

住院精神分裂症患者认知康复疗法的对照研究

徐文炜¹ 朱培俊¹ 吴越¹ 罗瑜¹ 袁菁¹ 钱富强¹ 顾君¹

摘要

目的:探讨认知康复疗法对精神分裂症精神症状和社会功能的影响。

方法:对象取自无锡市精神卫生中心住院精神分裂症患者 100 例。随机分配到个别认知康复组(简称“个别组”)33 例、集体认知康复组(简称“集体组”)33 例和对照组 34 例。认知康复的主要内容是认知重建技术和社会技能训练。每周治疗 3 次,每次 60min。3 个月为 1 疗程。应用阳性和阴性症状量表(PANSS)、功能大体评定量表(GAF)和日常生活活动能力量表(ADL)进行评定。

结果:100 例患者均完成研究,三组的 GAF 治疗前后均无显著差异。个别组的 PANSS 总分、阴性症状、一般精神病理症状和 ADL 治疗前后的差异有极显著性意义($P<0.01$)。集体组的 PANSS 总分及阴性症状、情感不适和 ADL 治疗前后差异具有显著性意义($P<0.05$),对照组除了 PANSS 中的一般精神病理症状较治疗前明显降低外($P<0.05$),其余变化无显著性意义。

结论:认知康复疗法能够改善精神分裂症患者的阴性症状和日常生活活动能力,病程短者早期干预的效果更好。而个别认知康复与集体认知康复的疗效无显著差异。

关键词 精神分裂症;认知康复疗法;认知重建;社会技能训练

中图分类号:R749.3,R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2010)-03-0255-04

近十多年来,精神分裂症患者认知功能损害问题日益受到重视,认知损害不仅是精神分裂症(尤其是阴性精神分裂症)的核心症状,预测疾病发展、治疗反应和功能水平的敏感指标,而且也是阻碍精神分裂症患者社会和职业康复的制约因素^[1-2]。所谓认知康复是一些针对认知过程的心理干预技术,精神分裂症的认知康复可采用个体或集体形式、计算机化或非计算机化手段^[3]。本研究以认知重建技术与社会技能训练相结合,对精神分裂症患者进行了个别和集体的认知康复干预。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准:符合 CCMD-3 精神分裂症各型的诊断标准,年龄 18—65 岁,受教育程度 ≥ 6 年,功能大体评定量表(global assessment function, GAF) >30 分,病程不受限。排除标准:①目前和既往无心境障碍(包括分裂情感性精神病)、脑器质性精神障碍、神经系统疾病(脑血管病、帕金森病、亨廷顿病、硬膜下血肿、正常颅压脑积水、脱髓鞘病、克-雅氏病及脑瘤等)、以及影响认知功能的其他躯体疾病。②入组前 60d 内无毒品、麻醉品吸入史。

将 2008 年 1 月 1 日起在本院住院的精神分裂症患者按住院号排序登记,然后按随机数字表法抽取收集 100 人,男性 61 例,女性 39 例。再根据住院号排序,随机分成 3 组,33 例个别治疗组(以下简称“个别组”),33 例集体治疗组(以下简称“集体组”),34 例对照。三组的人口统计学资料及临床特征差异无显著性意义,见表 1。

1.2 研究方法

本研究为病例随机抽样,对照开放研究。首先对参加病例资料收集人员进行量表评定的培训,培训时间 2d,量表评定一致性检验(Kappa 系数=0.75-0.89)。其次是对参加认知康复的本院医师和护士进行项目培训,培训时间 2 周。获得认知康复患者法定监护人签名的知情同意书和医院学术委员会的项目批准书。

1.3 治疗方法

1.3.1 时间与频度:每周治疗 3 次,每次 60min。3 个月为 1 疗程。对照组不参加任何认知治疗。

1.3.2 认知康复实施步骤:本研究的认知康复技术参照 Hatashita-Wong 和 Silverstein^[4]的注意治疗技术,结合 Hogarty 等^[5]认知增强治疗技术,自己编制一套认知重建技术和社交技能治疗^[6-7],个别组由经过培训的医师或护师指导患者单独

