少年强迫症患者进行长期追踪的研究显示,阶梯式CBT的疗效甚至能在治疗结束后保持3年<sup>[19]</sup>。

在抑郁症领域,Mohr等<sup>[12]</sup>针对成年重度抑郁患者开展了阶梯式远程CBT,即首先向患者提供较低限度的治疗师指导的网络化CBT,对于治疗无效者则增强到由治疗师全程指导的电话CBT,结果发现阶梯式远程CBT与全程指导的电话CBT对于患者抑郁症状的改善效果相当,非劣效性的假设成立。在老年抑郁症患者群体中,与常规治疗相比,4项随机对照试验中有3项的阶梯式治疗组获得了显著更佳的临床结果,而该作者的研究团队也正在探究阶梯式CBT治疗老年抑郁、焦虑的有效性<sup>[23-24]</sup>。

在焦虑障碍领域,不管是针对成年社交焦虑障碍以及惊恐障碍患者的随机对照试验,还是针对儿童青少年焦虑障碍患者的开放试验,均显示阶梯式CBT能提前达成令人满意的临床治疗结果<sup>[13-14]</sup>。在PTSD的治疗中,有研究者将SCM应用于针对创伤的CBT干预(trauma-focused cognitive behavioral therapy, TF-CBT),与标准模式相比,其非劣效性在治疗后、6个月随访、12个月随访时的各项主要疗效指标上均成立<sup>[16]</sup>。此外,在CBT-I中,多项实证研究<sup>[22, 25-26]</sup>与荟萃分析<sup>[27-28]</sup>均表明了SCM的有效性和应用前景。

在一项综合性研究中,研究者对396例常见精神障碍(包括抑郁、焦虑、失眠、适应障碍或疲劳障碍)患者进行了阶梯式CBT干预,第1阶段的治疗无效者将被随机分入两组:继续第1阶段的自助治疗或进入第2阶段的加强治疗(面对面CBT),结果发现

前者的缓解率仅为后者的一半左右<sup>[29]</sup>,这提示临床需系统监测患者的情况并及时为治疗无效者提供更高强度的治疗,以免耽误治疗进程。

2. 阶梯式CBT的卫生经济学指标:目前临床研究结果表明,在不同的精神障碍中,相较于传统的标准CBT方案,阶梯式CBT能达成更佳的卫生经济学指标。卫生经济学目前主流的评价方法有成本效果分析、成本效益分析和成本效用分析3种<sup>[30]</sup>。(1) 成本效果分析:效果指标是指治疗实施后,患者有关健康指标的变化<sup>[30]</sup>。从成本-效果角度来看,阶梯式CBT能以更低的成本达成与标准CBT相类似的治疗效果。Aspvall等<sup>[31]</sup>在10个月的完整研究期间,发现阶梯式CBT组的每例受试者平均比面对面CBT组少花费2 104美元,相对节省了39%,且在6个月随访时,两组治疗应答者(即在主要疗效指标上减分率>35%的患者)的比例相当( $OR=1.00$ )。在Salloum等<sup>[16]</sup>的研究中根据回归估计,阶梯式TF-CBT比标准的TF-CBT花费的成本低38.4%,而其中的经常性费用(除培训和咨询以外的费用)比标准的TF-CBT低53.7%,且两组随访时在主要疗效指标(创伤症状)上的表现无显著差异。证明阶梯式CBT能以较低的成本达成与标准CBT相当的疗效,更具成本效果。(2) 成本效益分析:效益指标是以货币量化治疗的有用效果<sup>[30]</sup>。从成本-效益角度来看,阶梯式CBT能节省治疗师及患者更多的时间,即所花费的人力资源成本更低。一项针对青少年强迫症患者的随机对照研究表明,在整个干预期间(步骤1和2),治疗师对阶梯式CBT组每个家庭的干预时长为 $(526.18 \pm 270.99)$ min,而面对面CBT组每个家庭的干预时长为 $(849.10 \pm 398.55)$ min,这一时间上的节省主要是因为步骤1中患者自助学习的部分不需要治疗师的指导<sup>[31]</sup>。而在另一项针对焦虑障碍的研究中,与标准CBT相比,阶梯式CBT可节省患者及治疗师近50%的治疗时间<sup>[14]</sup>,与Mohr等<sup>[12]</sup>在抑郁患者中的发现一致。这主要是由于59.8%的患者在接受初期的低强度治疗后对疗效满意而选择停止治疗,不继续接受更高成本的加强治疗,从而使得阶梯式CBT能更好地节省人力资源成本,达成更佳的成本效益。(3) 成本-效用分析:效用指标反映的是人的生活质量,常用的指标是质量调整生命年<sup>[30]</sup>。从成本-效用的角度来看,阶梯式CBT能显著改善患者的生活质量,且由于部分患者能提前达成疗效,使得阶梯式CBT具有更高的成本效用。一项纳入了

