

文章编号 1006-8147(2017)06-0548-04

论 著

内观认知疗法对精神分裂症患者服药依从性的影响

李慧慧^{1,2}, 毛富强¹, 韩邵明^{1,2}, 常琦^{1,2}, 程娟¹

(1.天津医科大学精神医学教研室, 天津 300070; 2.天津市公安局安康医院第四治疗所, 天津 300240)

摘要 目的:评价内观认知疗法对精神分裂症患者服药依从性的影响。方法:将稳定期患者随机分成研究组和对照组,研究组在药物治疗同时予以8周内内观认知治疗,对照组在药物治疗同时予以8周工娱治疗。两组患者分别在治疗前及治疗后8周、半年时进行PANSS、ITAQ及MARS测试。结果:治疗前研究组与对照组在一般资料、PANSS、ITAQ和MARS评分均无显著性差异($P>0.05$);在治疗8周后及6个月随访时,研究组PANSS、ITAQ和MARS评分改善较对照组差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:内观认知疗法可以显著提高精神分裂症患者服药依从性。

关键词 精神分裂症;服药依从性;内观认知疗法

中图分类号 R749.3

文献标志码 A

Effect of Naikan Cognitive Therapy on medication adherence in schizophrenic patients

LI Hui-hui^{1,2}, MAO Fu-qiang¹, HAN Shao-ming^{1,2}, CHANG Qi^{1,2}, CHENG Juan¹

(Department of Psychiatry, Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China; 2. The Fourth Clinic, The Ankang Hospital of Tianjin Public Security Bureau, Tianjin 300240, China)

Abstract **Objective:** To investigate the effect of Naikan Cognitive Therapy on medication adherence in schizophrenic patients. **Methods:** Schizophrenic patients were divided into research group and control group randomly. Drug treatment and Naikan Cognitive Therapy were given to the research group for 8 weeks. At the same time, the control group was treated with drug and work entertainment for 8 weeks. Two groups of patients were tested PANSS, ITAQ, MARS scores before and after treatment, respectively. **Results:** There was no significant difference between the two groups in terms of general information ($P>0.05$). There was no significant difference between the two groups in PANSS, ITAQ, MARS before treatment either ($P>0.05$). During the treatment for 8 weeks to half a year, PANSS, ITAQ, MARS scores of the research group improved significantly compared with the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Naikan Cognitive Therapy can significantly improve the medication adherence of schizophrenic patients.

Key words schizophrenia; medication adherence; Naikan Cognitive Therapy

精神分裂症是一种慢性进行性恶化的精神疾病,疾病迁延不愈,具有高致残率、高致死率和高复发率的特点^[1]。精神分裂症的治疗以抗精神病药物治疗为主,基于以上原因精神分裂症患者在急性期治疗后的稳定期仍需长期巩固治疗以延缓病情进展,但我国精神分裂症患者的治疗依从性较差^[2],服药依从性差是造成精神分裂症患者疾病频繁复发、疾病负担加重和生存质量严重损害的重要原因^[3]。近年来,采用心理治疗改善精神分裂症患者服药依从性受到关注。本研究首次采用内观认知疗法^[4]探究其对精神分裂症患者服药依从性的影响。

1 对象与方法

1.1 对象 2016年1-4月,天津市公安局安康医院符合入组标准和排除标准的60名精神分裂症稳定期患者。

1.1.1 入组标准 (1)年龄18~60岁,男性,初中及

以上文化程度;(2)符合精神分裂症诊断标准(ICD-10);(3)经药物治疗达到临床有效标准: PANSS总分减分率 $\geq 50\%$ 或 PANSS总分 ≤ 60 ;(4)入组前1月没有进行任何心理治疗;(5)本人及监护人同意并签署知情同意书;(6)精神类药物品种和剂量在本研究期间不需要调整。

1.1.2 排除标准 (1)伴发严重抑郁、焦虑;(2)严重酗酒、物质滥用;(3)严重的躯体疾病或药物副作用;(4)严重衰退或冲动兴奋不合作;(5)其他不能完成心理治疗者。

