

综合心理干预对精神分裂症患者认知功能及生活质量的影响研究

王晓枫 韦有芳

【摘要】目的 探讨综合心理干预对精神分裂症患者认知功能及生活质量的效果,为改善精神分裂症患者生活质量及认知功能供依据。方法 本研究为开放式随机对照临床试验。选取符合《国际疾病分类(第 10 版)》(ICD-10) 中精神分裂症诊断标准的住院患者 120 例,采用随机数字表法分为研究组($n=59$) 和对照组($n=61$)。两组均进行常规药物治疗,研究组在此基础上进行综合心理干预,包括支持性心理治疗、认知行为治疗、家庭心理治疗、健康教育、工娱治疗,共 16 周。采用阳性和阴性症状量表(PANSS)、世界卫生组织生存质量量表简表(WHOQOL-BREF)、认知功能成套测试(MCCB)对两组患者进行疗效评定。并随访 1 年,比较两组患者的疾病复发率。结果 两组在治疗后各时点量表评分与治疗前相比差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后两组同期各量表评分比较差异有统计学意义($P<0.05$)。研究组复发 9 例(15%),对照组复发 16 例(26.7%),两组复发率比较差异有统计学意义($P<0.01$)。结论 综合性心理干预能有效改善精神分裂症患者的生活质量和认知功能,降低复发率。

【关键词】 精神分裂症;心理干预;生活质量;认知功能;复发率

中图分类号:R749.3

文献标识码:A

doi:10.3969/j.issn.1007-3256.2014.05.011

Effects of psychological intervention on cognitive function and quality of life in patients with schizophrenia

WANG Xiao-feng, WEI You-fang

Linyi mental health center, Shandong 276005, China

【Abstract】Objective To explore the efficacy of psychological intervention on cognitive function and quality of life in patients with Schizophrenia, and so as to find the effective method for improving the quality of life and cognitive function of Schizophrenia patients. **Methods** In the single blind, randomized controlled study, 120 schizophrenia patients met the diagnosis of Mental and behavior disorders of International Classification of Diseases (ICD-10), were randomly assigned to psychological intervention group ($n=60$) and simple drug treatment group ($n=60$). The patients accepted 16 sessions of psychological intervention respectively, including cognitive behavioral therapy, supportive psychotherapy, health education, work and recreational et al. Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS), the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), MATRICES (Measurement And Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia), the cognitive function of complete sets of testing (MCCB) were used to assess the efficacy at baseline and other point. Follow-up of 1 year, compare two groups of patients with recurrence rate. **Results** Rating scale of two groups have obviously improved after treatment, and the team compared with control group have significant differences ($P<0.01$). The recurrence rate of the team is significant decrease. **Conclusion** Psychological intervention could improve the quality of life and cognitive function in patients with Schizophrenia and reduce patients recurrence rate.

【Key words】 Schizophrenia; Psychological intervention; Quality of life; Cognitive function; Recurrence rate

精神分裂症是严重危害人类健康的最常见的重性精神疾病之一,遗传、环境、心理和社会因素等对精神分裂症的发生、发展起主要作用。抗精神病药物能有效改善精神分裂症患者症状,但残留症状及心理和社会因素等会严重影响患者生活质量和认知功能^[1-2]。所以治疗精神分裂症不仅要从生物学基础上进行,还要从心理和社会因素角度考虑。临床实

践证明,药物联合心理治疗能有效改善患者的精神症状,提高依从性和患者自知力,缩短住院时间,降低复发率^[3-5]。但以往相关研究只是单独运用某种心理治疗方法对患者的症状、社会功能、生活质量或认知功能等某个方面进行干预^[3-5]。本研究探讨综合心理干预方法,包括支持性心理治疗、认知行为治疗、家庭心理治疗、健康教育、工娱治疗,为改善精神分裂症患者的生活质量和认知功能、提高依从性、降低复