1 南京医科大学附属无锡精神卫生中心精神科,无锡,214151

作者简介:徐文炜,男,主任医师;收稿日期:2009-04-08

表1 三组一般资料比较

	个别治疗 (n=33)		团体治疗 (n=33)		对照组 (n=34)		χ^2	P
	例	%	例	%	例	%		
性别							0.066	0.968
男	20	61	21	64	21	62		
女	13	39	12	36	13	38		
年龄(岁)							3.964	0.411
18—35	4	12	2	6	5	15		
36—59	20	61	25	76	25	74		
60—65	9	27	6	18	4	12		
教育(年)							0.966	0.915
6—9	18	55	19	58	16	47		
10—14	11	33	11	33	13	38		
≥15	4	12	3	9	5	15		
病程(年)							11.648	0.07
≤5	2	6	2	6	5	15		
6—10	5	15	3	9	2	6		
10—30	16	49	26	79	18	53		
≥31	10	30	2	6	9	27		
诊断类型							1.44	0.837
偏执型	16	49	18	55	15	44		
未定型	12	36	10	30	11	32		
其他型	5	15	5	15	8	24		
药物治疗							2.753	0.6
第一代	6	18	7	21	6	18		
第二代	19	58	23	70	22	65		
合并用药	8	24	3	9	6	18		
住院时间(d)							0.701	0.994
≤7	3	9	4	12	5	15		
8—30	16	49	15	46	14	41		
31—90	7	21	7	21	7	21		
>90	7	21	7	21	8	23		

注:药物治疗指抗精神病药物治疗,其中第一代指传统抗精神病药物,第二代指非典型抗精神病药物,合并用药指传统抗精神病药物与非典型抗精神病药物合并治疗。

操作。主要包括:

第一个月进行症状识别和处理、药物处置能力训练。治疗内容:①如何知道自己的疾病开始复发;②进行治疗时应注意的情况;③怎样才能控制病情;④服药能否预防精神病复发;⑤讲解抗精神病药物治疗的知识;⑥正确的自我服用药物的方法;⑦识别药物的副反应和应对措施。

第二个月进行数字广度、词汇、数字符号、图画充填、木块图案、图画排列、物体拼凑等操作训练以及 Wisconsin 卡片分类操作,以提高患者的抽象思维、记忆和注意能力。

第三个月进行计划及解决问题能力训练。内容包括:①言语训练,让患者进行试问和回答简单的内容,主要是训练患者的口舌运动;②角色训练,让患者扮演家庭内相应的角色,主要是训练患者较好地起到家庭成员的作用;③问题解决能力训练,提出日常生活中所遇到的困难,让患者提出解决方案,主要是训练患者处理问题的能力。集体治疗组治疗内容与个别治疗组相似,但主要以集体辅导为主。每周第一次集体讲课,其余2次分组复习和操作。每一技能部分分成5个学习活动:①向患者介绍技能;②让患者观看教学示范录相带并由康复医师根据录像内容提问,让患者回答;③让患

者模拟示范录相带内容进行角色演练,互相提问和回答,工作人员录制演练过程;④播放演练过程,让患者对角色演练进行评估,再由康复医师进行小结;⑤安排并分派课外作业。治疗期间鼓励在某一特殊领域无缺损的患者去帮助那些在这方面有缺损的患者,以便有助于普及技能和提高自信。根据患者的特点,对参加治疗持积极态度并取得进步的患者给予物质奖励和精神鼓励。

1.4 疗效评估

1.4.1 基线评定:三组患者在入组前1周内进行以下项目检查:阳性与阴性症状量表(positive and negative syndrome scale, PANSS, 分值越高,症状越严重), GAF(分值越高,社会功能越好)和日常生活活动能力量表(activity of daily living scale, ADL, 分值越高,社会功能越差)。

