

文章编号 1006-8147(2014)04-0313-03

论 著

内观认知疗法改善偏执型精神分裂症康复期社会功能的研究

程 娟^{1,2}, 徐小童^{1,2}, 毛富强¹, 刘 霞¹, 曹 桐^{1,2}, 杜建艳^{1,2}, 马宏筠^{1,2}

(1.天津医科大学精神医学教研室,天津 300070;2.天津市安定医院,天津 300222)

摘要 目的:探讨内观认知疗法对偏执型精神分裂症康复期患者社会功能应用效果。方法:以2009年6月-12月间符合入组标准和排除标准的100名住院患者为研究对象,将患者随机分为研究组和对照组,研究组在服用原有药物基础上给予内观认知治疗4周,在入组时及4周末进行精神分裂症患者生活质量量表(SQLS)、自尊量表(SES)、家庭亲密度和适应性量表、信赖他人量表、容纳他人量表评估。结果:89例进入结果分析,其中研究组40例,对照组49例;研究组治疗前后比较,生活质量总分($t=10.00$)、心理社会因子($t=7.79$)、精力/动机因子($t=5.61$)、症状/副反应($t=3.46$)、自尊量表($t=-3.65$)、实际亲密度($t=-9.02$)、实际适应性($t=-4.49$)、理想适应性($t=-2.80$)、信赖他人评分($t=7.80$)、容纳他人($t=-3.20$)与被他人容纳评分($t=-6.48$)均有显著性统计学差异($P<0.01$);治疗后两组比较,SQLS总分($t=-4.63$)、SES($t=2.80$)、实际亲密度($t=5.91$)、实际适应性($t=2.96$)、理想适应性($t=3.28$)、信赖他人评分($t=-6.99$)、容纳他人($t=3.43$)及被他人容纳评分($t=2.78$)均有显著性统计学差异($P<0.01$)。结论:药物合并内观认知疗法对偏执型精神分裂症康复期患者生活质量、自尊水平、家庭亲密度、适应性及对他人容纳度均有显著改善,可以显著改善患者社会功能。

关键词 精神分裂症;康复期;社会功能;内观认知疗法

中图分类号 R749.3

文献标志码 A

精神分裂症是一种常见严重精神疾病,有感知、思维、情感和行为等多方面障碍,多有社会功能严重损伤,病程多迁延,预后不良,精神残疾率高。世界卫生组织估计,全球精神分裂症终身患病率约为3.8%~8.4%^[1]。2011年天津市精神障碍流行病学调查结果显示,精神病性障碍的总患病率为6.6%^[2]。内观认知疗法(NaiKan Cognitive Therapy, NCT)是1995年由李振涛提出、2007年由毛富强完善,整合源于东方文化的内观疗法和源于西方文化的认知疗法,通过内观进行自我洞察和情感启动,进而识别矫正非理性认知并促进建设性行为,既可治疗精神障碍又能促进心理健康的一种新的心理疗法^[3]。本研究采用内观认知疗法对偏执型精神分裂症康复期患者社会功能进行应用研究,为相关研究提供实践经验。

1 对象与方法

1.1 对象 2009年6月1日-12月31日天津市安定医院住院患者(符合入组标准和排除标准)100例作为研究对象。纳入标准:(1)符合国际疾病分类第10版(ICD-10)或中国精神障碍分类与诊断标准第3版(CCMD-3)中偏执型精神分裂症诊断标准1次或多次发作;(2)经药物治疗达到临床痊愈水平;阳

性与阴性症状量表(PANSS)总分减分率 $\geq 50\%$ 或PANSS总分 ≤ 60 ;(3)男性患者,年龄16~40岁,初中以上文化程度;(4)自愿参与本研究,征得监护人同意并签署知情同意书;(5)治疗用药近期不需要调整。排除标准:(1)伴精神发育迟滞或脑器质性疾病;(2)严重衰退或冲动兴奋不合作;(3)伴发严重抑郁、焦虑和物质滥用;(4)严重的躯体疾病或药物副作用,无法接受内观认知治疗者。

1.2 方法

1.2.1 分组方法 使用随机数字表的方法,将患者分成研究组和对照组。研究组在服用原有药物的基础上,给予连续4周每天3h的分散内观认知治疗。对照组在服用原有药物的基础上,给予同等周期和时间的工娱治疗。