作者单位:276005 山东省临沂市精神卫生中心

率,为进一步改进治疗和临床服务提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 选取临沂市精神卫生中心心理科 2012 年 1 月 - 12 月住院精神分裂症患者。入组标准: ①符合《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD - 10)^[6]精神分裂症的诊断标准; ②年龄 18 ~ 60 岁; ③受教育程度初中以上; ④阳性与阴性症状量表(Positive and Negative Symptoms Scale, PANSS)^[7]总评分 ≥ 60 分; ⑤单一抗精神病药物治疗; ⑥药物治疗的种类和剂量已保持稳定 2 周以上; ⑦患者及家属均知情同意。排除标准: ①有器质性疾病或与其它精神疾病共病者; ②PANSS 中联想散漫评分 ≥ 5 分、情感交流障碍评分 ≥ 5 分、交流缺乏自发性和流畅性评分 ≥ 5 分; ③近 1 个月内接受过无抽搐电休克治疗; ④精神活性物质滥用者; ⑤孕产期妇女。符合入组排除标准共 200 例,采用随机数字表法将患者分为研究组(心理干预组)和对照组(药物治疗组)各 100 例,至研究结束研究组脱落 41 例,对照组脱落 39 例,两组间脱落率差异无统计学意义($P > 0.05$)。最终完成全部治疗与评估有效的患者研究组 59 例,对照组 61 例。

1.2 评定工具

1.2.1 PANSS 用于评估精神分裂症患者的临床症状,包括 3 个分量表分: 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。总分及各分量表分越高,表明患者的临床症状越严重。以 PANSS 减分率评定疗效,减分率 $\geq 75\%$ 为临床痊愈,50% ~ 70% 为显著进步,25% ~ 49% 为进步, < 25% 为无效或恶化。减分率 = (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分。PANSS 总评分 ≥ 60 分为复发标准。

1.2.2 世界卫生组织生存质量测定量表简表(World Health Organization Quality of Life - Brief Version, WHOQOL - BREF)^[8] 共 26 个条目,用来评估 7 个领域: 生理、心理、社会关系、环境、独立性、精神支柱和生活。每个条目以 0 ~ 5 分计分,总分 26 ~ 130 分,分数越高表明生活质量越高。

1.2.3 精神分裂症认知功能成套测验共识版(MATRICES Consensus Cognitive Battery, MCCB)^[9] 共包括 7 个心理维度,10 项分测验^[10]: ①处理速度,包

括连线测验、符号编码及语义流畅性; ②注意/警觉,即持续操作测验; ③工作记忆,包括数字序列和空间广度; ④语言学习和记忆,即言语记忆; ⑤视觉学习和记忆,即视觉记忆; ⑥推理与问题解决能力,即迷宫测验; ⑦社会认知,即情绪管理测验。分值越高,认知功能越好。

1.3 治疗方法 两组患者均采用 2 代抗精神病药物治疗,包括利培酮、喹硫平、齐拉西酮、阿立哌唑、奥氮平等,每种药物治疗病例数两组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),各药物应用剂量换算成氯丙嗪等效剂量差异无统计学意义($P > 0.05$)。研究组在此基础上加以为期 16 周的综合心理干预方法,包括系统健康教育、工娱治疗、支持性心理治疗、认知行为治疗、家庭心理治疗^[11-13]。

由 3 名治疗师各负责支持、认知、家庭治疗中的一种心理治疗方法,2 名专业人员负责健康教育、工娱治疗。周一至周五分别为健康教育、工娱治疗、支持性心理治疗、认知行为治疗、家庭心理治疗,每次 1 ~ 2 小时。治疗师接受每周 1 次上级医师督导,2 周 1 次专家督导,由专家针对治疗方向、治疗过程、可选择治疗技术的范围及案例的解析提出意见与建议。

1.4 评估方法 由 2 名经过统一培训的中级职称以上的精神科医师采用 PANSS、WHOQOL - BREF、MCCB 进行评估,一致性检验达 0.80 以上。基线采用盲法评定,第 4、8、12、16 周采用现场评估,1 年后随访评估。

1.5 质量控制 参与本研究的治疗师、评估师、协调员、护理人员等定期开会,总结归纳近阶段研究开展及实施中的问题,讨论解决方案。治疗师与评估师的培训及再培训: 治疗师的同伴与专家督导保证治疗师的治疗质量及个人技能的提高。评估师每 2 个月 1 次再培训,复习量表的使用规范,保证评估的准确性及一致性。