1.2 方法

1.2.1 分组方法 将60名患者按照年龄、性别、发病年龄和药量相同者进行配对,再将每对患者随机分配到研究组和对照组里。在服用原有药物种类及剂量不变的基础上,连续8周给予研究组每天3h的内观认知治疗。对照组在服用原有药物种类及剂量不变的基础上,给予同等时间的工娱治疗。

1.2.2 内观认知疗法 (Naikan Cognitive Therapy,

作者简介 李慧慧(1985-),女,主治医师,硕士在读,研究方向:临床精神病学;通信作者:毛富强, E-mail: maofq@tmu.edu.cn。

NCT) 将受试者安排在一个相对独立、无人干扰的病房,此房间内不挂任何饰物,需放置水杯、笔、纸、桌椅等内观所需的物品,受试者在此房间内可自由活动,以静坐为主,心理困扰严重时可以躺卧,除必要的饮水入厕以外,不能做其他与心理治疗无关的任何事情,自觉关闭手机,不可以读书、看报、听音乐等。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 56 d,3 h/d,合计 168 h),根据病房作息规律,每天安排 8:00~11:00 或 13:00~16:00 进行 NCT 治疗。每天当面指导 1 次(约 15~20 min),了解内观者回忆和思考的情况以及心理治疗进展和遇到的问题,给予必要的解释和引导。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;对象为最亲近者(如妈妈)、次亲近者(如爸爸)、第三亲近者(如亲戚/朋友等)、次讨厌者、最讨厌者;治疗程序为:(1)进入情境→(2)重温自我→(3)换位感受→(4)觉察感悟(自动式思维识别)→(5)认知矫正(非理性认知矫正)。每段干预结束时内观者记录内观后的感悟,待全部治疗结束后进行总结记录治疗感受和收获。

1.2.3 评估方法 在治疗前、治疗 8 周、治疗完成 6 个月时各进行 1 次评估。使用单盲评价,评估只知道病人参加临床研究,但不知道具体分组。一般情况调查表由患者主管医生根据患者实际情况填写,其他量表由主管医生及门诊医生共同完成。

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

1.2.3.2 精神病性症状评估方法:采用阳性和阴性综合征量表(Positive and Negative Syndrome Sale, PANSS):该量表有 30 个条目,包括阳性症状分量表 7 项、阴性症状分量表 7 项和一般精神病理分量表 16 项 3 个,每个条目均为 1~7 分七级评分,评定的时间范围为评定前 1 周,分值越高,症状越严重,该量表是目前评定精神分裂症患者症状较为成熟的工具。

1.2.3.3 自知力的评估方法:采用自知力与治疗态度问卷(Insight and treatment Attitude Questionnaire, ITAQ)。由 Evoy 等 1989 年编制,为半定式问卷。主

表 1 两组患者的一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 1 Comparison of the general data between the two groups($\bar{x} \pm s$)

分组	n	年龄/岁	病程/年	发病年龄/岁	首诊年龄/岁	首次住院年龄/岁	住院次数/次	受教育年限/年	氯丙嗪等效量/mg
研究组	30	34.47±3.21	9.43±3.51	25.96±1.37	26.45±2.22	27.91±1.78	1.40±0.67	10.40±2.71	369.29±79.32
对照组	30	32.91±4.42	7.79±3.81	25.99±3.42	26.82±3.41	28.01±2.98	1.52±0.80	9.53±3.25	380.11±86.92
t		1.361	1.783	-0.372	-0.785	-1.272	-0.616	1.126	-1.373
P		0.092	0.069	0.691	0.562	0.096	0.580	0.265	0.089

要用于评定患者有无自知力,问卷最低分为 0 分,最高分为 22 分,分数越高自知力越充分。本问卷由研究医生给予评定,ITAQ 的总分评分规定,ITAQ 总分 ≥ 20 分为自知力完全存在,6~9 分为部分存在, ≤ 5 分为不存在。依据此评分结果把入组病例分为 3,分别是自知力不存在、部分存在、完全存在。研究证明,精神分裂症患者的自知力与其治疗的依从性存在明显相关性,自知力恢复的越好,患者的治疗依从性就越好^[5]。

1.2.3.4 治疗依从性的评定方法:服药依从性的判断尚无金标准^[5]

