

·临床研究·

认知行为综合干预对精神分裂症患者的康复作用

张仲荣¹ 胡勤玲¹ 赵福云¹

摘要 目的:探讨认知行为疗法对精神分裂症患者的康复效果。**方法:**对 60 例精神分裂症患者(观察组)进行为期 2 个月的心理干预和行为矫治,采用住院精神病患者康复疗效评定量表(IPROS)、自制的约束不良言行标准、阴性症状评定量表(SANS)综合评价精神分裂症患者康复效果。与 60 例精神分裂症患者(对照组)进行比较。**结果:**治疗结束后,观察组 IPROS、SANS 各因子分减分值均明显高于对照组($P<0.01$)。**结论:**认知行为综合干预治疗矫治能够改善精神分裂症患者的阴性症状,促进其精神全面康复。

关键词 认知行为;精神分裂症;阴性症状;康复

中图分类号:R749.3 R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2008)-02-0158-03

影响精神分裂症患者自知力恢复的首要因素是患者的阴性症状的减轻,精神分裂症患者对阴性症状的自知力缺乏更为突出,阴性症状严重影响患者自知力的恢复^[1]。抗精神病药物不仅对控制精神症状、缓解病情起重要的作用,而且在维持药物治疗、阻止复发方面有一定的作用。然而,临床实践证明,单纯抗精神病药物用于以情感淡漠、思维贫乏、意志缺乏、行为懒散、退缩等阴性症状为主的精神分裂症的作用甚微。为探讨改善精神分裂症患者阴性症状的有效措施,我们于 2006 年 4 月—9 月对精神分裂症患者尝试了认知行为综合干预疗法,收到了满意的效果,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2006 年 4 月—9 月间在我院住院的男性精神分裂症患者 120 例。入组条件:①符合 CCMD-3 关于精神分裂症的诊断标准;②排除其他的精神疾病及严重的躯体疾病;③病情得到控制,病情稳定,无阳性精神症状。经系统的抗精神病药物治疗后病情处于康复期,以阴性症状为主,阴性症状量表(Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS)^[2]评分在 48 分以上。120 例入组对象按抛币法随机分组方法分为观察组和对照组,各 60 例。两组患者一般资料情况见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

项目	观察组(n=60)	对照组(n=60)	t	P
年龄(岁)	31.3±11.6	32.3±11.7	0.47	>0.05
本次病程(月)	4.7±4.5	4.6±4.3	0.12	>0.05
本次住院时间(d)	88.63±25.78	89.89±27.66	0.26	>0.05
文化程度(例)				
初中	26	30		
高中	22	24		
大专以上	12	6		
职业(例)				
农民	20	22		
工人	16	18		
干部	10	12		
学生	14	8		

两组患者在年龄、职业、文化程度、病程、住院时间等方面经统计学分析,差异无显著性意义(均 $P>0.05$)。

1.2 干预方法

两组患者在入院时均按常规进行护理,于 2 周后急性症

状得到控制,病情进入恢复期时入组。入组后,对照组患者只进行常规药物治疗和护理,给予一般(支持性)心理治疗,简单娱乐活动(即非指导性的娱乐活动),观察组按治疗措施给予认知行为综合康复干预。

1.2.1 认知疗法教材编写:根据认知行为疗法的基本原理和住院精神分裂症患者常见的护理问题编写教材提纲,内容包括指导语、如何认识症状的存在、症状对情绪的影响、角色的调整/适应、病友/社会交往与康复、病情波动与相关因素、习惯行为与病态等。

1.2.2 认知替代治疗方法:研究组在常规治疗的基础上,每周一、三、五上午进行 3 次认知心理治疗,按照认知心理疗法教材和患者个体的实际,每周对一个护理问题进行认知辅导,循序渐进,每次 30min。具体做法是:第一步,帮助患者认识自己的病态表现,哪些是精神分裂症的症状,这些症状给自己带来什么不良后果。第二步,进一步释解患者的精神症状,并将症状表现概念化,如患者叙述“脑子空空的没什么可想,也没什么可说”,护士就告诉这就是“思维贫乏”。第三步,反复将患者的临床问题和精神症状进行概念化,并用合理的概念化的思维替代。如患者意识到自己属于“思维贫乏”,则用“找乐趣”来替代,意识到“意志活动减退”,则用“积极活动”替代,建立新的认知模式。第四步,布置治疗性作业,让患者用新的思维和行为模式去应对日常生活,使新的良好认知模式得到检验和强化。结束后,护患之间进行 10min 的短暂讨论,同时要求患者记好“治疗日记”。