1.6 统计方法 采用 SPSS16.0 进行统计分析。配对 t 检验、 χ^2 检验等。

2 结 果

2.1 两组社会人口学和临床资料比较 两组在性别、年龄、受教育年限、职业、婚姻、收入、病程和入组时抗精神病药物氯丙嗪等效剂量之间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组基线期人口学及临床资料比较

项 目	研究组	对照组	χ^2 值	P 值
性别(例)			0.29	0.652
男性	28	29		
女性	31	32		
年龄(岁)	28.0 ± 9.0	29.0 ± 10.0	0.31	0.53
受教育年限(年)	13.0 ± 3.0	13.0 ± 3.0	-1.32	0.188
职业(例)			0.55	0.591
有	24	28		
无	35	33		
婚姻(例)			5.28	0.108
未婚	38	39		
已婚	16	17		
离异	4	5		
丧偶	1	0		
家庭人均收入(元)			4.73	0.321
<300	5	2		
300~	17	20		
1000~	27	28		
2000~3000	10	11		
病程(月)	35.0 ± 13.0	36.0 ± 18.0	0.36	0.56
氯丙嗪等效剂量(mg)	459.0 ± 316.0	469.0 ± 319.0	-0.88	0.380

2.1 两组 PANSS 评分比较 治疗 16 周后,研究组痊愈 7 例(11.7%)、显著进步 23 例(38.3%)、进步 19 例(31.7%)、无效 11 例(18.3%)、有效率 81.7%。对照组分别为 8 例(4.5%)、22 例(36.7%)、17 例(28.3%)、13 例(21.7%)、78.3%,两组有效率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗 4 周后均较治疗前 PANSS 得分差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组 PANSS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组 别		PANSS 评分			
		总分	阳性因子分	阴性因子分	一般病理分
研究组($n=59$)	治疗前	85.6 ± 13.5	23.4 ± 5.7	36.8 ± 7.3	21.4 ± 2.3 ^{bd}
	治疗 4 周	76.1 ± 13.1 ^b	16.6 ± 4.7 ^b	32.0 ± 5.8 ^b	21.2 ± 5.1
	治疗 8 周	59.8 ± 12.4 ^b	13.5 ± 6.5 ^b	29.3 ± 4.6 ^{bc}	19.6 ± 4.8 ^b
	治疗 12 周	53.6 ± 7.5 ^b	11.7 ± 3.7 ^b	25.7 ± 2.8 ^{bd}	18.7 ± 2.9 ^b
	治疗 16 周	49.6 ± 4.5 ^{bd}	10.1 ± 3.3 ^b	21.4 ± 2.3 ^{bd}	17.3 ± 1.6
对照组($n=61$)	治疗前	84.9 ± 13.8	23.6 ± 4.5	37.5 ± 6.7	23.7 ± 4.9
	治疗 4 周	75.9 ± 14.8 ^b	16.7 ± 5.7 ^b	34.1 ± 6.4 ^b	21.6 ± 4.3 ^b
	治疗 8 周	61.2 ± 12.5 ^b	14.2 ± 5.6 ^b	32.8 ± 6.3 ^b	20.8 ± 4.5 ^b
	治疗 12 周	60.2 ± 7.6 ^b	11.8 ± 4.5 ^b	30.6 ± 4.5 ^b	20.2 ± 2.8 ^b
	治疗 16 周	57.2 ± 4.8 ^b	10.5 ± 5.3 ^b	28.3 ± 3.2 ^b	19.8 ± 2.6 ^b

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$;与同期对照组比较,^c $P < 0.05$,^d $P < 0.01$ 。

2.2 两组 WHOQOL - BREF 评分比较 治疗 16 周后两组 WHOQOL 评分差异有统计学意义($P < 0.01$),两组第 4 周各领域评分均较治疗前差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01),16 周后 WHOQOL 评分研究组与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01)。见表 3。

2.3 两组 MCCB 评分比较 研究组第 4、8、12、14、

16 周时语义流畅、数字序列、空间广度、情绪管理得分与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01)。在第 8、12、14、16 周连线、符合编码、持续操作得分与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01)。治疗 16 周后,两组的语义流畅、数字序列、空间广度、持续操作、情绪管理、连线、符合编码、数字序列、空间广度得分比较差异有统计学意义(P

