

· 综 述 ·

强迫症的元认知理论及元认知疗法

张樱樱 童辉杰 综述 本刊审校

中图分类号: R749

文献标识码: B

doi: 10.3969/j.issn.1007-3256.2014.04.031

强迫症最显著的特点之一就是个体对自我意识的内容及自我意识调节的关注,并不是所有的情感障碍都对自我意识过度敏感与关注,比如抑郁症,抑郁症病人关于自我、世界及未来消极的自动化想法很难进入意识领域,所以,对抑郁症病人必须训练关于其对消极认知的自我监控与鉴别。但强迫症正好相反,必须首先训练他们减少对闯入性想法的关注,或者去关注认知过程的其它方面。什么样的信息加工系统的过程与结构可以解释那些持续的不可控的和令人厌恶的强迫现象呢?就是元认知,元认知是关于个人认知过程的认识和调节这些过程的能力。元认知知识与过程和强迫现象的发展与持续有显著相关。比如,强迫症患者的元认知知识可能是错误的、失调的,所以,存在于意识里的正常思想被评价为一种威胁。与此同时,元认知过程可能存在故障,导致过度监控与随之而来的功能失调的元认知产品。

最近关于强迫症的理论模型提出某些认知评价类型可以被看做是元认知^[1-2],Wells 首先提出元认知信念和过程与强迫症有关联,元认知被认为是影响强迫症发展和持续的一个重要因素^[3]。

1 强迫症理论模型中的元认知

1.1 理论研究 Salkovskis^[1]提出的模型独特之处在于不仅涉及到强迫症患者的闯入性思想本身,还阐述对闯入性思想的评价。例如,闯入性思想可能是“我要刺伤我的爱人”,接下来的评价就会产生焦虑“我为什么会产生这种想法?是不是我真的会这样做?”

Salkovskis 的模型中特别强调了个体的责任感,过高评价责任感这种信念是强迫观念维持和发展的必要与可能因素^[1]。与此类似,Rachman^[2]的模型也强调了对评价灾难性解释的重要性,强迫问题的发展来自个体相信闯入性思想揭示了一些有意义的事情或者未

知的事,个体会认为这是一种警示或暗示,代表负性事件会成为现实,或个体会失去控制。这种强迫思想会随着灾难性的解释一直持续。与此同时,预示危险增加的个人信念又导致仪式行为频率的增加。这些模型本质上是评价理论,源于贝克的情感障碍理论图式。

认知行为模型提出的强迫症患者都持有一系列功能失调的假设或者引发焦虑的信念,这些元认知有以下特性:思想-行为融合,思想的重要性,和过度控制思想。思想行为融合是 Rachman 和他的同事提出的^[2],主要包括两点:①想到那些不可接受的或者让人烦恼的事情或行为,这个事情或者行为就会发生。②对于强迫观念的解释在道德上与被禁止的行为是等价的。也就是说个体感觉他(她)的不被接受的思想、意向或者冲动与现实发生的事件在道德上是同样坏的。

功能失调的假设被认为是思想的重要性,这些闯入性思想无法消除转而被看成是对自身很重要而且有意义的。Whittal 等^[4]研究发现 80% 的强迫性沉思的病人赞同元认知信念关于“想到某事就意味着这是真的”,这被描述为自证循环,一个思想的存在作为一种证据表明它的重要性。相同地,努力控制思想也被看成是一种元认知信念,这个概念首先是 Purdon 和 Clark^[5]提出的,过度思想控制努力如思想压抑,但这些压抑行为很少是成功的,而且会导致个体进一步的关于思想控制失败结果的负性评价。如:当个体无法压抑不想要的思想,个体会更加关注思想的出现及用更大的努力去压抑它们。

Wells 提出了一种认知方式我们称之为认知注意综合征(Cognitive Attentional Syndrome,CAS)^[3],它是所有情感障碍的一种主要的诱发因素。Wells 在文中指出,闯入性思想可以诱发负性的元认知信念(元认知知识),导致认知注意综合征,这些负性的元认知知识主要是关注危险和重要的闯入性思想。实际上,Wells 指出,元认知的三个方面对于强迫症状的持续和病因学是十分重要的。这些症状包括:思想融合信念,需要执行仪式的信念和信号仪式可以停止的标准。这个模型当中,思想融合信念除了思想-行为融合(thought-action fusion)还包括思想-事件融合(thought-event fusion)