1.2.2 内观认知疗法^[3] 将患者安排在一个独立和安静病房,病房内不悬挂任何饰物,治疗期间不做与心理治疗无关的任何事情。心理治疗采用毛富强编写的《内观认知疗法指导手册》,规范和记录治疗全过程。每天按统一要求进行内观认知治疗(共28d,3h/d,合计84h),每天当面指导1次(约15~20min),按照与指导者协商确定的时段、主题、对象和程序进行回忆。回忆以个人成长每3~5年为1个阶段;以“对方为我做的,我为对方做的,我给对方添的麻烦”3个主题回忆自己经历过的具体生活事件;

作者简介 程娟(1982-),女,住院医师,硕士在读,研究方向:临床精神病学;通信作者:毛富强, E-mail: maofq@tjmu.edu.cn。

对象为最亲近的人(如母亲)、次亲近的人(如父亲)、第三亲近的人(如朋友、恋人或其他亲人等)、次讨厌的人、最讨厌的人;程序为:(1)进入情境→(2)重温自我→(3)换位感受→(4)觉察感悟(自动思维识别)→(5)认知矫正(非理性认知矫正)。

1.2.3 评估方法 入组和治疗结束(4周)时各进行一次心理评估。采用单盲法评估,评定者只知道患者参与科研,但不知道具体分组情况。一般情况调查表由患者主管医生根据患者实际情况填写,其他量表由患者本人填写。

1.2.3.1 一般情况调查表(自编):收集患者人口学特征、住院情况调查等一般情况。

1.2.3.2 精神分裂症患者生活质量量表(the schizophrenia quality of life scale, SQLS):共 30 个条目,包含了心理社会、动机/精力、症状/副反应 3 个分量表。原始分换算为标准分 0~100,分值越低表明主观生活质量越好。

1.2.3.3 自尊量表(self-esteem scale, SES)^[4]:量表由 10 个条目组成,采用 1 至 4 级评分。总分范围 10~40 分,分值越高,自尊程度越高。

1.2.3.4 家庭亲密度与适应性量表(family adaptability and cohesion scale, FACES II-CV)^[4]:由 Olson 等编制,费立鹏等翻译并修编,将家庭区分成 16 种家庭类型。该量表分为 30 个条目,采用 1 至 5 级评分制。主要通过亲密度和适应性两方面评价家庭功能,并且将实际感受与理想状况分开计算,得分差

异越大不满意程度越大。

1.2.3.5 信赖他人量表(rosenberg)^[4]:包括 2 个选择性项目和 3 个同意-不同意项目。量表总分在 1~6 分之间,信任程度愈高得分愈低。

1.2.3.6 容纳他人量表(acceptance of others, AOS)^[4]:量表共 25 项,包括自我容纳、容纳他人及他人容纳自己 3 种变量。分 5 级记分,总分为 20~100,得分越高,越容易与他人和睦相处。

1.3 统计学方法 运用 SPSS.18.0 软件进行统计分析,所有数据均输入 SPSS 数据库,使用方差分析、 χ^2 检验、配对样本 t 检验和独立样本 t 检验、相关分析等统计方法。

2 结果

2.1 一般资料比较 共 89 例进入结果分析,其中研究组 40 例,对照组 49 例。经统计学分析,两组患者婚姻状况、学历、就业情况、家庭收入、吸烟、饮酒、家族史构成比,以及年龄、总病程、首次发病年龄、首次治疗年龄、首次住院年龄、用药剂量均无统计学差异(表 1)。

2.2 两组治疗前后 SQLS 比较 研究组治疗前后 SQLS 总分、心理社会因子、精力/动机因子及症状副反应因子有显著性统计学差异($P<0.01$),对照组心理社会因子有统计学意义($P<0.05$),两组治疗后 SQLS 总分有显著性统计学差异($P<0.01$),心理社会因子和症状副反应因子有统计学差异($P<0.05$)(表 2)。

表 1 研究组和对照组一般资料比较结果($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	年龄/岁	总病程/年	发病年龄/岁	首次治疗年龄/岁	首次住院年龄/岁	氯丙嗪等效剂量/mg
研究组	40	35.58±3.59	9.13±3.49	26.46±1.58	27.55±1.77	28.63±1.88	358.13±106.12
对照组	49	33.80±5.60	7.82±3.78	26.02±3.05	26.82±3.15	27.76±3.39	377.55±83.42
<i>t</i>		1.70	1.68	0.09	1.31	1.45	-0.97
<i>P</i>		0.093	0.096	0.423	0.192	0.150	0.336

