

·心理康复·

社会认知交互训练对精神分裂症的早期康复作用

徐文炜¹ 张紫娟² 朱建中¹ 李 达² 周振和³

社会功能的损害是精神分裂症标志性特征之一,而且在精神分裂症中,这些损害比其他精神障碍更加显著。社会功能的核心就是社会认知,社会认知是个人对他人的心理状态、行为动机和意向作出推测与判断的过程^[1]。可以说,社会认知与社会功能恢复联系比神经认知更密切。它不仅作为精神分裂症预后的直接的预测因子,也可作为预后的调节因子^[2]。因此,如何改善精神分裂症患者的社会认知功能,成了精神分裂症认知康复的研究前沿。

精神分裂症患者社会认知损害包括三个部分,即情绪知觉、心理理论和归因方式。既往对精神分裂症的社会认知干预仅限于单一能力方面的研究,如情绪知觉或心理理论^[3-4],很少注意干预的整体性。为了改善社会认知干预技术单一的限制,Roberts等^[5]创建了社会认知与交互作用培训(social cognition and interaction training, SCIT),其内容包括情绪知觉、心理理论和归因方式三个部分。本文 SCIT 技术对精神分裂症实行了早期干预,目标在于改善精神分裂症患者的社会认知功能。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入组标准:①符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》(CCMD-3)^[6]精神分裂症的诊断标准;②年龄18岁以上,受教育程度 ≥ 6 年, IQ ≥ 80 ;③从首次精神病发作到本次治疗时间 ≤ 5 年。

排除标准:①脑外伤史,神经系统疾病,高热史,痴呆或其他任何意识改变,任何时期的毒品服用史,视、听、和/或运动损害,任何活动的心血管、呼吸系统疾病以及其他可引起认知损害的病理状况;②《阳性与阴性症状量表》(positive and negative syndrome scale, PANSS)^[7]中兴奋、冲动控制障碍、愤怒、延迟满足困难和情感不稳五个项目之一达到5分或以上者。

分组:受试者来源于无锡市精神卫生中心门诊和开放住院患者,在签署知情同意后,按门诊号或住院号末2位数

对应随机数字表^[8],将患者随机分配到社会认知及交互作用组30例(简称 SCIT 组)和一般技能训练组30例(“对照组”)。共有60例患者符合入组标准,其中门诊患者16例,开放患者44例。所服抗精神病药物以氯丙嗪100mg为等效价折算^[9]。受试者的人口统计学及临床一般资料在两组之间无显著性差异(表1)。

表1 两组患者入组时人口统计学及一般临床资料比较

	SCIT组(n=30)		对照组(n=30)		χ^2	P
	例	%	例	%		
性别					1.067	0.302
男	17	57	17	57		
女	13	43	13	43		
婚姻					1.111	0.292
独居	14	47	10	33		
已婚	16	53	20	67		
文化					3.603	0.165
小学至初中	13	43	15	50		
高中	10	33	4	23		
大学及以上	7	23	11	37		
诊断亚型					3.048	0.218
偏执	19	63	23	77		
青春	5	17	1	3		
未定	6	20	6	20		
用药方式					0.386	0.824
单药	19	63	19	63		
两药	9	30	10	33		
三药及以上	2	6.7	1	3		
新药比例					0.373	0.542
无	6	20	8	27		
有	24	80	22	73		
脑萎缩					0.111	0.739
无	5	17	6	20		
有	25	83	24	80		
	$(\bar{x} \pm s)$		$(\bar{x} \pm s)$		<i>t</i>	<i>P</i>
年龄(年)	37.1 $\pm$ 14.9		35.6 $\pm$ 13.0		0.424	0.673
病程(月)	18.5 $\pm$ 14.0		19.9 $\pm$ 12.6		0.389	0.699
氯丙嗪等量(mg)	344.2 $\pm$ 149.4		319.2 $\pm$ 168.9		0.607	0.546

1.2 研究方法

首先编写操作手册,对参加本课题的精神科高年资住院医师和主管护士进行培训,每组配置1名医师和2名护士。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.11.017

1 南京医科大学附属无锡精神卫生中心精神科,无锡,214151; 2 南京医科大学附属无锡精神卫生中心康复科; 3 南京医科大学附属无锡精神卫生中心心理科

作者简介:徐文炜,男,副教授; 收稿日期:2011-01-17

SCIT时间18周,每周1节课,每节课持续时间不超过60min。SCIT课程分三个部分:①情绪培训:情绪的定义1节课;情绪模仿训练1节课;暗示训练2节课;四图序列ToM卡通任务训练2节课;理解偏执狂的意思2节课。②找出状态:通过列举案例,引导患者把事实与猜疑、轻率下结论、理解为不良事件区分开来,共4节课。③整合:每位患者自己举例,对所经历的事情进行剖析,在现实生活中检出猜疑,共6节课。