1.2.3.4.1 药物依从性量表(Medication Adherence Rating Scale, MARS)评估患者服药态度、信念及服药行为。MARS 是 2000 年 Thompson 等在 Morisky 服药依从性问卷(Morisky Self-reported Adherence Questionnaire, MAQ)和药物态度量表(Drug Attitude Inventory, DAI)的基础上编制的。该量表共 10 个条目评估 3 个因子:因子 1 代表“药物依从性行为”,因子 2 代表“对服药的态度”,因子 3 代表“对精神药物副反应的消极态度”。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.75,重测信度为 0.72,信效度介于 MAQ 和 DAI 之间^[6]。

1.2.3.4.2 根据临床经验自制服药依从性量表。患者按照以下标准分类:(1)治疗依从:住院期间主动接受药物治疗,表示出院后能按医嘱长期用药者;(2)部分依从:住院期间被动接受药物治疗,出院后表示不能按医嘱维持用药,会断续用药,自行减药或用药一段时间后停药;(3)不依从:住院期间经常拒药,出院后完全停药。

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。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料比较 共 60 例进入结果分析,其中研究组 30 例,对照组 30 例。经统计学分析,两组患者年龄、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、文化程度均无统计学差异,见表 1。

2.2 两组精神症状改善比较 与治疗前相比,两组患者治疗 8 周后及半年后 PANSS 评分较治疗前均有降低,研究组各项评分均有显著性差异($P<0.01$),对照组仅阳性症状有显著性差异($P<0.01$);两组间相比较,在治疗 8 周后,研究组 PANSS 评分阴性症状、精神病理及总分较对照组有显著性差异($P<0.05$),在治疗半年后,PANSS 总分及各项较对照组均有明显差异($P<0.05$)。提示药物治疗合用内观认知治疗对治疗阳性症状、阴性症状、精神病理均有较好的疗效,见表 2。

表 2 研究组和对照组 PANSS 总分及各因子分比较($\bar{x}\pm s$)

Tab 2 Comparison of PANSS total score and each factor score between study group and the control group($\bar{x}\pm s$)

分组	n	PANSS	治疗前	治疗 8 周后	治疗半年后
研究组	30	阳性症状	11.09±3.08	9.06±2.90	8.26±2.17*
		阴性症状	12.72±3.03	9.86±3.14**	9.66±3.03**
		精神病理	25.36±6.50	21.46±6.53*	21.56±6.50*
		总分	49.29±12.28	40.56±12.49*	39.09±12.00*
对照组	30	阳性症状	10.92±2.47	10.37±3.46	10.32±3.53
		阴性症状	12.62±3.49	12.45±3.44	12.49±3.41
		精神病理	25.66±7.80	25.66±7.77	25.69±7.75
		总分	49.42±14.50	48.01±14.00	49.09±14.17

* $P<0.05$, ** $P<0.01$

2.3 两组自知力比较 两组患者入组时 ITAQ 评分差异无统计学意义($P>0.05$);两组间相比较,治疗完成时及治疗 6 个月时,研究组 ITAQ 评分优于对照组($P<0.05$),见表 3。

表 3 研究组和对照组自知力比较[n(%)]

Tab 3 Comparison of insight between the study group and the control group [n(%)]

分组	<i>n</i>	自知力	治疗前	治疗 8 周后	治疗半年后
研究组	30	完全存在	2(7)	7(23)*	5(17)*
		部分存在	9(30)	17(57)*	16(53)*
		不存在	19(63)	6(20)*	9(30)*
对照组	30	完全存在	2(7)	4(13)	2(7)
		部分存在	10(33)	12(40)	11(37)
		不存在	18(60)	14(47)	17(56)
χ^2			0.406	8.883	8.365

* $P<0.05$

2.4 两组治疗前后服药依从性比较 两组患者入组时 MARS 评分差异无统计学意义($P>0.05$),两组患者治疗后 MARS 各因子分较治疗前均有明显升高;两组间相比较,治疗 8 周时及治疗 6 个月时研究组的 MARS 因子 1 的评分显著优于对照组($P<0.01$),MARS 因子 2、3 的评分优于对照组($P<0.05$),见表 4。

表 4 研究组和对照组 MARS 各因子分比较($\bar{x}\pm s$)

Tab 4 Comparison of each factor of MARS between the study group and the control group($\bar{x}\pm s$)