表 2 两组患者治疗前后生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$)

项目	组别	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
总分	研究组	73.72±8.54	66.15±7.67 ^{△△}	10.00	0.000**
	对照组	72.51±5.68	72.73±5.75	-1.08	0.288
心理社会因子	研究组	32.88±5.37	29.28±5.35 [△]	7.79	0.000**
	对照组	32.49±4.93	32.00±4.77	2.04	0.047*
精力/动机	研究组	19.23±4.70	16.77±4.63	5.61	0.000**
	对照组	17.82±4.68	18.18±4.88	-1.63	0.110
症状/副反应	研究组	21.90±5.40	20.18±5.00 [△]	3.46	0.001**
	对照组	22.27±3.32	22.33±3.49	-0.23	0.822

* $P<0.05$, ** $P<0.01$, [△] $P<0.05$, ^{△△} $P<0.01$

2.3 两组患者治疗前后 SES 比较 研究组($t=-3.65$)和对照组($t=-2.88$)的 SES 评分治疗前后经配对 t

检验差别均有显著性统计学意义($P<0.01$)。治疗后两组有显著性统计学差异($t=2.80$, $P<0.01$)。

2.4 两组患者治疗前后家庭亲密度与适应性比较 研究组治疗前后实际亲密度、亲密不满意程度、实际适应性、理想适应性差异有显著性统计学意义($P<0.01$),理想亲密度差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组治疗前后实际亲密度、亲密不满意程度和适应性不满意程度差异有显著性统计学意义($P<0.01$)(表 3)。

治疗后两组患者实际亲密度($t=5.91$)、亲密不满意程度($t=-5.04$)、实际适应性($t=2.96$)、理想适应性($t=3.28$)差异有显著性统计学意义($P<0.01$),适

应性不满意程度($t=2.01$)差异有统计学意义($P<0.05$)(表3)。

表3 两组患者治疗前后家庭亲密度与适应性评分比较($\bar{x}\pm s$)

项目	组别	n	治疗前	治疗后	t	P
实际亲密度	研究组	40	52.85±3.70	57.78±3.08 ^{△△}	-9.02	0.000**
	对照组	49	53.29±2.93	54.33±2.42	-3.83	0.000**
理想亲密度	研究组	40	69.20±1.57	68.40±1.96	2.44	0.020*
	对照组	49	68.63±1.72	68.37±1.75	1.06	0.295
亲密不满意程度	研究组	40	16.40±4.13	10.75±3.39 ^{△△}	10.95	0.000**
	对照组	49	15.35±3.60	14.04±2.78	3.45	0.001**
实际适应性	研究组	40	38.35±4.42	41.43±3.90 ^{△△}	-4.49	0.000**
	对照组	49	38.55±3.76	39.16±3.30	-1.58	0.121
理想适应性	研究组	40	53.60±5.50	55.13±3.28 ^{△△}	-2.80	0.008**
	对照组	49	52.43±5.12	52.10±5.01	0.97	0.339
适应性不满意程度	研究组	40	15.18±4.65	13.70±4.26 [△]	1.90	0.065
	对照组	49	13.96±4.35	11.92±4.07	4.63	0.000**

* $P<0.05$, ** $P<0.01$, [△] $P<0.05$, ^{△△} $P<0.01$

2.5 两组患者治疗前后信赖他人量表比较 研究组治疗前后信赖他人量表评分($t=7.80$)差异有显著性统计学意义($P<0.01$)。治疗后研究组与对照组信赖他人评分($t=-6.99$)差异有显著性统计学意义($P<0.01$)。

2.6 两组患者治疗前后容纳他人量表比较 研究组治疗前后评分及被他人容纳评分经配对 t 检验差异有显著性统计学意义($P<0.01$)(表4)。治疗后两组患者容纳他人($t=3.43$)及被他人容纳评分($t=2.78$)差异有显著性统计学意义($P<0.01$)(表4)。

表4 两组患者治疗前后容纳他人量表评分比较($\bar{x}\pm s$)

项目	组别	n	治疗前	治疗后	t	P
容纳他人	研究组	40	41.33±3.89	43.55±4.61 ^{△△}	-3.20	0.003**
	对照组	49	40.69±2.89	40.98±2.29	-0.96	0.341
被他人容纳	研究组	40	10.20±1.51	11.85±2.26 ^{△△}	-6.48	0.000**
	对照组	49	10.59±2.07	10.71±1.58	-0.62	0.537