1 400例受试者的大型随机试验显示,与标准护理组、常规治疗组、线上CBT组相比,SCM组的费用最低,且质量调整生命年最高<sup>[32]</sup>,证明阶梯式CBT具有更高的成本效用比。在另一项针对成年社交焦虑障碍及惊恐障碍患者随机对照试验中发现,阶梯式CBT组与标准化面对面CBT组患者间的临床恢复率无显著差异(阶梯式CBT为40.0%,面对面CBT为43.2%),且在阶梯式CBT组中,大部分患者能提前达成“临床恢复”的指标(26/34, 76.5%),因而无需采用更高强度、更耗费成本的面对面CBT,达成了较低的效用成本,且这一疗效能治疗1年后随访时依旧保持中度至较大的组内效应量<sup>[13]</sup>,证明了阶梯式CBT干预效用的持久性。

3. 阶梯式CBT的过程性指标:从患者角度而言,相较于传统的面对面CBT,阶梯式CBT有相近的治疗安全性,但在治疗满意度、治疗依从性两方面结论尚未统一,有待进一步研究分析,以获得可靠结论。(1) 治疗安全性:治疗安全性是一项治疗方案实施的前提条件。以不良事件的发生概率作为衡量治疗安全性的指标时,有研究发现在整个研究干预期间,阶梯式CBT组与面对面CBT组出现不良事件(主要表现为焦虑、抑郁增加)的概率并无明显差异,甚至阶梯式CBT组出现不良事件的概率更低(阶梯式CBT组64%,面对面CBT组67%)<sup>[17]</sup>。Heapy等<sup>[33]</sup>的研究中每周的不良事件监测也支持这一结论:在阶梯式CBT组与标准化CBT组中均仅存在暂时和轻微的不良事件,且两组间的发生概率无显著差异,证明了阶梯式CBT有较高的治疗安全性。这一结论也在其他阶梯式CBT的临床实践中被普遍证实<sup>[11-14, 16, 22]</sup>。(2) 治疗满意度:患者的满意度是衡量心理治疗质量的重要过程性指标。目前,在不同研究中患者对于阶梯式CBT的治疗满意度不同,这可能是研究干预的病种以及研究本身实施过程不同所导致的。Salloum等<sup>[16]</sup>在研究中发现,治疗结束后阶梯式CBT组与面对面CBT组的患儿家长在治疗满意度方面无明显差异,与Wilhelm等<sup>[34]</sup>的研究结果一致。而在Mohr等<sup>[12]</sup>的研究中发现,与阶梯式CBT组相比,传统电话CBT组的主观治疗满意度更高,两组间的研究脱落率、患者的治疗偏好及完成率均无显著差异。(3) 治疗依从性与研究脱落率:治疗依从性是指患者对继续参与后续治疗进程的意愿,而研究脱落率是指受试者中不愿意接受研究相关评估者的比例。在治疗依从性方面,Savard等<sup>[22]</sup>的研究发现在接受第1步的治疗后,73%(21/29)的疗

效欠佳者愿意接受第2步的加强治疗,证明了阶梯治疗组患者有较高的治疗依从性。但在一项针对慢性疲劳综合症的干预研究中发现,在阶梯式CBT组中满足需进一步治疗标准的患者中,近一半患者选择不接受后续的加强治疗<sup>[35]</sup>,因此在阶梯式CBT的治疗依从性方面,结论尚未统一。而在研究脱落率方面,有研究发现阶梯式CBT相较于面对面CBT存在脱落率较高的问题(阶梯式CBT组41.2%,面对面CBT组27.3%)<sup>[13]</sup>,但也有研究发现两组间的脱落率并无显著差异<sup>[16]</sup>,甚至阶梯式CBT组的脱落率更低<sup>[17]</sup>。