<0.05 或 0.01)。见表 4。

表 3 两组 WHOQOL - BREF 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组 别		WHOQOL - BREF 评分			
		生理领域	心理领域	独立性领域	社会关系领域
研究组 (n = 59)	治疗前	12.9 ± 3.9	56.6 ± 12.1	45.7 ± 8.9	32.6 ± 7.5
	4 周	15.8 ± 2.6 ^a	63.5 ± 10.6 ^b	51.8 ± 7.6 ^b	40.5 ± 6.5 ^b
	8 周	16.5 ± 3.1 ^b	66.3 ± 7.8 ^b	56.9 ± 7.5 ^b	45.9 ± 7.5 ^b
	12 周	17.5 ± 4.5 ^b	67.5 ± 10.2 ^b	58.6 ± 9.2 ^b	55.6 ± 8.2 ^b
	16 周	19.6 ± 3.2 ^{bc}	69.6 ± 8.9 ^{bd}	60.8 ± 8.4 ^{bd}	57.9 ± 7.6 ^{bd}
对照组 (n = 61)	治疗前	12.8 ± 3.6	58.3 ± 9.8	46.8 ± 8.9	31.9 ± 7.6
	4 周	14.7 ± 4.2 ^a	61.1 ± 7.8 ^b	51.1 ± 8.3 ^b	34.8 ± 6.8 ^b
	8 周	16.5 ± 3.7 ^b	63.2 ± 6.9 ^b	53.6 ± 7.8 ^b	36.6 ± 7.3 ^b
	12 周	16.9 ± 3.2 ^b	64.3 ± 4.6 ^b	53.8 ± 5.2 ^b	37.2 ± 6.5 ^b
	16 周	17.2 ± 3.5 ^b	65.1 ± 7.9 ^b	54.1 ± 6.1 ^b	38.4 ± 7.9 ^b

组 别		WHOQOL - BREF 评分		
		环境领域	精神支柱	生活领域
研究组 (n = 59)	治疗前	92.4 ± 11.9	11.2 ± 3.8	12.7 ± 3.8
	4 周	105.3 ± 9.8 ^b	15.6 ± 3.7 ^a	25.6 ± 4.2 ^b
	8 周	111.0 ± 8.9 ^b	16.5 ± 3.6 ^b	26.8 ± 3.5 ^b
	12 周	119.8 ± 8.5 ^b	17.4 ± 4.1 ^b	26.7 ± 4.2 ^b
	16 周	122.1 ± 7.8 ^{bd}	18.3 ± 4.5 ^{bc}	29.8 ± 4.5 ^{bd}
对照组 (n = 61)	治疗前	91.5 ± 12.0	11.4 ± 3.9	12.5 ± 3.9
	4 周	98.3 ± 9.7 ^b	13.3 ± 3.6 ^a	22.7 ± 5.6 ^b
	8 周	99.6 ± 8.9 ^b	14.1 ± 4.2 ^b	25.6 ± 4.6 ^b
	12 周	99.8 ± 6.3 ^b	15.2 ± 5.3 ^b	26.2 ± 3.8 ^b
	16 周	100.5 ± 10.7 ^b	16.3 ± 6.8 ^b	27.1 ± 4.7 ^b