** $P<0.01$, ^{△△} $P<0.01$

3 讨论

精神分裂症病情慢性迁延,反复发作,有明显功能损害,导致患者生活质量显著低于正常^[9]。有文献报道精神分裂症患者社会功能缺陷发生率为53%^[6]。近年来,精神分裂症患者的社会功能已逐渐成为关注焦点,社会功能是评估精神分裂症损害程度和干预效果的重要指标之一。患者社会功能的影响因素涉及到生物因素、社会因素和心理因素。药物治疗虽然能有效改善患者急性期主要临床症状,但残余精神症状、受损社会功能及来自社会家庭的心理压力都是药物治疗难以解决的问题^[7]。

内观认知疗法之所以能有效改善精神分裂症

患者的社会功能,其心理机制可能是患者按照吉本内观的3个主题(别人为我做的、我为别人做的、我给别人添的麻烦),通过对自己个人成长过程中重要人际关系进行回忆,在内观情境中多角度观察和感受已发生的各个事件,通过启动情感因素,进而对自己存在的多种非理性认知进行察觉和修正,改变执著的自我中心主义意识,并使自己心灵得到升华,主观世界与客观世界趋于和谐^[3]。

曹桐和曲鸿儒分别将内观认知疗法应用于精神分裂症康复期治疗,对临床症状和认知功能改善均取得了肯定的疗效^[8-9]。由于精神分裂症患者注意力难以持久集中、自身体力和脑力不足等特点,本研究采用时间不连续和地点不集中的分散操作模式,有助于患者更好地接受和完成心理治疗。以往研究表明,分散法与集中法具有相同的治疗效果^[10]。

本研究表明,药物合并内观认知疗法干预后研究组患者的生活质量量表中总分明显下降,心理社会因子、动机/精力因子及症状/副反应各因子较治疗前有明显改善,其差异有显著性统计学意义。对照组患者在量表总分、动机/精力因子,症状/副反应较治疗前无显著差异。与对照组相比在治疗结束后精神分裂症患者生活质量量表总分差异存在显著性统计学意义。药物合并分散内观认知疗法干预后可以显著改善患者的生活质量。

由于疾病、医院及社会环境等诸多因素,有相当多的精神分裂症患者经过急性期治疗达到缓解期后会产生不同程度的病耻感、恐惧或不愿接触社会,从而加速患者社会技能的衰退,影响患者的生活质量和社会回归。通过内观认知疗法患者回顾在自己的成长过程中家人与朋友的帮助,使患者懂得在面对重大问题或困难时及时向家人或朋友求助,让患者明白家人与朋友的支持一直围绕在其身边,减少患者的无助感,增强其生活的信心,从而提高患者对自身社会关系和环境状况的满意度,最终改善生活质量。

精神分裂症患者的家庭亲密度和适应性均低于正常家庭^[11-12]。本研究表明,研究组家庭的实际亲密度、实际适应性、理想适应性评分均明显高于对照组,说明内观认知疗法能够提高患者家庭的亲密度与适应性。其有效机制可能为:通过内观可以使患者感觉到自己为家人做的太少而从家人那里却得到了很多,以及自己给家人增添了很多麻烦,使患者对既往以自我为中心产生愧疚感,对家人产生报恩感,而感恩作为积极心理学的关注热点,有助

(下转第322页)

表 1 秦皮甲素乳膏透皮释药方程

Tab 1 Permeation kinetic equations of aesculin cream

组别	回归方程	r	Td
1%氮酮	$y=0.904\ 0x+2.601\ 5$	0.979 8	17.773 0
2%氮酮	$y=0.723\ 8x+2.496\ 1$	0.982 9	31.453 8
4%氮酮	$y=0.833\ 6x+2.710\ 0$	0.993 0	25.812 9
2.5%丙二醇	$y=0.993\ 8x+3.432\ 4$	0.984 7	31.616 4
5%丙二醇	$y=0.649\ 0x+2.314\ 3$	0.997 3	35.369 7
10%丙二醇	$y=0.804\ 0x+2.830\ 4$	0.989 0	33.790 4
1%冰片	$y=0.820\ 8x+2.591\ 9$	0.992 6	23.516 5
5%冰片	$y=0.668\ 0x+1.825\ 6$	0.999 1	15.372 9
9%冰片	$y=0.678\ 2x+2.265\ 7$	0.993 4	28.241 2
1%薄荷油	$y=0.601\ 7x+2.799\ 1$	0.987 8	104.774 3
3%薄荷油	$y=0.758\ 0x+2.468\ 5$	0.994 7	25.961 9
5%薄荷油	$y=0.505\ 6x+2.357\ 4$	0.9739 97	105.839 7