从医务人员角度而言,参与治疗各环节的实施者们对阶梯式CBT总体持积极态度。有质性研究通过半结构化访谈对阶梯式CBT治疗平台中的14名相关医务人员进行了调查,发现专业利益相关者对此持肯定态度,并认为阶梯式治疗平台有利于满足患者的偏好和需求,但在转诊有需要的患者进入更高强度的心理治疗时具有挑战性<sup>[36]</sup>。

#### 四、总结与展望

总体而言,目前临床研究已证实阶梯式CBT在不同年龄阶段、不同精神障碍病种的患者群体中都具有不亚于传统CBT的治疗效果;且从卫生经济学角度而言拥有更佳的成本效果比、成本效益比以及成本效用比;同时,在治疗实施过程中与传统CBT一样有较高的治疗安全性,但在治疗满意度、治疗依从性(包括是否愿意继续接受高强度的治疗)两方面尚无统一结论,有待进一步探究。

虽然结论不一,但目前有部分研究报道阶梯式CBT存在治疗满意度较低<sup>[12]</sup>,研究脱落率较高<sup>[13]</sup>的问题。这可能是由于目前研究中纳入的患者症状严重程度大多为轻中度,与重度患者相比,症状严重程度较轻的患者,本身改善的空间就较小<sup>[8]</sup>;加之目前临床研究中大部分以主要疗效指标的“绝对数值”作为是否需进一步加强治疗的判断标准<sup>[11-12, 16-17, 22]</sup>,导致一部分轻中度患者,在整个阶梯式CBT治疗进程中,既迟迟感受不到症状的改善,又无法被判定为治疗无效者,获得进一步的治疗,使得他们逐渐对当前所接受的阶梯式CBT感到不满,并失去兴趣从而脱落。一个可行的解决方法是以症状的改善比例(即主要疗效指标的减分率)代替目前症状的严重程度(即主要疗效指标的绝对数值)来判断患者是否为治疗无效者。对于在低强度治疗中无法获益的患者,及时提供更高强度的指导,从而改善一部分存在主观困扰,但客观症状又不那么严重的患者迟迟无法获得有效帮助的情况。

此外,有研究报道阶梯式CBT存在由低强度治疗向高强度治疗转诊困难的问题<sup>[36]</sup>。这可能是由于大部分治疗无效者在初级治疗失败后,治疗积极性受到打击,不想接受进一步的治疗;但也有一部分治疗无效者在对初级治疗表示满意的同时又不愿意接受进一步治疗来改变目前依旧被病症所困扰的现状<sup>[35]</sup>,这一矛盾现象令人疑惑。在未来的实践中,一方面需治疗师对失去信心者进行适当的心理教育并及时推进治疗进程,以提高其治疗动机,防止“一鼓作气,再而衰,三而竭”。另一方面还需研究者探究为什么部分患者在症状依旧严重存在的情况下仍表示满意,并打算结束治疗。因此,未来可用“退出访谈”等方式来了解阻碍患者进一步接受治疗的原因(如缺乏治疗动机、抗拒进一步治疗所花费的时间、金钱等)。

目前在采用阶梯治疗模式的CBT研究中,还存在评价指标单一的问题。阶梯式CBT强调对患者情况的系统监测,以判断患者是否需进一步治疗。在临床实践中,对患者现状的评价依据主要参考当前症状的严重程度<sup>[15-16]</sup>。除了对现有疾病分类系统(如DSM-5、ICD-11)所定义的精神障碍严重程度的关注以外,生命丰盈、生活质量、关系质量或其他关于人生成长和成功的议题无疑也是患者本人所关注的。但在目前的阶梯式CBT心理治疗评估中往往存在着“唯症状论”的视野局限<sup>[37]</sup>。