1.2.3 阳性强化行为疗法:

1.2.3.1 确定行为治疗项目及制定奖惩标准:①以中文住院精神病患者康复疗效评定量表(Inpatient Psychiatric Rehabilitation Outcome Scale, IPROS)^[2]所列项目为主要指导内容。②根据精神病患者常见不良表现,制定约束不良言行标准(见表 2)。③导入代币奖励强化训练措施,实行物质奖励和精神奖励相结合的激励方式。根据患者的表现,用约束不良言行标准对患者 24h 进行公开打分,按得分多少分 3 个层次。60—75 分奖 1 个苹果或 1 支香烟,76—90 分奖 2 个苹果或 2 支香烟,91 分以上奖 3 个苹果或 3 支香烟。每天 1 小结,

1 山东省济宁市精神病防治院精神五科,272051

作者简介:张仲荣,女,主管护师

收稿日期:2006-10-18

表 2 约束不良言行标准

序号	内容	标准分(满分 100)	扣分细则
1	言语文明,说话和气,礼貌待人互相尊重	10	说脏话 1 次扣 1 分,对人态度生硬 1 次扣 2 分不积极听健康教育课 1 次扣 2 分
2	着装整洁,爱护公物	6	着装不整洁 1 次扣 1 分,有损害公物行为扣 2 分
3	自觉维护公共环境的安静和清洁,不大声喧哗,吵闹,不随地吐痰,不乱丢果皮,不随地大小便	10	大声喧哗 1 次扣 2 分,随地吐痰 1 次扣 2 分,乱丢果皮 1 次扣 2 分,随地大小便 1 次扣 4 分
4	心胸开阔,团结学员,乐于助人,互相忍让,不打人骂人	6	发生争执 1 次扣 2 分,打人 1 次扣 2 分,骂人 1 次扣 2 分
5	听从管理	8	不服从管理 1 次扣 4 分
6	遵守所制度,按时休息,起床后整理床铺和个人用品	8	不按时休息 1 次扣 2 分,床铺不整 1 次扣 4 分,个人用品乱放一件 1 次扣 2 分
7	主动搞好个人卫生,每天洗脸、刷牙、梳头,饭前饭后洗手,每周洗澡、更衣、理发、剪指甲	10	脸有垢 1 次,饭前饭后不洗手 1 次,衣服脏 1 次指甲长 1 次分别扣 2 分,不刷牙 1 次、头发乱 1 次分别扣 1 分
8	主动进饮食且适量,无浪费饭菜	4	不主动进食且或多或少 1 次扣 1 分,餐桌上,碗内剩有饭或乱倒开水 1 次扣 1 分
9	积极参加劳动锻炼	4	拒绝参加 1 次不得分
10	无冲动伤人、自伤、损物、自杀	20	发现其中 1 次行为 1 次不得分
11	自言自语、躺卧、呆坐、生气发怒	8	发现 1 次分别扣 2 分
12	情绪乐观,不沉溺于病理体验中	6	情绪低 1 次扣 2 分,沉溺于病理体验中 1 次扣 4 分

所得奖励立即或次日兑现。物质奖励的同时给予口头表扬。每周进行 1 次阶段总结,对连续 5d 以上得分在 91 分以上者,改善伙食,用来树立典范,督促进步。对 2 周内综合评价取得阶段性效果者可得到更进一步的奖励,如开小组会进行表彰,到院内超市购物等。

1.2.3.2 文体娱乐活动训练:每周星期一至星期五上下午组织患者到工娱疗科进行音乐治疗和书法、绘画习作及体操运动,音乐治疗、书法和绘画习作及体操运动由工娱疗科护理人员具体负责实施,书画习作不讲究技巧性,在护理人员的指导下,患者可以根据自己情感的需要,画出符合本人思维内容的作品,完成后让患者谈感受,护理人员做好记录。时间为 60min。