分组	n	因子	治疗前	治疗 8 周后	治疗半年后
研究组	30	因子 1	1.18±1.25	2.86±0.89**	2.73±0.50**
		因子 2	2.39±0.72	2.56±1.10*	2.41±0.52*
		因子 3	0.65±0.51	1.79±0.58*	1.88±0.68*
对照组	30	因子 1	1.29±1.24	1.38±1.14	1.56±0.86
		因子 2	2.42±1.08	2.52±0.87	2.34±1.25
		因子 3	0.62±0.52	0.67±0.57	0.56±0.49

* $P<0.05$, ** $P<0.01$

两组患者入组时服药依从性差异无统计学意义($P>0.05$),两组间相比较,治疗完成时及治疗 6 个月时研究组的服药依从性优于对照组($P<0.01$ 或 $P<0.05$),见表 5。

表 5 研究组和对照组治疗依从性比较[n(%)]

Tab 5 Comparison of treatment compliance between the study group and the control group[n(%)]

分组	<i>n</i>	依从性	治疗前	治疗 8 周后	治疗半年后
研究组	30	治疗依从	8(27)	22(73)**	16(53)*
		部分依从	14(46)	6(20)**	11(37)*
		不依从	8(27)	2(7)**	3(10)*
对照组	30	治疗依从	9(30)	11(37)	9(30)
		部分依从	13(43)	16(53)	15(50)
		不依从	8(27)	3(10)	6(20)
χ^2			0.069	13.286	6.357

* $P<0.05$, ** $P<0.01$

3 讨论

对于需要长期服药的精神分裂症患者而言,依从性对预后及转归具有重要意义^[7]。依从性与疗效有直接关联,足量、足疗程的服药是抗精神病治疗有效及减少复发的重要保障^[8]。临床上认为精神分裂症急性期治疗出院后的 1~2 年内是疾病复发的高危时期,药物维持治疗尤为关键^[9],但提高精神分裂症稳定期患者服药依从性的有效方法不多。个别报道将内观疗法^[10]、内观-行为疗法^[11]应用于精神分裂症患者,提示心理疗法可能有助于提高精神分裂症患者的服药依从性和自知力恢复,有利于患者长期维持治疗,巩固临床疗效,减少复发。本研究采用的内观认知疗法是在内观疗法基础上整合的贝克认知疗法。大量应用表明,这种改进遵循心理机制,顺应时代发展,适合国人特点,使操作更为规范,疗效更为显著,便于推广普及^[12]。

本研究表明,经内观认知疗法心理干预后,研究组在治疗完成时及 6 个月随访时,患者的 PANSS

总分及各因子均分、ITAQ 评分及 MARS 评分均较治疗前有明显改善,且优于对照组($P<0.05$)。说明内观认知疗法心理干预能有效帮助病人自知力恢复,同时提高患者服药依从性,并具有远期效果。

影响精神分裂症患者服药依从性的因素很多,除患者自知力不完整外^[13],患者的病耻感、对治疗的态度^[14]等都会影响服药依从性。内观认知疗法改善精神分裂症患者治疗依从性的可能心理机制是:首先,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)回忆患病前后自身的变化,多角度观察和感受已发生的各个事件,通过启动情感因素,在内观认知过程中体验到健康人应有的做错事情后的罪恶感、羞耻感、内疚感,唤起自己和家人、朋友、社会的连带感,提高了对自身疾病的认识、分析、批判能力,对自己存在的多种非理性认知修正^[15],让患者能从他人和客观角度重新审视自己,领悟到自己患有精神疾病的事实,促进患者的自知力恢复。其次,回顾在自己的成长过程中家人与朋友的帮助,体会到他们对自己无私的关爱,感受到他们对自己的支持,消除其对社会的恐惧心理,坚定其对疾病康复的信念,减少病耻感。最后,回忆治疗前后自身的变化,让患者把精神症状的好转与疾病的治疗联系起来,领悟到治疗对疾病恢复的重要意义,改变对治疗的态度,积极配合医务人员的治疗,将患者拒绝、被动的治疗态度转变为顺从、主动。最终通过内观认知疗法改变患者对服药的认知模式,调动患者坚持服药的主动性和积极性,提高患者服药的依从性。