基于目前存在的不足,当SCM被运用于CBT时,如何把控治疗进程显得尤为重要。因此,未来可通过探索可靠的疗效预测因子,如行为学预测因子、影像学预测因子,来甄别潜在的“疗效欠佳者”,以便及时提供进一步的治疗。

行为学预测因子,即患者在自评/他评问卷中的反应及行为学试验中的任务表现可以预测阶梯式CBT的疗效。多项研究发现患者在基线时的症状严重程度可预测其之后在阶梯式CBT中的表现:治疗前的症状严重程度越轻,则治疗后的表现越好<sup>[14, 16, 35]</sup>。因此,对于基线时的重症患者,需格外关注,以便及时提供更高强度的治疗。此外,与疾病特征相关的行为学任务表现(如焦虑症患者在点探测任务中对于威胁性刺激的注意偏向),能预测患者对阶梯式CBT的响应速度<sup>[38]</sup>。而患者对阶梯式CBT的响应速度则能部分预测阶梯式CBT的疗效:一项长期追踪研究(纳入220例强迫障碍患者)发现,患者对治疗的响应速度越快(即对治疗越灵敏),预后越好<sup>[39]</sup>。

影像学预测因子,即患者在脑影像学上的结构改变与功能异常,或能预测其在阶梯式CBT中的疗效。有神经生物学研究发现多种影像学标志物可预测患者对CBT的反应性和疗效:如内化障碍患者在功能磁共振成像中大脑枕部对愤怒表情的激活程度<sup>[40]</sup>、抑郁症患者基线时海马区域的血氧水平依赖信号强度<sup>[41]</sup>、PTSD患者在重评过程中杏仁核的激活程度<sup>[42]</sup>;焦虑障碍患者脑电中事件相关电位的晚期正成分<sup>[43]</sup>等。

此外,未来研究还可在阶梯式CBT的基础上更进一步关注基于过程的CBT。阶梯式CBT较传统的基于标准化治疗手册的CBT更循序渐进、因材施教,而基于过程的CBT则完全将目光聚焦于个体身上,试图为每一个人量身定制其最适合的治疗方案。鉴于目前“精神障碍可以被划分为不同的、离散的类别”这一想法已很大程度上被推翻了, Hayes及Hofmann<sup>[44]</sup>认为CBT想取得更进一步的发展,应当将视线从各自为营的精神疾病分类中移开,转向具体的个体核心变化过程上,以便通过有针对性的、对个体敏感的经验方法帮助个体患者实现其目标。目前已有研究将这一思想进行实践,试图为患者提供管理焦虑和抑郁的量身定制干预,但其所提供的开发策略(五步迭代过程)依旧较为笼统,仅为开发过程的描述记录,未能在操作性指导层面取得进展<sup>[11]</sup>。事实上,即使在阶梯式CBT中,目前对于每一步治疗内容的设计,不同阶段治疗过程推进的关键预测和调节因子仍尚无定论<sup>[45]</sup>。

基于过程的CBT将会是心理治疗在精准医疗领域的美好愿景与长期发展目标,但在目前精神卫生问题日益突出、患者需求量大,而精神障碍医疗服务资源短缺、利用率低下的现状中,实施阶梯式CBT或许是更可行的方案:其一方面打破了传统CBT治疗手册的刻限制,把更多的自由和掌控权给到患者与治疗师,另一方面不像基于过程的CBT一样具有较高的实施难度与成本,即兼具满足患者个性化需求与卫生经济学优势。总之,在CBT未来的发展道路上,研究者不必拘泥于现有的标准化治疗手册模式,应更多关注个体的动态变化过程,鼓励探索和提炼CBT中的有效核心因子,主动兼容更灵活多变的模式,以尽可能更好、更多、更广地为精神障碍患者提供服务。