3 讨论

本实验制备了秦皮甲素乳膏,建立了透皮吸收研究方法,考察了氮酮、丙二醇、冰片及薄荷油不同浓度的透皮吸收促进剂对秦皮甲素乳膏体外透皮吸收的效果,实验方法快速、有效、准确。

冰片,又名片脑、龙脑香、梅花脑等,是龙脑香科植物龙脑香的树脂和挥发油加工品提取获得的结晶,是近乎于纯粹的右旋龙脑。研究发现冰片的

促吸收作用主要在角质层,可能由于冰片改变脂质分子的排列和增加其流动性。另外冰片还能增加完整皮肤及其去角质层皮肤的贮库效应^[9]。冰片作为一种透皮吸收促进剂,具有起效快、效果好、副作用小等优点,充分重视和利用冰片这一特点将会有广阔的发展前景。

参考文献:

- [1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典[M]. 一部. 北京: 中国医药科技出版社, 2010: 254
- [2] 方莲花, 吕扬, 杜冠华. 秦皮的药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2008, 33(23): 2732
- [3] 方睿, 张海鸣, 王成芳, 等. 不同透皮吸收促进剂对灯盏花素凝胶剂透皮吸收的影响[J]. 中成药, 2012, 34(6): 1174
- [4] 季申, 王柯. HPLC 法测定秦皮中秦皮甲素秦皮乙素的含量[J]. 中成药, 1997, 19(10): 40
- [5] 周蕾, 陈彦, 张振海, 等. 不同促渗剂对芍药苷透皮吸收的影响[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(9): 2100
- [6] 张兆旺. 中药药剂学[M]. 第 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 263
- [7] 张岭, 严子平, 张莉, 等. 不同透皮吸收促进剂对左旋肉碱透皮特性的影响[J]. 中国新药杂志, 2012, 21(5): 559
- [8] 张超. 氮酮对骨平巴布膏中葛根素体外透皮吸收的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(6): 1
- [9] 周庄, 林学锦. 薄荷脑、冰片及合用对青藤碱体外透皮吸收的影响[J]. 福建中医药, 2011, 42(3): 51

(2013-12-26 收稿)

(上接第 315 页)

于增强个体的幸福感。

参考文献:

- [1] 陈元旺, 顾克胜. 精神医学研究进展[J]. 人民军医, 2013, 56(8):964
- [2] 徐广明, 吴宪, 田红军, 等. 天津市 18 岁以上居民精神障碍流行病学调查. 中华医学会第十次全国精神医学学术会议论文汇编[C]. 北京: 中华医学会, 2012
- [3] 毛富强. 内观认知疗法[N]. 中华医学信息导报, 2011, 26(2):20
- [4] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册增订版[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 82-83, 175-189, 318-320
- [5] Brissos S, Balanza-Martinez V, Dias V V, et al. Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community[J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2011, 261(7): 509
- [6] 陈志恩, 马平都, 徐梅玉. 慢性住院精神分裂症患者社会功能有关因素研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2000, 14(2):140
- [7] 崔雪莲, 李宁. 精神分裂症患者社会功能的影响因素研究[J]. 国

际精神病学杂志, 2013, 40(1):23

- [8] 曹桐, 毛富强, 田红军, 等. 内观认知疗法对精神分裂症康复期患者的临床疗效[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2011, 20(6): 442
- [9] 曲鸿儒, 高艳杰, 毛富强, 等. 药物联合分散内观认知疗法对男性偏执型精神分裂症康复期疗效观察[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2012, 21(1):53
- [10] 徐小童, 毛富强, 刘霞, 等. 分散内观认知疗法对 30 名心理亚健康状态研究生应用评价[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(6):495
- [11] Monika S, Jan P, Daniela J, et al. The quality of life of patients suffering from schizophrenia a comparison with healthy controls [J]. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub, 2011, 155(2):173
- [12] 吴福喜, 邓河晃. 女性精神分裂症患者的家庭亲密度与适应性[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2000, 26(4): 215

(2014-01-02 收稿)