注: 组内比较^aP < 0.05, ^bP < 0.01; 组间比较^cP < 0.05, ^dP < 0.01。

表 4 两组 MCCB 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组 别		MCCB 评分				
		语义流畅	连线	符合编码	数字序列	空间广度
研究组 (n = 59)	治疗前	16.54 ± 6.63	0.26 ± 0.05	32.40 ± 11.02	15.32 ± 5.13	12.32 ± 4.27
	4 周	14.21 ± 5.74 ^a	0.21 ± 0.08	30.20 ± 12.23	14.12 ± 5.24 ^a	10.31 ± 4.52 ^a
	8 周	12.13 ± 4.65 ^b	0.15 ± 0.12 ^a	27.56 ± 11.86 ^a	11.32 ± 4.87 ^b	9.56 ± 3.89 ^b
	12 周	11.43 ± 3.56 ^a	0.12 ± 0.21 ^a	25.35 ± 10.56 ^a	11.53 ± 4.68 ^b	9.32 ± 3.78 ^b
	16 周	10.68 ± 6.50 ^{bd}	0.12 ± 0.05 ^{ac}	23.47 ± 10.53 ^{ac}	10.56 ± 5.02 ^{bc}	9.02 ± 0.23 ^{bc}
对照组 (n = 61)	治疗前	16.78 ± 6.75	0.24 ± 0.05	32.5 ± 10.34	15.43 ± 5.23	12.61 ± 4.35
	4 周	14.85 ± 5.67	0.21 ± 0.04	31.8 ± 11.23	14.89 ± 6.45	11.41 ± 3.89
	8 周	13.94 ± 6.73 ^a	0.19 ± 0.12	31.6 ± 12.11	13.21 ± 5.36 ^a	10.23 ± 3.65 ^a
	12 周	13.25 ± 5.87 ^b	0.18 ± 0.14	31.5 ± 12.43	12.68 ± 7.54 ^a	10.12 ± 2.12 ^a
	16 周	12.68 ± 6.75 ^b	0.18 ± 0.02	31.4 ± 13.21	12.32 ± 5.32 ^a	10.11 ± 2.21 ^a

组 别		MCCB 评分				
		语言记忆	视觉记忆	迷宫	持续操作	情绪管理
研究组 (n = 59)	治疗前	17.55 ± 5.43	15.24 ± 7.54	1.65 ± 0.58	170.21 ± 26.13	7.76 ± 1.65
	4 周	17.32 ± 3.51	14.87 ± 9.34	1.54 ± 0.67	157.45 ± 27.56 ^a	6.01 ± 1.42 ^a
	8 周	16.56 ± 4.36	14.65 ± 8.42	1.53 ± 0.68	146.64 ± 26.87 ^a	5.26 ± 1.53 ^b
	12 周	15.71 ± 3.23	14.47 ± 8.67	1.52 ± 0.73	127.56 ± 25.88 ^b	4.42 ± 1.46 ^b
	16 周	15.56 ± 3.26	14.38 ± 8.21	1.52 ± 0.56	112.12 ± 27.41 ^{bd}	3.12 ± 1.45 ^{bd}
对照组 (n = 61)	治疗前	17.56 ± 5.48	15.23 ± 7.12	1.62 ± 0.59	174.49 ± 29.65	7.75 ± 1.55
	4 周	17.23 ± 4.89	14.89 ± 9.85	1.57 ± 0.68	168.56 ± 29.35	7.63 ± 1.46
	8 周	17.12 ± 5.82	14.78 ± 8.78	1.56 ± 0.72	157.45 ± 28.43 ^a	6.12 ± 1.35 ^a
	12 周	16.83 ± 5.64	14.77 ± 8.83	1.53 ± 0.85	151.68 ± 28.53 ^a	6.01 ± 1.24 ^b
	16 周	16.58 ± 5.53	14.75 ± 8.43	1.52 ± 0.65	146.20 ± 29.53 ^a	5.01 ± 0.45 ^b

注: 组内治疗前后比较^aP < 0.05, ^bP < 0.01; 与对照组治疗后比较^cP < 0.05, ^dP < 0.01。

2.5 两组 1 年内复发率比较 1 年后随访,研究组复发 9 例(15%),对照组复发 16 例(26.7%),两组复发率比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨 论

本研究结果显示,综合心理干预对精神分裂症患者并不能明显改善阳性症状,但对阴性症状有一定作用,并能提高患者的生活质量和认知功能。治疗 4 周后,两组均较治疗前改善($P < 0.01$),说明早期主要是药物治疗效果。随着治疗的延续,PANSS 各项分值均继续降低;在阴性症状因子分及总分上,研究组与对照组相比差异有统计学意义($P < 0.01$),说明心理干预能改善患者的精神症状尤其是阴性症状。

在生活质量方面,两组治疗 16 周后生活质量均较治疗前改善($P < 0.01$)。说明心理干预能提高患者生活质量,尤其是通过家庭治疗,患者及家人都能提高认识,相互理解、支持,改变以往不良的家庭互动模式,进而提高患者的生活质量,使患者有信心回归社会。