1.2.4 家庭干预和患者家属一起进行心理治疗,促进其沟通,讲解疾病知识,训练他们解决日常生活难题的能力,帮助家庭成员减少家庭内各种应激源,减少高情感表达。

1.3 评价工具

①IPROS 该量表分为工疗情况、生活能力、社交能力、讲究卫生能力及关心和兴趣 5 个因子 36 个项目,5 级评分,总分判断学员社会功能方面的缺陷程度和疗效,分数越高社会功能缺陷越严重。于患者入院第 2 周和第 8 周末进行评定。②不良言行评定。统计两组患者入院第 2 周(治疗前)和第 8 周末(治疗后)不良言行人均发生次数,用以评价患者不良言行程度和改善情况。③SANS 量表包括情感平淡或迟钝、思维贫乏、意志缺乏、兴趣社交缺乏及注意障碍 5 个方面 24 个条目,分为(0)无、(1)可、(2)轻度、(3)中度、(4)显著、(5)严重 6 级评分。分别于入组时(入院 2 周)及入院 10 周时进行评定,总体衡量精神分裂症的精神康复效果。由 3 名精神科医师和 2 名护师分别评定,参加评定的人员均经过培训,对各量表调查的一致性测验,Kappa 值为 0.89—0.96。

1.4 统计学分析

采用 SPSS11.0 统计软件包进行分析处理,治疗前后的计量资料采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患者 2 周末与 8 周末 SANS 评分比较

表 3 结果显示:两组 2 周末比较差异无显著性意义(P 均 > 0.05), 10 周末,两组比较,观察组 SANS 总分及各因子分值均低于对照组,差异具有显著性意义($P < 0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后 IPROS 评分比较

表 4 结果显示,治疗前,两组比较,总分及各因子分差异无显著性意义(均 $P > 0.05$),治疗后,两组比较总分及各因子分差异均有显著性意义(均 $P < 0.01$)。

2.3 两组患者治疗前后不良言行人均发生次数评分比较

表 5 结果表明,主要不良言行人均发生次数,治疗前两组比较差异无显著性意义(均 $P > 0.05$),治疗后两组比较差异有显著性意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表 3 两组患者 2 周末与 10 周末后 SANS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

因子	观察组(n=60)		对照组(n=60)	
	2 周末	10 周末	2 周末	10 周末
情感淡漠	3.33±0.90	2.35±1.22 ^①	2.98±1.66	2.99±1.15
思维贫乏	2.42±1.31	1.59±1.32 ^①	2.59±1.69	2.52±1.70
意志减退	3.82±1.00	2.53±1.01 ^①	3.64±1.50	3.01±1.18
注意障碍	2.71±1.43	1.81±1.81	2.78±1.55	2.65±1.49
兴趣缺乏	3.33±0.50	2.71±1.68 ^①	3.60±0.73	3.63±1.29
总分	60.42±20.83	43.68±20.11 ^①	61.47±29.45	61.37±29.43

①观察组与对照组比较 $P < 0.05$

表 4 两组患者两组 2 周末和 10 周末 IPROS 总分及各因子分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

项目	观察组(n=60)		对照组(n=60)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
工疗情况	8.77±4.29	5.99±4.81	8.99±4.29	3.92±4.03 ^①
生活能力	8.40±3.50	6.23±3.86	8.32±3.44	4.53±3.84 ^①
社交情况	6.91±3.05	5.23±3.05	6.74±3.07	3.73±2.57 ^①
讲究卫生能力	5.43±2.85	3.66±2.02	5.42±2.78	2.60±2.35 ^①
关心和兴趣	6.67±3.98	4.65±4.33	7.54±3.71	3.26±3.08 ^①
总分	36.67±10.84	26.62±13.4	36.81±10.47	18.09±7.60 ^①