1.4.2 疗效评定:要求三组患者在入组后每1个月检查1次 PANSS、GAF 和 ADL,在治疗结束后1周内再检查1次。

1.5 统计学分析

采用 SPSS11.5[®]统计软件对结果进行处理,三组性别比较采用 χ^2 检验;教育程度和年龄比较采用 F 检验;治疗前后效果比较,各量表数据的组内比较采用 t 检验;组间比较采用 F 检验;影响治疗效果的相关因素采用多元线性回归分析。

2 结果

所有受试者均完成治疗,无1例脱落。

2.1 三组组间治疗前后精神症状与社会功能

入组前基线评定三组精神症状(PANSS)、社会功能(GAF 和 ADL)经 F 检验无显著差异。治疗后,三组的 PANSS、GAF 和 ADL 评定结果经 F 检验显示,个别组的 ADL 显著低于对照组($F=4.419, P=0.038$);集体组的 PANSS 情感分量表分比对照组明显降低($F=1.498, P=0.012$);个别治疗组的 PANSS 阴性症状分量表分下降幅度显著大于对照组($F=4.224, P=0.006$)。其他项目在三组之间差异无显著性意义。三组治疗前后的 GAF、ADL 和 PANSS 数据见表2。

2.2 各组组内治疗前后精神症状与社会功能

个别组的 PANSS 总分、阴性症状、一般精神病理症状和 ADL 治疗前后的差异极有显著性意义($P<0.01$)。集体组的 PANSS 总分及阴性症状、情感不适和 ADL 治疗前后差异具有显著性意义($P<0.05$),对照组除了 PANSS 中的一般精神病理症状较治疗前明显降低外($P<0.05$),其余变化无显著性意义。三组 GAF 治疗前后无显著变化(表2)。

2.3 个别组与集体组治疗后精神症状及社会功能的比较

为了证实个别认知康复治疗与集体认知康复治疗之间的疗效是否有差异,对两组治疗后的 GAF、ADL 和 PANSS 进行了独立样本 t 检验,结果显示两组的减分值(治疗前后评分变化值)差异无显著性意义(表3)。

表2 三组认知康复治疗前后 GAF、ADL 和 PANSS 变化的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
个别组	33				
阳性症状		21.4±5.4	20.2±5.9	1.307	>0.05
阴性症状		22.7±5.9	19.1±6.6	3.543	<0.01
一般精神病理		30.0±3.6	27.2±4.5	3.517	<0.01
情感症状		10.3±2.4	10.1±2.6	1.353	>0.05
PANSS 总分		84.8±11.0	76.5±16.4	3.3	<0.01
GAF		58.0±9.7	59.3±13.3	1.148	>0.05
ADL		29.4±8.4	25.8±7.3	2.842	<0.01
集体组	33				
阳性症状		21.4±6.0	20.8±5.6	0.745	>0.05
阴性症状		22.4±7.2	20.5±8.4	2.09	<0.05
一般精神病理		28.7±5.9	26.5±6.3	1.825	>0.05
情感症状		10.1±1.7	9.1±2.0	2.629	<0.05
PANSS 总分		82.5±15.2	76.9±15.1	2.601	<0.05
GAF		56.2±8.9	56.5±11.6	0.173	>0.05
ADL		31.4±7.1	28.4±9.0	2.039	<0.05
对照组	34				
阳性症状		20.1±5.5	19.4±5.4	0.907	>0.05
阴性症状		21.1±7.1	21.7±9.1	0.509	>0.05
一般精神病理		30.0±6.2	27.2±5.6	2.466	<0.05
情感症状		10.4±2.4	10.6±2.5	0.313	>0.05
PANSS 总分		81.6±17.2	78.9±15.2	0.976	>0.05
GAF		54.6±8.5	54.2±11.8	0.346	>0.05
ADL		31.9±6.4	30.2±9.2	1.601	>0.05