对照组根据社会技能训练要求^[10],主要完成症状的识别及处理、预防复发能力的训练。同样是每周1h,共18周。SCIT成员的三个课程中有一个课程参与率小于60%者作为脱落病例处理,对照组成员总上课率小于60%者作为脱落病例处理,每6周期满对参加者予以物质奖励。

1.3 训练工具

①暗示训练,本研究以Marjoram等^[11]设计的暗示测验为模板,用于培养受试者在听完间接的言语表达后推断说话者真实意图的能力。②四图序列ToM卡通任务训练,以Brüne^[12]的ToM卡通为模板,用于培养受试者识别情节中人物心理状态的能力。

1.4 评估

①临床表现与精神症状的评估采用《阳性与阴性症状量表》(PANSS)^[7],本研究强调能反映整体水平的PANSS总分和与社会功能损害的阴性症状分。②社会功能采用Morosini等^[13]开发的《个人和社会功能量表》(personal and social performance scale, PSPS)。该量表是在功能大体评定量表(GAF)和社会和职业功能量表(SOFAS)基础上开发的一个专门评估精神分裂症患者社会功能的量表,由杨森公司提供中文译本并负责培训。③神经认知功能评估由本院心理测定科采用韦氏成人智力量表(Wechsler's adult intelligence scale, WAIS)测定。④社会认知评估采用能反映个人社会知觉的明尼苏达多相人格调查表(MMPI)中的疑病(Hs)、病态人格(Pd)和社会内向(Si)三个临床亚量表^[14],以及能反映归因方式的《多维度—多归因因果量表》(the multidimensional-malttributational causality scale, MMCS)^[15]中的人际关系部分。MMPI三个量表中能反映个体感知或接受别人的情感与心境的能力。MMCS人际关系总分为内控性得分减去外控性得分,分数越高,内控性越高,内归因越强。

1.5 统计学分析

应用SPSS 11.5进行统计学分析,两组的人口统计学及临床基本情况中的计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。WAIS、PANSS、PSPS以及社会认知相关量表在两组之间的差异采用单侧 t 检验,即 $P<0.025$ 才有显著性意义,以减少第一类错误的可能性。采用Cohen'd两组均数比较法分析效应值(ES)。

2 结果

所有受试者均完成训练,两组的参加率为100%。训练前两组的精神症状量表、社会功能量表、神经心理学量表和社会知觉量表的评定差异均无显著性意义,SCIT干预后两组结果分析如下。

2.1 精神症状

训练后PANSS总分两组比较差异无显著性意义($t=1.468$, $P=0.147$, $ES=0.19$)。而SCIT组在训练后的阴性症状分显著低于对照组($t=2.731$, $P=0.008$, $ES=0.25$)。

2.2 社会功能

两组训练后的PSPS分的差异无显著性意义($t=2.147$, $P=0.036$, $P>0.025$, $ES=0.27$),但SCIT组训练后的PSPS分与训练前比较差异有显著性意义($t=3.709$, $P=0.001$, $P<0.025$)。对照组的PSPS分在训练前后自身比较,单侧检验差异无显著性意义($t=2.137$, $P=0.041$, $P>0.025$)。

2.3 神经认知功能

两组的WAIS总分在训练后差异无显著性意义($t=1.117$, $P=0.269$, $ES=0.14$)。

2.4 社会知觉

人际知觉。训练后两组之间的疑病亚量表分差异无显著性意义($t=1.163$, $P=0.250$, $ES=0.64$)。训练后的病态人格($t=3.591$, $P=0.001$, $ES=0.42$)和社会内向($t=3.303$, $P=0.002$, $ES=0.39$)两个分量表则在两组之间的差异有显著性意义,单侧检验均小于0.025。

归因方式。训练后MMCS人际关系分在两组比较差异无显著性意义($t=0.925$, $P=0.359$, $ES=0.95$)。见表2。

表2 早期SCIT干预后结果比较

测试值	SCIT组		对照组		两组训练后效应值
	训练前	训练后	训练前	训练后	
PANSS总分	70.5 ± 8.5	54.0 ± 12.2	70.4 ± 9.0	58.9 ± 13.6	0.19
阴性症状	15.1 ± 2.8	10.9 ± 2.9	14.0 ± 3.0	12.7 ± 4.1 ^①	0.25
PSPS	78.6 ± 7.0	84.2 ± 5.6	79.2 ± 5.1	81.2 ± 5.3 ^①	0.27
WAIS(IQ)	94.2 ± 11.0	94.8 ± 11.3	92.3 ± 8.1	92.0 ± 8.1	0.14
MMPI					
Hs	63.0 ± 13.3	56.1 ± 13.7	64.7 ± 15.4	60.1 ± 12.6	0.64
Pd	63.5 ± 12.9	48.0 ± 11.0	68.1 ± 10.8	58.1 ± 10.7 ^①	0.42
Si	57.0 ± 8.7	47.3 ± 8.0	58.9 ± 7.8	54.6 ± 9.0 ^①	0.39
MMCS	-0.8 ± 2.3	1.4 ± 2.0	-0.8 ± 2.2	0.8 ± 2.5	0.95