①治疗后两组比较 $P < 0.01$

3 讨论

认知行为疗法用于治疗精神分裂症最初在英国开展,经临床实践,它对于减少精神分裂症患者的精神症状有积极的作用。对于阳性精神症状消失的速度和程度有正面的影响,并可减少残留症状,促进自知力恢复,减少不良情绪,改变精

表 5 两组患者治疗前后主要不良言行情况评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

主要不良言行	观察组 (n=60)		对照组 (n=60)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
不礼貌言语	8.97±6.94	5.99±4.81	8.83±6.83	4.48±3.45 ^②
不服从管理	2.02±2.96	1.05±2.03	2.04±3.16	0.45±1.34 ^②
伤人损物行为	0.81±1.30	0.43±0.90	0.87±1.28	0.24±0.49 ^①
个人物品乱放	9.95±7.33	7.78±6.28	9.77±7.23	5.29±5.01 ^②
个人卫生欠佳	9.98±9.16	7.26±6.96	9.89±8.97	3.15±3.54 ^②
不注意公共卫生	4.83±6.24	2.32±2.66	4.95±6.21	1.58±2.19 ^②
饮食欠佳	3.09±2.87	2.02±2.62	3.11±2.82	1.28±1.97 ^②
躺卧呆坐	4.54±6.07	2.15±2.86	4.54±5.97	1.31±1.99 ^②
不主动参加工娱疗	3.55±5.51	1.31±2.23	3.58±5.39	0.40±1.07 ^②

治疗后两组比较: ① $P<0.05$, ② $P<0.01$

神病性思维。认知行为疗法的理论基础是认知理论和学习理论。认知理论认为, 认知过程决定着情绪和行为的产生, 同时情绪和行为的改变也可影响认知的改变。学习理论则认为, 人的一切行为都可以通过学习而获得, 反之, 不良行为也可通过学习得到矫正^[4]。

据报道, 无论是典型的抗精神病药物, 还是非典型的抗精神病药物都能够有效地控制绝大多数患者的精神病性症状, 但对慢性精神分裂症的社会功能缺损、精神残疾等症状则无明显的效果, 因此在精神症状得到控制后应尽早让患者回归社会就是精神康复工作的重点^[5]。有文献报道^[6], 单纯抗精神病药物对以情感淡漠、思维贫乏、意志缺乏、行为懒散、退缩等阴性症状为主的精神分裂症患者的作用甚微。研究发现^[7], 精神分裂症患者对阳性症状判定的正确率较高, 对阴性症状判定的正确率相对较低, 而且对精神症状认识较多的患者其自知力水平相对较好, 说明患者具有较高的精神卫生知识水平有助于其自知力的恢复。因此, 对精神病患者进行精神卫生知识教育, 不仅能够提高患者的精神卫生知识水平, 还有助于自知力的恢复, 从而提高患者的治疗依从性, 促进患者的社会功能康复。对精神分裂症患者阴性症状的康复治疗最有效的方法就是给患者造成一种激励向上的气氛, 采取各种针对性措施, 通过大脑引起相应的情感反应和内心体验, 产生一系列心理生理效应, 使患者精神振奋、增强勇气、提高自我表达能力和社会交往能力, 最终达到重建感情活动、刺激思维、激励行为、增强对周围的兴趣、改善退缩的效应, 进一步实现患者在身体上、精神上和社会上完整状态的健康重建。

认知行为理论认为^[8], 能扰乱患者精神的东西, 主要是患者对事件的认知、判断和评价。个人在行为表现上的缺陷是由于其认知上的缺陷引起的, 一旦认知上的缺陷得到改变和矫正, 不良情绪和行为也会相应好转。精神分裂症患者虽与神经症患者的认知缺陷不同, 但在病态心理的支配下, 患者对客观事物的认知、评价、判断均存在着种种错误。

据研究, 音乐善于抒情且最以情动人, 能对人的心理生理产生一种比其他艺术更强的刺激力和影响力^[9]。音乐作为一种与言语既相似又不同的特殊信息和特殊的交往工具, 其兴奋、欢乐、激励向上的旋律、节奏、音调、音色成为一种良好的外部刺激被患者欣赏、领悟, 通过大脑引起相应的情感反应和内心体验, 产生一系列心理生理效应, 使患者精神振奋、增强勇气、提高自我表达和社会交往能力, 最终达到重建精