表3 个别组和集体组认知康复治疗 GAF、ADL 和 PANSS 减分值的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	个别组(n=33)	集体组(n=33)	<i>t</i>	<i>P</i>
GAF	1.3±6.7	0.2±7.0	0.664	0.509
ADL	3.6±7.3	3.0±7.7	0.347	0.73
阳性症状	1.2±5.5	0.5±4.0	0.619	0.538
阴性症状	3.6±5.8	1.9±5.2	1.241	0.211
一般病理症状	2.9±4.7	2.2±6.8	0.507	0.614
情感不适	0.6±2.5	1.1±2.3	0.754	0.454
PANSS 总分	8.3±14.6	5.6±12.4	0.811	0.421

3 讨论

认知康复治疗的第一步给予症状识别与处理能力训练以及药物处置能力训练,是为了首先让患者的精神症状有所缓解,处于一个相对稳定的阶段,以便进行抽象思维、记忆和注意能力方面的训练。研究结果显示,无论是个别组还是集体组,精神分裂症患者经过认知康复干预后虽然阳性精神症状改善不明显,与对照组比较无显著差异。不过两组的 PANSS 总分和阴性症状量表分的显著降低,说明认知康复对精神分裂症的阴性症状有改善作用。三组的一般精神病理症状都有所改善。此外,集体组的情感不适(emotional discomfort)改善明显($P<0.05$),可能是在集体治疗过程中患者相互安慰的结果。虽然大体功能评定显示三组无显著差异,而且各组在治疗前后也无显著差异,可能与治疗时间较

短有关。但经过认知康复干预的患者的日常生活活动能力已有了较明显改善。与 Hogarty 等^[9]的认知加强治疗比较,本研究加入了症状识别和处理、药物处置能力治疗和社会技能治疗,在治疗对象方面只限于精神分裂症患者,排除了分裂情感性精神病,提高了样本的纯度。但本文仅讨论了认知康复对精神症状和社会功能方面的影响,尚缺少神经心理学方面的测定结果。认知康复疗法在国内主要应用于脑损伤的认知功能障碍患者^[9],而对精神分裂症的效果目前尚有争议^[10],目前用于精神分裂症的认知康复大致有两类,即认知重建和认知心理治疗^[11]。康复内容因人而异,没有固定的范式^[12-13],康复效果也有很大的差异。本研究的认知康复的侧重点是认知重建。其目标是针对精神分裂症的认知缺损,遵循先易后难的原则,进行抽象思维、记忆、注意、计划及解决问题能力训练。

Hogarty 等^[9]的研究说明认知康复对改善精神分裂症的认知功能和社会功能具有积极意义。他们对 121 例精神分裂症及分裂情感性精神病患者进行了认知加强治疗并分别进行了 1 年和 2 年随访,1 年后即可发现他们的神经认知功能明显提高($P<0.003$),行为也有一定程度改善。2 年后评估发现他们的认知方式、社会认知和社会适应能力都显著提高。而他们的残留症状尚无显著差异,治疗效果与抗精神病药物类型也无明显相关。本文的研究结果也证实认知康复能够改善精神分裂症的阴性症状和日常生活能力。

精神分裂症在众多方面表现为异源性缺损,包括认知症状,几乎没有一例只存在单一的缺损。而且,他们的认知缺损在数量、类型以及严重程度方面也存在广泛差异。因此, Silverstein 和 Wilkness^[9]提出了认知康复的个体化干预措施。本研究把认知康复分为个别治疗与集体治疗,目的是探索这两种方法以何种更为有效。但是对两组 GAF、ADL、PANSS 及其分量表的减分值分析,两组的精神症状以及日常生活能力方面在治疗后的差异并无显著性意义,说明发展认知康复的个体化干预的效果,还需进一步证实。而集体治疗过程中患者之间相互影响,将有助于普及技能和提高自信。