**利益冲突** 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

**作者贡献声明** 选题设计、资料整理及论文撰写为吴怡雯,选题设计、论文修改为范青

## 参 考 文 献

- [ 1 ] David D, Lynn SJ, Montgomery GH. Evidence-based psychotherapy: the state of the science and practice[ M ]. New Delhi: India, 2018.
- [ 2 ] World mental health report: transforming mental health for all[ M ]. Geneva: World Health Organization, 2022.
- [ 3 ] 孙思伟, 云青萍, 孙艳坤, 等. 2015-2019年间中国精神科医疗服务利用的公平性分析[ J ]. 医学与社会, 2022, 35(9): 48-53. DOI: 10.13723/j.yxysh.2022.09.010.  
Sun SW, Yun QP, Sun YK, et al. Analysis on the equity of mental health medical services utilization in China from 2015 to 2019 [ J ]. Medicine and Society, 2022, 35(9): 48-53.
- [ 4 ] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 2021年我国卫生健康事业发展统计公报[ J ]. 中国实用乡村医生杂志, 2022, 29(9): 1-11. DOI: 10.3969/j.issn.1672-7185.2022.09.001.  
National Health Commission of the People's Republic of China. Statistical Communiqué on the Development of China's Health Undertaking in 2021 [ J ]. Chinese Practical Journal of Rural Doctor, 2022, 29(9): 1-11.
- [ 5 ] Xu J, Wang J, Wimo A, et al. The economic burden of mental disorders in China, 2005-2013: implications for health policy[ J ]. BMC Psychiatry, 2016, 16: 137. DOI: 10.1186/s12888-016-0839-0.
- [ 6 ] Liang D, Mays VM, Hwang WC. Integrated mental health services in China: challenges and planning for the future[ J ]. Health Policy Plan, 2018, 33(1): 107-122. DOI: 10.1093/heapol/czx137.
- [ 7 ] Cuthbert BN, Kozak MJ. Constructing constructs for psychopathology: the NIMH research domain criteria[ J ]. J Abnorm Psychol, 2013, 122(3): 928-937. DOI: 10.1037/a0034028.
- [ 8 ] 王利敏, 鲁才红, 胡梦云, 等. 阶梯护理模式在精神障碍患者心理干预中的应用进展[ J ]. 护理学杂志, 2020, 35(21): 109-112. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.21.109.  
Wang LM, Lu CH, Hu MY, et al. Application of stepped care model in psychological intervention for patients with mental disorders: a literature review[ J ]. Journal of Nursing Science, 2020, 35(21): 109-112.
- [ 9 ] van Straten A, Hill J, Richards DA, et al. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis[ J ]. Psychol Med, 2015, 45(2): 231-246. DOI: 10.1017/s0033291714000701.
- [ 10 ] Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review[ J ]. Br J Psychiatry, 2005, 186: 11-17. DOI: 10.1192/bjp.186.1.11.
- [ 11 ] Steed L, Heslop-Marshall K, Sohanpal R, et al. Developing a complex intervention whilst considering implementation: the TANDEM (Tailored intervention for ANxiety and DEpression Management) intervention for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [ J ]. Trials, 2021, 22(1): 252. DOI: 10.1186/s13063-021-05203-x.
- [ 12 ] Mohr DC, Lattie EG, Tomasino KN, et al. A randomized noninferiority trial evaluating remotely-delivered stepped care for depression using internet cognitive behavioral therapy (CBT) and telephone CBT[ J ]. Behav Res Ther, 2019, 123: 103485. DOI: 10.1016/j.brat.2019.103485.
- [ 13 ] Nordgreen T, Haug T, Öst LG, et al. Stepped care versus direct face-to-face cognitive behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder: a randomized effectiveness trial[ J ]. Behav Ther, 2016, 47(2): 166-183. DOI: 10.1016/j.beth.2015.10.004.
