

精神分裂症患者幻听自我管理效果评价

金金香,陈兆红,祖凤英,刘寿娟

Effect of self-management program for auditory hallucination in schizophrenia Jin Quanxiang, Chen Zhaohong, Zu Fengying, Liu Shoujuan

摘要:**目的** 探讨幻听症状自我管理干预对精神分裂症幻听患者的影响。**方法** 将住院精神分裂症幻听患者按病区分为两组,常规组(41 例)接受幻听常规护理,干预组(42 例)接受幻听自我管理干预 4 周。采用精神症状评定量表(PSYRATS-AH)及自知力与治疗态度问卷(ITAQ)分别在干预前、干预后 3 个月对两组测评。**结果** 干预组 PSYRATS-AH 项目中对声音起源的信念、幻听的痛苦程度、声音对生活的破坏、对声音的控制评分及总分显著低于常规组,ITAQ 评分显著高于常规组(均 $P<0.01$)。**结论** 幻听症状自我管理干预可提高精神分裂症患者对疾病的自知力及治疗态度,改善幻听的负面影响。

关键词:精神分裂症; 幻听; 症状管理; 自我管理; 自知力; 治疗态度

中图分类号:R473.74;R749.3 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.01.029

幻觉妄想是精神分裂症常见的阳性精神病性症状,而幻听是最为常见的幻觉之一^[1]。幻听不仅造成患者严重的功能受损及主观痛苦体验,而且在幻听支配下患者所采取的行动还会对他人及社会造成危害^[2]。临床虽然经过充分的药物治疗,仍有约 1/3 患者的幻听症状不能消除^[3-4]。文献表明,自我管理可有效提高患者的自我效能,增强患者自我管理症状的能力,使患者逐渐恢复正常的生活^[5-7]。我院针对精神分裂症幻听患者进行幻听自我管理干预,取得良好效果,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2017 年 1 月至 2018 年 12 月选取本院成

年精神科男女各 2 个病房的精神分裂症患者为研究对象。纳入标准:符合精神疾病的国际分类(ICD-10)精神分裂症诊断标准;已服用抗精神病药足量治疗 3 个月以上,但幻听症状未好转;患者阳性和阴性症状量表(PANSS)幻听症状评分 ≥ 3 分;具有初中以上文化程度,年龄 18~60 岁;知情同意,自愿参加本研究。排除标准:躯体与神经系统有严重疾病;伴有心境障碍或其他严重精神障碍;智力障碍。按病区分为干预组和常规组各 45 例(男女病区各 1 个),干预过程中脱落 7 例(干预组 3 例,常规组 4 例),其中 2 例不愿继续参与研究,5 例不愿继续治疗出院。两组一般资料比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$),见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		文化程度(例)				年龄	病程
		男	女	初中	高中	大专	本科及以上	(岁, $\bar{x}\pm s$)	(月, $\bar{x}\pm s$)
常规组	41	20	21	11	5	13	12	38.20 $\pm$ 9.54	4.98 $\pm$ 1.17
干预组	42	22	20	7	14	13	8	34.88 $\pm$ 12.05	4.95 $\pm$ 1.39
统计量		$\chi^2=0.108$				$Z=0.575$		$t=1.391$	$t=0.250$
<i>P</i>		0.743				0.565		0.168	0.803

1.2 方法

1.2.1 干预方法

两组均接受幻听常规护理,包括:①幻听评估。患者入院当天以沟通性访谈方式详细收集幻听相关资料,评估患者幻听的内容、形式、频率;幻听对患者情绪、行为的影响;既往应对幻听的方式及效果;识别幻听的能力,接受幻听的程度;运用量表评估幻听症状、自杀及暴力风险。②幻听知识宣教。住院期间接受 2 次集体宣教,宣教内容为幻听概念、幻听分类、幻听增多原因、幻听应对方法。③幻听病情观察及护理。评估幻听出现的频率、内容,针对幻听对患者行

为、情绪的影响给予相应的护理,对有命令性幻听及存在自杀、暴力高风险的患者重点看护。干预组在此基础上,实施幻听症状自我管理干预共 4 周。干预前为患者提供笔、笔记本 1 本、应对卡片、带录音的随身听 1 个及自行设计的幻听自我管理记录单。