①训练后SCIT组与对照组比较 $P<0.05$

3 讨论

SCIT是一种用以改善精神分裂症患者情绪知觉、归因方式和心理理论能力的人性化干预设计。与现有的认知干预不同的是,SCIT把重点放在社会认知损害的这三个核心范畴。Combs等^[16]应用了SCIT技术对18例精神分裂症谱系患者进行了18周社会认知功能的训练,另外10例精神分裂症

患者以社会技能训练作对照。结果是SCIT组患者在社会和情感认知、暗示和归因方面有明显改善,在认知的灵活性、亲密性需求和社会关系方面也有所改善,而且攻击行为明显减少。但研究对象均为慢性精神分裂症,平均病程已达18年。

本研究的特点是将SCIT技术应用于精神分裂症的早期康复训练。与Combs等的研究相比^[5],本组受试者的病程较短,评估方法不如Combs等的复杂。经过18周的系统训练,从PANSS和PSPS两个量表的变化可以看出,SCIT组患者的阴性症状和社会功能均较对照组有明显改善。

社会认知的改变反映在人际知觉、暗示性和归因方式上。SCIT组患者训练后的病态人格和社会内向两个亚量表明显低于对照组,说明精神分裂症患者经过SCIT在人格方面有较好的改善。归因方式的人际关系分在两组比较差异虽然无显著性意义,但是其效应值高达0.95,说明SCIT组在训练后的归因方式还是有所改善的。由于技术原因,本研究未对患者作暗示性测验。

由于初次将SCIT技术用于精神分裂症的早期康复干预,其训练课程编写和安排,以及在训练技术尚属探讨阶段,还需更大的样本量和更长的观察时间来证实SCIT在精神分裂症康复中的价值。但有关这方面的研究强烈地支持社会认知是精神分裂症的重要治疗目标^[2]。

参考文献

- [1] 时蓉华.社会心理学//张春兴.世纪心理学丛书[M].杭州:浙江教育出版社,1998.257—292.
- [2] Pinkham AE, Penn DL. Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia[J]. Psychiatry Res, 2006, 143(2—3):167—178.
- [3] Kayser N, Sarfati Y, Besche C, et al. Elaboration of a rehabilitation method based on a pathogenetic hypothesis of “theory of mind” impairment in schizophrenia[J]. Neuropsychol Rehabil, 2006, 16(1):83—95.
- [4] Russell TA, Chu E, Phillips ML. A pilot study to investigate the effectiveness of emotion recognition remediation in schizophrenia using the micro-expression training tool[J]. Br J Clin Psychol, 2006, 45 (Pt4):579—583.
- [5] Combs DR, Adams SD, Penn DL, et al. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings[J]. Schizophrenia Research, 2007, 91(1—3):112—116.
- [6] 中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 第3版.济南:山东科学技术出版社,2001.75—78.
- [7] 何燕玲.阳性与阴性症状量表//张作记.行为医学量表手册[J].中国行为医学科学,2001,10(特刊):143—148.
- [8] 上海第一医学院卫生统计学教研组.医学统计方法[M].上海:上海科学技术出版社,1978.228.
- [9] Bazire S. Psychotropic drug directory.2003/04[M]. Wilts, UK. Fivepin Publishing Limited.2004:126—180.
- [10] 徐文炜,袁国桢,张紫娟,等.慢性精神分裂症社会技能训练的研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):241—244.
- [11] Marjoram D, Gardner C, Burns J, et al. Symptomatology and social inference: a theory of mind study of schizophrenia and psychotic affective disorder[J]. Cognitive Neuropsychiatry, 2005, 10(5):347—359.
- [12] Brüne M, Bodenstein L. Proverb comprehension reconsidered —‘theory of mind’ and the pragmatic use of language in schizophrenia[J]. Schizophrenia Research, 2005, 75(2—3): 233—239.
- [13] Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, et al. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning[J]. Acta Psychiatr Scand, 2000, 101(4):323—329.
- [14] 纪术茂,戴郑生.明尼苏达多相人格调查表——最新研究与多类量表解释[M].北京:科学出版社,2004.299.
- [15] 《中国心理卫生杂志》编辑部.心理卫生评定量表手册[J].中国心理卫生杂志,1993,(增刊):285—287.