- [ 14 ] Pettit JW, Rey Y, Bechor M, et al. Can less be more? Open trial of a stepped care approach for child and adolescent anxiety disorders[ J ]. J Anxiety Disord, 2017, 51: 7-13. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.08.004.
- [ 15 ] Yeguez CE, Page TF, Rey Y, et al. A cost analysis of a stepped care treatment approach for anxiety disorders in youth[ J ]. J Clin Child Adolesc Psychol, 2020, 49(4): 549-555. DOI: 10.1080/15374416.2018.1539913.
- [ 16 ] Salloum A, Lu Y, Chen H, et al. Stepped care versus standard care for children after trauma: a randomized non-inferiority clinical trial[ J ]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2022, 61(8): 1010-1022.e4. DOI: 10.1016/j.jaac.2021.12.013.
- [ 17 ] Aspvall K, Andersson E, Melin K, et al. Effect of an internet-delivered stepped-care program vs in-person cognitive behavioral therapy on obsessive-compulsive disorder symptoms in children and adolescents: a randomized clinical trial[ J ]. JAMA, 2021, 325(18): 1863-1873. DOI: 10.1001/jama.2021.3839.
- [ 18 ] Tolin DF, Diefenbach GJ, Gilliam CM. Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a preliminary study of efficacy and costs[ J ]. Depress Anxiety, 2011, 28(4): 314-323. DOI: 10.1002/da.20804.
- [ 19 ] Melin K, Skarphedinsson G, Thomsen PH, et al. Treatment gains are sustainable in pediatric obsessive-compulsive disorder: three-year follow-up from the NordLOTS[ J ]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2020, 59(2): 244-253. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.01.010.
- [ 20 ] Hartmann AS, Schmidt M, Staufenbiel T, et al. ImaginYouth-A therapist-guided internet-based cognitive-behavioral program for adolescents and young adults with body dysmorphic disorder: study protocol for a two-arm randomized controlled trial[ J ]. Front Psychiatry, 2021, 12: 682965. DOI: 10.3389/fpsy.2021.682965.
- [ 21 ] Grilo CM, White MA, Masheb RM, et al. Randomized controlled trial testing the effectiveness of adaptive "SMART" stepped-care treatment for adults with binge-eating disorder comorbid with obesity[ J ]. Am Psychol, 2020, 75(2): 204-218. DOI: 10.1037/amp0000534.
- [ 22 ] Savard J, Ivers H, Savard MH, et al. Efficacy of a stepped care approach to deliver cognitive-behavioral therapy for insomnia in cancer patients: a noninferiority randomized controlled trial[ J ]. Sleep, 2021, 44(11): zsab166. DOI: 10.1093/sleep/zsab166.
- [ 23 ] Meuldijk D, Wuthrich VM. Stepped-care treatment of anxiety and depression in older adults: a narrative review[ J ]. Aust J Rural Health, 2019, 27(4): 275-280. DOI: 10.1111/ajr.12524.
- [ 24 ] Meuldijk D, Wuthrich VM, Rapee RM, et al. Translating evidence-based psychological interventions for older adults with depression and anxiety into public and private mental health settings using a stepped care framework: study protocol[ J ]. Contemp Clin Trials, 2021, 104: 106360. DOI: 10.1016/j.cct.2021.106360.
- [ 25 ] Espie CA. "Stepped care": a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment[ J ]. Sleep, 2009, 32(12): 1549-1558. DOI: 10.1093/sleep/32.12.1549.