1.2.1.1 成立研究小组并开展培训 成立研究小组,由 3 名医生(主任医师 1 名、主治医师 2 名)及 5 名精神科专科护士(主任护师、三级心理咨询师 1 名,副主任护师、二级心理咨询师 2 名,主管护师且经培训为“标准化病人”2 名)组成。根据幻听自我管理的相关内容,研究小组对于干预组病房的护士进行 2 次理论和 1 次技能培训,要求掌握幻听自我管理内容及正确运用,考核合格方可承担干预组的研究护士。

1.2.1.2 幻听的自我识别和自我认知

1.2.1.2.1 幻听的自我识别 采用录音、询问他人

作者单位:南京医科大学附属脑科医院精神一科(江苏 南京,210029)
金金香,女,本科,副主任护师
通信作者:陈兆红,2390421711@qq.com
收稿:2019-08-17;修回:2019-10-10

是否听到声音及定位声音 3 种方法^[8]识别验证幻听,帮助患者对幻听进行自我识别,干预的前 3 d 完成。

①录音:准备好录音机和笔记本,当患者表述自己正在听到一些声音时,打开录音机录音,同时要求患者描述听到的声音,幻听结束后让患者听录音回放和看自己记录的内容,然后进行录音与记录是否一致的辨别。

②询问其他人是否听到声音:首先帮助患者选择信任的、合适的声音辨认人选,包括家属、朋友或者医护人员 2 名以上。当患者出现幻听时,让其询问现场选定的声音辨认人选是否同样听到声音,通过现实检验,帮助患者进一步识别幻听,重新建立自己的信心。

③定位声音(地理位置):通过变换自己的位置,检验声音有没有变化,如果患者回答没有变化,可以让患者解释这种现象产生的原因。每例患者均采用以上 3 种方法辨别其听到的声音是真实客观存在还是幻听。

1.2.1.2.2 改变幻听的自我认知 在患者能够正确识别自己听到的声音是幻听的基础上,采用集体宣教、小组学习、个别辅导等方式,运用多媒体、角色扮演等多种方式传授幻听相关知识,如护士直接引导其说出是什么原因导致幻听、如何发生变化及对自己的影响。根据患者的情况,给予个性化的讲解,帮助患者重新认知幻听,纠正不合理信念^[9],使患者坦然接受幻听是生活的一部分,接纳它的存在,接受患者的角色。2 d 完成。

1.2.1.3 幻听应对技巧培训 安排患者出现幻听前练习幻听应对技巧,时间 1 周。护士通过讲解、示范等方法,教会患者掌握幻听的 60 个应对策略清单^[8]中分散注意、聚焦和元认知 3 种以上应对方法,每次 1 h,上下午各 1 次,训练 2 d。当患者再次出现幻听时,要求患者运用所掌握的技巧应对,并自行制定或与护士共同制定应对卡。应对卡内容包括问题和应对策略,问题可以是同一个,也可以是不同的;应对策略如果有效可以长期使用,如果无效或者效果不明显,则重新制定;当患者出现幻听时,其能按应对卡上的策略去应对。应用后护士与患者共同评价效果,根据效果予相应修改。每次 1 h,上下午各 1 次,训练 3 d。应对卡见表 1。

样表 1 幻听应对卡

问题:
有声音大声骂我“你就是一个坏女人,……大家都讨厌你,……”
应对策略:
1. 回顾优势清单:
—我从未伤害过任何人,我会尽我所能地帮助他人
—我生病前在单位一直表现很好
—我接受过绘画方面的训练,我画得很好
—许多人看起来很喜欢我的画
2. 听舒缓愉快的歌
3. 看电视、看小说书或者与其他人聊天,使自己忙碌,阻止我去想这些声音
4. 根据逐步的计划重建我的自信和绘画的技能
5. 用药盒提醒自己服药,药物对我是有帮助的

1.2.1.4 阿凡达式和虚拟现实情景干预训练

1.2.1.4.1 阿凡达式干预训练 研究小组成员中的心理咨询师以“阿凡达”的口吻充当幻听的发音者与患者交流,注意与患者幻听的内容及口音、音调和语气相同。心理咨询师在和“阿凡达”两个角色间不断切换中持续推动谈话的进行,给予患者言语上的帮助、鼓励、温暖、理解与关爱,让患者产生幻听时听到的声音是鼓励 and 接受自己的,而不是伤害和厌恶自己的;同时鼓励患者适应声音,对抗那些经常威胁或伤害他们的声音,让患者明白幻听不能伤害他们^[10],从而接纳自我。每次训练 1 h,上下午各 1 次,训练 5 d。