神活动、刺激思维、激励行为、增强对周围的兴趣、改善退缩的效应。据报道, 情感治疗法是一种整合的心理治疗方式, 艺术情感疗法是建立在患者自我康复的基础上的治疗方式, 它帮助被治疗者利用绘画、做泥塑、拼图等形式投影其想法、内心矛盾、人际关系等, 通过被治疗者对自己过去的反思, 激发和维持患者的获助期望, 同时, 也为他们提供一个与外界沟通的途径, 从而使他们打开心结, 释放受困的情绪^[10]。艺术情感治疗能降低他们的焦抑郁症状, 提高治疗效果, 具有应用价值, 这与侯东强^[11]报道结果相一致。

本文对以阴性症状为主的精神分裂症患者进行了临床对照研究, 结果显示, 两组患者治疗前年龄、职业、文化程度、病程、住院时间等一般情况相仿, SANS 总分及各因子分值, IPROS 各因子分值差异亦无显著性意义 (P 均 >0.05), 提示两组随机分组情况较好, 两组资料具有可比性。治疗结束后, 观察组各量表分值改变均较对照组明显, 差异具有显著性意义 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结果表明, 认知行为疗法对改善精神分裂症患者的焦虑抑郁情绪和不良心理状态起到了积极的作用, 同时纠正了患者的不良行为, 提高了患者的社会适应能力和生活质量, 这与宋金环^[12]报道结果相符。

综合分析表明, 认知行为疗法按照心理和行为相协调的观点, 认知和行为相一致的原则, 利用多种形式的认知技术和行为技术的综合矫治, 达到使患者能够认识到自己的精神症状并逐步修正不合理的想法、思维和信念, 同时结合一定的行为训练, 改变患者对客观事件的情绪和行为反应, 达到改善病情的目的。认知行为综合干预的实施, 对于改善精神分裂症患者的阴性症状, 促进其自知力恢复, 防止和恢复社会功能障碍具有良好作用。

参考文献

- [1] 王汝展, 张敬悬, 原伟, 等. 精神分裂症患者的自知力及其对精神症状认识的研究[J]. 山东精神医学, 2001, 14(4): 237—240.
- [2] 李功安, 胡雄, 金德珍, 等. 住院精神病人康复疗效评定量表[J]. 中国康复医学杂志, 1990, 5(4): 150.
- [3] 张明园. 精神评定量表手册 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2003.8: 94—101.
- [4] 贾愚, 王克芳, 冯美丽, 等. 应用认知行为疗法治疗精神分裂症的进展[J]. 护士进修杂志, 2003, 18(7): 607—609.
- [5] 黄英, 谭友果, 刘均富. 护理干预对恢复期精神分裂症患者康复效果分析[J]. 山东精神医学, 2005, 1(2): 114—115.
- [6] 贺方仁, 马 龙, 孟宪伟. 抗精神病药物合并音乐康复疗法治疗以阴性症状为主的精神分裂症对照研究 [J]. 山东精神医学, 2001, 14(4): 249—250.
- [7] 王汝展, 张敬悬, 原伟, 等. 精神分裂症患者的自知力及其对精神症状认识的研究[J]. 山东精神医学, 2001, 14(4): 237—240.
- [8] 龙瑞芳, 李连启. 认知行为疗法在心理护理工作中的应用[J]. 山东精神医学, 2001, 14(4): 261—262.
- [9] 贺方仁, 马 龙, 孟宪伟. 抗精神病药物合并音乐康复疗法治疗以阴性症状为主的精神分裂症对照研究 [J]. 山东精神医学, 2001, 14(4): 249—250.
- [10] 赵子慧. 艺术情感治疗法在药物滥用者心理康复中的应用效果[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2005, 11(4): 207—209.
- [11] 侯东强. 书法和音乐治疗对恢复期精神分裂症患者负性情绪的调适作用[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(10): 766.
- [12] 宋金环. 工娱疗法与心理护理在精神分裂症患者治疗中的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(1): 62.