- [ 26 ] Cheung J, Bartlett DJ, Armour CL, et al. Patient perceptions of treatment delivery platforms for cognitive behavioral therapy for insomnia[ J ]. *Behav Sleep Med*, 2019, 17(1): 81-97. DOI: 10.1080/15402002.2017.1293539.
- [ 27 ] Manber R, Simpson NS, Bootzin RR. A step towards stepped care: delivery of CBT-I with reduced clinician time[ J ]. *Sleep Med Rev*, 2015, 19: 3-5. DOI: 10.1016/j.smr.2014.09.003.
- [ 28 ] Muench A, Vargas I, Grandner MA, et al. We know CBT-I works, now what[ J ]. *Fac Rev*, 2022, 11: 4. DOI: 10.12703/r/11-4.
- [ 29 ] Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, et al. Stepped care in primary care - guided self-help and face-to-face cognitive behavioural therapy for common mental disorders: a randomized controlled trial[ J ]. *Psychol Med*, 2018, 48(10): 1644-1654. DOI: 10.1017/s0033291717003129.
- [ 30 ] 安思兰,王泠.国外护理服务的卫生经济学评价研究进展[ J ]. *护士进修杂志*, 2022, 37(14): 1300-1304. DOI: 10.16821/j.cnki.hsxx.2022.14.011.  
An SL, Wang L. Research progress on health economics evaluation of nursing services abroad[ J ]. *Journal of Nurses Training*, 2022, 37(14): 1300-1304.
- [ 31 ] Aspvall K, Sampaio F, Lenhard F, et al. Cost-effectiveness of internet-delivered vs in-person cognitive behavioral therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder[ J ]. *JAMA Netw Open*, 2021, 4(7): e2118516. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.18516.
- [ 32 ] Yan C, Rittenbach K, Souri S, et al. Cost-effectiveness analysis of a randomized study of depression treatment options in primary care suggests stepped-care treatment may have economic benefits[ J ]. *BMC Psychiatry*, 2019, 19(1): 240. DOI: 10.1186/s12888-019-2223-3.
- [ 33 ] Heapy AA, Tankha H, Higgins DM, et al. Incorporating walking into cognitive behavioral therapy for chronic pain: safety and effectiveness of a personalized walking intervention[ J ]. *J Behav Med*, 2021, 44(2): 260-269. DOI: 10.1007/s10865-020-00193-8.
- [ 34 ] Wilhelm S, Weingarden H, Greenberg JL, et al. Development and pilot testing of a cognitive-behavioral therapy digital service for body dysmorphic disorder[ J ]. *Behav Ther*, 2020, 51(1): 15-26. DOI: 10.1016/j.beth.2019.03.007.
- [ 35 ] Worm-Smeitink M, Janse A, van Dam A, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy in stepped care for chronic fatigue syndrome: randomized noninferiority trial[ J ]. *J Med Internet Res*, 2019, 21(3): e11276. DOI: 10.2196/11276.
- [ 36 ] Gellatly J, Pelikan G, Wilson P, et al. A qualitative study of professional stakeholders' perceptions about the implementation of a stepped care pain platform for people experiencing chronic widespread pain[ J ]. *BMC Fam Pract*, 2018, 19(1): 151. DOI: 10.1186/s12875-018-0838-y.
- [ 37 ] Hayes SC, Hofmann SG. *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*[ M ]. Oakland: New Harbinger Publications, 2018.
- [ 38 ] Legerstee JS, Tulen JHM, Dierckx B, et al. CBT for childhood anxiety disorders: differential changes in selective attention between treatment responders and non-responders[ J ]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2010, 51(2): 162-172. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02143.x.
- [ 39 ] Jensen S, Hybel KA, Højgaard D, et al. Quality of life in pediatric patients with obsessive-compulsive disorder during and 3 years after stepped-care treatment[ J ]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2022, 31(9): 1377-1389. DOI: 10.1007/s00787-021-01775-w.
- [ 40 ] Klumpp H, Jimmy J, Burkhouse KL, et al. Brain response to emotional faces in anxiety and depression: neural predictors of cognitive behavioral therapy outcome and predictor-based subgroups following therapy[ J ]. *Psychol Med*, 2022, 52(11): 2095-2105. DOI: 10.1017/S0033291720003979.
- [ 41 ] Rubin-Falcone H, Weber J, Kishon R, et al. Neural predictors and effects of cognitive behavioral therapy for depression: the role of emotional reactivity and regulation[ J ]. *Psychol Med*, 2020, 50(1): 146-160. DOI: 10.1017/s0033291718004154.
- [ 42 ] Bryant RA, Erlinger M, Felmingham K, et al. Reappraisal-related neural predictors of treatment response to cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder[ J ]. *Psychol Med*, 2021, 51(14): 2454-2464. DOI: 10.1017/s0033291720001129.
- [ 43 ] Kinney KL, Burkhouse KL, Chang F, et al. Neural mechanisms and predictors of SSRI and CBT treatment of anxiety: a randomized trial focused on emotion and cognitive processing[ J ]. *J Anxiety Disord*, 2021, 82: 102449. DOI: 10.1016/j.janxdis.2021.102449.
- [ 44 ] Hayes SC, Hofmann SG. "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry[ J ]. *World Psychiatry*, 2021, 20(3): 363-375. DOI: 10.1002/wps.20884.
- [ 45 ] Ollendick TH, Öst LG, Farrell LJ. Innovations in the psychosocial treatment of youth with anxiety disorders: implications for a stepped care approach[ J ]. *Evid Based Ment Health*, 2018, 21(3): 112-115. DOI: 10.1136/eb-2018-102892.

(收稿日期: 2023-04-12)

(本文编辑: 郑圣洁)