1.2.1.4.2 虚拟现实情景训练 干预前由护士评估患者幻听的内容、人物特征和语气,指导患者口头描述、模拟并录音。研究小组成员中的 2 名“标准化病人”,根据患者描述的录音进行模拟并录音,然后播放,由患者自己评价模拟声音与其听到的声音有无差别,直到模拟的声音与患者听到的声音接近为止,如果患者同时听到多个声音,则选择对其影响最大的一个声音进行模拟。通过模拟的声音呈现虚拟现实情景,来训练患者对幻听不同应对技巧的应用^[11]。虚拟现实情景训练时首先播放模拟的录音给患者听,观察患者采取的应对策略及效果,对无效及危险的策略及时干预;然后在评估患者应对特质的基础上,采用聚焦、元认知的方法^[8]为其提供个性化应对方法;最后与患者讨论不同应对技巧对其幻听的改善效果,让患者选择适合自己的最佳应对方法。每次训练 1 h,上下午各 1 次,训练 5 d。

1.2.1.5 幻听症状自我管理记录 当患者每次出现幻听时,按照研究小组自行设计的精神分裂症患者幻听自我管理记录单记录。记录单包括幻听症状自我描述(包括幻听内容、情绪反应、行为反应、幻听诱因、不良影响评价)、幻听自我应对技巧(包括幻听自我认知、幻听自我应对技巧掌握清单、幻听自我应对技巧应用清单、应对时长)以及幻听改善情况(情绪变化、行为变化,0~分表示改善好至没有改善)的自我评价 3 个方面 11 项内容,列出相应的选项,由患者选择数字代号填写,幻听诱因客观描述。每周由护士与患者进行 1 次会谈,让患者就幻听自我管理进行回顾总结,思考 1 周内经过幻听自我管理(活动、认知、应对方法)后幻听出现了哪些变化(幻听频率、强度、情绪、行为等变化),连续训练直到患者掌握运用。

1.2.2 评价方法 ①精神病性症状评定量表—幻听子量表(PSYRATS-AH)^[12]。由徐子燕等^[13]汉化,共 11 个项目,涉及幻听的频率、强度、控制能力及幻听的影响等方面,各项由轻到重计 0~4 分,总分 0~44 分,得分越高幻听越严重。②自知力与治疗态度问卷(ITAQ)。由 11 个项目组成,主要评价精神分裂症患者对疾病的认识及对治疗的态度,采取 3 级评分制,2 分为有全部自知力,1 分为有部分自知力,0 分为无自

知力,分数越高,说明治疗态度和自知力恢复越好^[14]。由 2 名临床主治医师进行盲法评定,PSYR-ATS-AH、TAQ 的评定者间信度(ICC)均为 0.91。两组均于入院时(干预前)及干预 3 个月后(干预后)各评定 1 次,取 2 名评价者评分均值。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件行 *t* 检验、 χ^2 检验及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后 ITAQ 评分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后 ITAQ 评分比较 分, $\bar{x}\pm s$

组别	例数	干预前	干预后
常规组	41	6.85±3.94	13.54±3.01
干预组	42	7.29±3.67	18.24±2.35
<i>t</i>		0.517	7.949
<i>P</i>		0.606	0.000