在认知功能方面,心理干预能改善患者的认知功能,两组在语义流畅、持续操作和情绪管理方面差异有统计学意义($P < 0.01$)。说明综合心理干预能提高患者的认知功能,通过各种方式的心理治疗,尤其是患者在治疗过程中通过与医患及家庭成员之间的互动、交流,纠正其一些错误的认知,不断改善患者认知领悟能力,提高认知功能,促进患者回归家庭和社会。

两组患者治疗好转出院后均随访 1 年,1 年后两组再次进行 PANSS、WHOQOL - BREF 及 MCCB 评分发现,两组评分差异均有统计学意义($P < 0.05$),研究组患者 PANSS 总分低于对照组,说明研究组患者通过心理干预,自知力提高,对疾病的调控能力增强;WHOQOL - BREF 各领域分值高于对照组,说明通过心理干预后,患者对自己在家庭、社会的定位更确切,适应能力增强,对自己的现实情况更能满足,生活质量更高;MCCB 中各项目分值仍低于对照组,说明对照组患者通过心理干预,认知功能改善,更能适应和回归社会。1 年后的回访发现,1 年内复发率研究组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),说明研究组患者医嘱遵从性较好,患者对疾病的认知较对照组好。

通过回访发现,经过综合心理干预的患者对自

身症状的认识及预防、监测优于单纯药物治疗的患者,其医嘱依从性好,其家庭对话环境改善并提高,能提高患者的生活质量和认知功能,使患者更有能力和信心面对疾病、面对家庭和社会,能真正回归家庭和社会,降低患者的复发率,减轻患者家庭和社会负担。

本研究可能存在一定缺陷,如未对精神分裂症分型(但符合 DSM - V 的诊断趋势)、未区分首发和复发、研究复发率时的固定时点及对复发率的判定等,有待进一步探讨。

参 考 文 献

- [1] David F, Colin D, Barton P et al. Physical and mental health - related quality of life among older People with schizophrenia [J]. Schizophr Res 2005, 77(1): 1 - 9.
- [2] Monika S, Jan P, Daniela J et al. The quality of life of patients suffering from Schizophrenia - a comparison with health controls [J]. Biomed from Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub, 2011, 155(2): 173 - 780.
- [3] Thomas LP, Oscar RL. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia [J]. Schizophr Res 2008, 100(1): 108 - 109.
- [4] Louanne WD, Paul HL. Cognitive behavioral therapy and functional and metacognitive outcomes in schizophrenia: a single case study [J]. Cognit Behav pract 2005, 12(1): 468 - 478.
- [5] Lucia RV, Paul T, Eric M et al. Cognitive behavioral therapy across the stages of psychosis: prodromal, first episode, and chronic schizophrenia [J]. Cognit Behav Pract 2008, 15(3): 179 - 193.
- [6] International Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD - 10) [M]. New York: World Health Organization, 1992.
- [7] 何燕玲. 阳性与阴性症状量表 [J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 3 (增刊): 267 - 275.
- [8] 郝元涛, 方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明 [J]. 现代康复 2000, 4(8): 1127 - 1129.
- [9] Marder SR, Fenton W. Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia: NIMH MATRICS initiative to support the development of improving cognition in Schizophrenia [J]. Schizophr Res 2004, 72(2): 5 - 9.
- [10] 邹义壮, 崔界峰, 王健 等. 精神分裂症认知功能成套测试中文版临床信度及效度的研究 [J]. 中华精神科杂志 2009, 42(1): 29 - 33.
- [11] Kingdon D, Turkington D. Cognitive therapy of schizophrenia [M]. New York: Guilford Press 2005: 231 - 272.
- [12] Biejing PJ, McCabe RE, Antony MM. 团体认知行为治疗 [M]. 崔霞, 译. 北京: 世界图书出版公司 2011: 3 - 207.
- [13] Yalon ID. 团体心理治疗 - 理论与实践 [M]. 5 版. 李敏, 李鸣, 译. 北京: 人民卫生出版社 2009: 3 - 85.

(收稿日期: 2014 - 06 - 06)