本研究的创新之处在于,首次将内观认知疗法用于改善精神分裂症稳定期精神症状及提高服药依从性,采用时间不连续、地点不集中的分散操作模式,较其它疗法操作方式更简易、更适合注意力难以持久集中的精神分裂症患者^[16]。而且,在一般资料统计中首次排除了治疗时长及文化程度这两个因素对服药依从性的影响。相关研究显示服药依从性与治疗时间长短成正比^[17],服药依从性与其受教育程度显著相关^[18]。此外,服药依从性的评定采用临床经验分类的同时,使用了 MARS 问卷调研法,该方法更加经济实用,更客观,精确性更强,避免了药物数量法不能确认实际操作中的服药量等缺点。同时 MARS 将服药依从性分为“药物依从性行为”、“对服药的态度”、“对精神药物副反应的消极态度”

三方面进行评估,针对性明显增强。

本研究的样本总量较小,且均局限在一定地域内;研究整体实施的时间有限,仅进行了治疗后6个月的随访。今后,如果有可能会进一步增加研究组样本量和随访时间,进一步观察心理治疗对于精神分裂症复发的远期干预效果。

参考文献:

- [1] Muller R. Managed care considerations. Optimal pharmacotherapy of schizophrenia[J]. Managed Care, 2014, 23(4 Suppl 1):4
- [2] Chan K W, Hui L M, Wong H Y, et al. Medication adherence, knowledge about psychosis, and insight among patients with a schizophrenia-spectrum disorder[J]. J Nervous Mental Dis, 2014, 202(1):25
- [3] Sariah A E, Outwater A H, Malima K I. Risk and protective factors for relapse among individuals with schizophrenia: a qualitative study in Dares Salaam, Tanzania[J]. BMC Psychiatry, 2014, 14(1):1
- [4] 毛富强.内观认知疗法理论与操作[J].中华行为医学与脑科学杂志, 2016, 25(7): 650
- [5] 王勋, 马宁, 张五芳, 等.精神分裂症患者服药依从性的评价方法[J].中国心理卫生杂志, 2014, 28(1):45
- [6] Fialko L, Garety P A, Kuipers E, et al. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale(MARS)[J]. Schizophr Res, 2008, 100(1/3):53
- [7] 江开达, 李淑春, 罗星光, 等.精神分裂症病人维持治疗中的依从性研究[J].中华精神科杂志, 1997, 30(2):167
- [8] 李冬梅. 精神障碍患者服药不依从行为相关因素分析及护理干预[J].中国当代医药, 2013, 20(25):180
- [9] 屈金莲, 张涛, 宋杰, 等.出院后精神分裂症患者服药依从性电话和短信干预的1年随访[J].中国心理卫生杂志, 2015, 29(9):656
- [10] 王飞, 胡群英, 李宁.内观疗法对首发精神分裂症服药依从性及复发影响探究[J].亚太传统医药, 2013, 9(2):102
- [11] 茅荣杰, 朱光, 罗碧明, 等.内观疗法与行为疗法对精神分裂症患者近期服药依从性的影响[J].临床精神医学杂志, 2014, 24(4): 217
- [12] 毛富强.内观认知疗法[J].中华医学信息导报, 2011, 26(2):20
- [13] Buckley A F, Wirshing D A, Bhushan P, et al. Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence[J]. CNS Drugs, 2007, 21(2):129
- [14] Rusch N, Todd A R, Bodenhausen GV, et al. Implicate versus explicit attitudes toward psychiatric medication: Implications for insight and treatment adherence[J]. Schizophr Res, 2009, 112(1/3):119
- [15] 毛富强.内観療法治療効果と心理機制的体験[J].日本内観研究, 2009, 15(1):67
- [16] 程娟, 徐小童, 毛富强, 等.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[J].天津医科大学学报, 2014, 20(4):313
- [17] 黄美莲, 钟丽红, 钟飞英.电话随访对粤北地区100例精神分裂症患者出院后的影响研究[J].中国民康医学, 2011, 23(23):2975
- [18] 施永斌, 何琼娜, 褚庆文, 等.药物自我处置技能训练对分裂症患者服药依从性的影响[J].中国健康心理学杂志, 2012, 20(10):1477

(2016-12-29 收稿)