2.2 两组干预前后 PSYRATS-AH 评分比较 见表 3。

表 3 两组干预前后 PSYRATS-AH 评分比较 分, $\bar{x}\pm s$

项目	常规组(<i>n</i> =41)		干预组(<i>n</i> =42)		<i>t</i> ₁	<i>P</i> ₁	<i>t</i> ₂	<i>P</i> ₂
	干预前	干预后	干预前	干预后				
频率	2.32±0.65	2.12±0.40	2.38±0.62	1.95±0.31	0.457	0.649	1.851	0.068
持续时间	2.24±0.73	2.07±0.26	2.21±0.57	1.93±0.41	-0.206	0.837	0.804	0.424
位置	2.59±1.05	2.49±0.60	2.71±1.17	2.33±1.00	0.527	0.600	1.761	0.082
响度	2.51±0.98	2.56±0.81	2.40±0.86	2.31±0.81	-0.533	0.596	1.913	0.059
对声音起源的信念	2.83±0.77	2.39±0.54	2.76±0.91	1.76±0.66	-0.364	0.716	3.938	0.000
声音的负性内容数量	2.80±0.68	2.41±0.59	2.69±0.68	2.31±0.68	-0.767	0.445	-0.078	0.938
负性内容程度	2.73±1.03	2.41±0.55	2.71±1.02	2.19±0.77	-0.078	0.938	1.467	0.146
痛苦数量	2.56±0.84	2.34±0.66	2.50±0.74	2.12±0.59	-0.351	0.726	1.153	0.252
痛苦程度	2.61±0.83	2.20±0.56	2.52±0.86	1.69±0.60	-0.462	0.646	2.869	0.005
声音对生活的破坏	2.59±0.81	2.20±0.60	2.60±0.94	1.64±0.58	0.051	0.959	3.859	0.000
对声音的控制	2.95±0.77	2.51±0.64	3.02±0.98	1.93±0.84	0.375	0.708	5.777	0.000
总分	28.71±4.02	24.73±2.67	28.60±4.79	22.26±3.66	-0.115	0.909	4.287	0.000

注:*t*₁、*P*₁ 为干预前比较;*t*₂、*P*₂ 为两组干预前后差值比较。

3 讨论

3.1 实施幻听症状自我管理可提高患者的自知力与治疗态度 自我管理是患者根据医护人员传授的知识和技能,进行治疗、行为和环境方面的调整,强调患者自身管理疾病的能力。精神分裂症是一种慢性且易复发疾病,由于药物不良反应及患者对疾病症状无自知力,患者服药依从性差且随着出院时间延长而服药依从性降低^[15]。文献显示,自我管理可以明显改善患者的自知力及治疗态度^[16-17]。本研究中,实施幻听症状自我管理干预 3 个月后干预组 ITAQ 评分显著高于常规组(*P*<0.01)。通过录音、询问他人是否听到声音及定位声音 3 种方法识别幻听,使患者能够正确认识幻听,在此基础上,通过护士的个性化指导帮助患者对幻听认知的重建,使患者能够坦然接受幻听和适应幻听的存在,接受患者角色;同时,幻听自我管理记录单的使用,使患者的自知力维持在一个稳定的水平,提高治疗态度和服药依从性。

3.2 实施幻听症状自我管理可有效降低幻听对患者的影响 精神分裂症患者最常见的幻听是言语性幻听。幻听内容以斥责、讽刺、嘲笑甚至威胁、辱骂或命令多见。该类幻听常会引起患者痛苦、愤怒和不安,甚至产生兴奋、激动或自伤伤人行为,危害自身和社会。本研究中,两组患者经过药物治疗和常规护理,幻听症状有明显的改善。干预组实施幻听症状自我管理干预 3 个月后,对声音起源的信念、幻听的痛苦

程度、声音对生活的破坏、对声音的控制及总分与常规组比较,差异有统计学意义(均 *P*<0.01),这与相关文献报道一致^[18]。干预组 1 周的幻听应对技巧训练,教会患者使用应对技巧及应对卡;1 周 5 次的阿凡达式干预和虚拟现实情景的应对技巧训练,使患者在与虚拟的幻听对话过程中积累一些自我管理的经验和技巧^[19],提高应对幻听的能力,有效降低幻听带来的痛苦;同时长期幻听自我管理记录单的使用,增强患者自我控制幻听的信心。

4 小结

对精神分裂症患者进行幻听症状自我管理,可提高患者幻听应对技巧,改善幻听的负面影响,最终达到管理自身疾病的目的。本研究存在干预时间短、样本量较小的缺陷,需延长观察时间、扩大样本量进一步验证,从而提供一种可靠、安全的非药物干预手段。

参考文献:

[1] 权文香,乔宏,赵志宇. 低频重复经颅磁刺激治疗精神分裂症患者的顽固性幻听[J]. 中国心理卫生杂志,2012,26(3):204-208.

[2] Favrod J,Rexhaj S, Ferrari P, et al. French version validation of the psychotic symptom rating scales (PSYR-ATS) for outpatients with persistent psychotic symptoms[J]. BMC Psychiatry,2012,12:161.

[3] Schnackenberg J K, Martin C R. The need for experience focused counselling (EFC) with voice hearers in training and practice; a review of the literature[J]. J Psychiatr Ment Health,2014,21(5):391-402.