参考文献

- [1] Sharma T, Antonova L. Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences, and future treatment [J]. Psychiatric Clinics of North America, 2003, 26(1): 25—40.
- [2] Green MF, Kern RS, Heaton, RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS[J]. Schizophr. Res, 2004, 72(1): 41—51.
- [3] Silverstein SM, Wilkness SM. At Issue: The future of cognitive rehabilitation of schizophrenia[J]. Schizophrenia Bulletin, 2004, 30(4): 679—692.
- [4] Hatashita-Wong M, Silverstein SM. Coping with voices: Attention training for persistent auditory hallucinations in treatment

- refractory schizophrenia[J]. Psychiatry,2003,66(3):255—261.
- [5] Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior [J]. Arch Gen Psychiatry,2004,61(9): 866—76.
- [6] 徐文炜,查智群,张紫娟,等.药物自我处置能力治疗对社区慢性精神分裂症的长期作用 [J]. 中国康复医学杂志,2007,22(4): 329—338.
- [7] 徐文炜,袁国桢,张紫娟,等.慢性精神分裂症社会技能治疗的研究[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(3):241—244.
- [8] 马斌荣.SPSS for Windows Ver.11.5 在医学统计学中的应用[M]. 第3版.北京:科学出版社,2004.
- [9] 谢欲晓.认知康复的新领域!!! 认知神经心理康复[J].中国康复医学杂志,2004,19(1):5.
- [10] Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation [J]. Psychological Medicine,2002,32(5):783—791.
- [11] 朱紫青,陈建新.精神分裂症患者认知康复研究的新进展[J].上海精神医学杂志,2005,17(Suppl):68—69.
- [12] Phillips WA, Silverstein SM. Impaired cognitive coordination in schizophrenia: Convergence of neurobiological and psychological perspectives [J]. Behavioral and Brain Sciences, 2003,26(1):63—80.
- [13] Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, et al. A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia [J]. Int J Neuropsychopharmacol,2005,23(1):1—16.

卫生部第十六届全国小儿脑瘫实用康复技术培训班通知

为适应综合医院康复科、儿科、残疾儿童康复中心、儿童福利院和社区康复的需要,受国家卫生部委托,由卫生部佳木斯康复医学人才培训中心、佳木斯大学康复医学院暨黑龙江省小儿脑性瘫痪防治治疗育中心承办的第十六届全国小儿脑性瘫痪现代康复技术培训班即将招生,经结业考试授国家级 I 类继续教育学分 10 分。

培训内容:(1)小儿脑性瘫痪康复治疗的新理论、新技术、新进展。(2)孤独症等发育障碍性疾病的康复治疗。**培训方式:**采用团队式(医生与治疗师相结合,讲授与示教相结合)、集体评价、实际操作及典型病例讨论相结合的方式授课,突出动手操作能力的培训,重在提高儿童康复专业人员的理论与实践相结合的能力与水平。**培训对象:**从事儿童康复、小儿神经、儿童保健医生、治疗师、护士以及相关专业技术人员。**培训学员定额:**60 名(按报名先后,额满为止),培训中心根据学员申请将为边远贫穷地区免费培训 2 名学员。**拟开班时间:**2010 年 7 月 5 日—10 日,为期 1 周。**培训班教师:**英国著名儿童康复专家 Tony O'Sullivan,英国著名作业治疗专家 Sheila Eden,英国著名语言治疗孤独症治疗专家 Gillian Stephenson,我国著名儿童康复及小儿脑瘫康复专家及治疗团队。

请参加培训班的同志务必于 2010 年 5 月 15 日前将回执寄至培训中心,中心负责发报到通知。也可直接与培训中心联系。联系地址:黑龙江省佳木斯市德祥街 419 号 黑龙江省小儿脑性瘫痪防治治疗育中心。联系人:庞伟 谭丽萍;邮编:154003。

E-mail:pangwei76@yahoo.com.cn,lipingtian2008@163.com; 电话:0454-8623645,8623588; 网址:www.cp-jms.com

卫生部佳木斯康复医学人才培训中心 黑龙江省小儿脑性瘫痪防治治疗育中心