项目基金:浙江省高教学会 2014 年度立项课题(KT2014029);台州学院青年基金项目(2014QN015)。

作者单位:317000 台州学院教师教育学院(张樱樱) 苏州大学应用心理学研究所(童辉杰)

通信作者:张樱樱,E-mail:zhyy1012@163.com

fusion) (如:有一个会引发某件事情的想法就意味着这件事情已经发生了)与思想-客体融合(thought-object fusion) (如:思想或感觉可以转移到客体上)。根据这个模型,以上三种元认知知识可以解释一系列的强迫症状。

1.2 实证研究支持 目前为止,已有研究证明了元认知在强迫症中的作用,思想-行为融合、思想的危险及不可控性都被证明与强迫症的症候学存在显著相关^[6]。并且,在暴露与反应阻断治疗(ERP)结果中,元认知的改变是很好的预测因子。Myers 对 238 名大学生非临床样本进行问卷调查,发现该模型的三个元认知信念的贡献可以作为强迫症的独立预测变量,远远超过了威胁、担忧、责任感和完美主义的贡献。当然,作者也承认此研究的局限性在于非临床样本和使用一些未公开发表的测量问卷^[7]。

这项研究很快被重复验证并扩展 Solem 在 304 名非临床样本中发现了相同的模式,所有的三个元认知领域都与强迫症状显著相关,但在控制担忧、威胁和非元认知信念后,只有融合信念与仪式化的信念能够预测强迫症状。作者在第一部分调查了 57 名强迫症的临床样本,比较临床样本与非临床样本在元认知上面的分数,发现二者存在显著差异,而且融合信念与仪式化的信念在临床样本中是强迫症状的显著预测变量^[8]。

2 强迫症的元认知治疗方法

2.1 Wells 的元认知治疗方法(Metacognitive Therapy Approach, MCT) MCT 的主要治疗方法是让患者能够意识到他们的元认知过程,并帮助他们学会调整那些高层次元认知(high-order metacognition),如关于思想重要性的信念。与认知-行为治疗最重要的不同点是,不会让患者调整他们的低层次评价(lower-order appraisals),如:我有责任确保我的家庭没有发生糟糕的事情。并且,MCT 没有针对习惯化的暴露练习,取而代之的是使用行为实验来终止那些无意义的元认知过程。另外一种主要的治疗策略是分离注意(Detached Mindfulness, DM)。分离注意是用建立一种合适的模式来处理、提高执行控制力,消除担忧和沉思的认知形式。分离注意与冥想在很多方式上不同,在元认知疗法中,分离注意不是一种自我意识,也不是一种应对策略,只是一种用来改变元认知信念的状态^[9]。

Fisher 等在 2008 年进行的一项实验,4 位被诊断为强迫症的患者通过为期 12 次的 MCT 治疗,强迫症状显著减少,3 个月以后进行跟踪随访,参加被试在临床症状改变上达到显著^[10]。Rees 和 van Koesveld 对 8 名强迫症患者进行为期 12 次的 MCT 小组治疗,87% 的被试达到了耶鲁-布朗量表的临床诊断标准,3 个月后进行随访依然保持^[11]。Simons 等对 10 位被诊断为 OCD 的青

少年进行了为期 20 次的 MCT 治疗,包括挑战元认知信念和调节元认知策略,患者被鼓励允许或者接受那些不想要的思想而不是压抑它们,结果发现强迫症状减少,2 年以后进行追踪研究,效果依然显著^[12]。

2.2 基于推理的方法(Inference-Based Approach, IBA) O'Connor 等^[13]在 2009 年提出了基于推理的方法,这个方法基于强迫症的主要特点是维持混乱的推理,也就是强迫性怀疑,由两个部分构成:①想象优于现实的可能性;②对于感官和常识的不信任。IBA 把强迫观念分为怀疑的初级推理和结果的次级推理。比如:我触摸到了门把手——我的手可能脏了(怀疑的初级推理)——如果是这样,我就会弄脏我爱的人等(预期结果或者次级推理)。作者认为这个方法可以提升个体的元认知洞察力,病人可以意识到他们对闯入性想法无意义的回应而不是参与这些认知的内容。IBA 强调适得其反的元认知经历,就像那些无意义的感知过程而不是真正的现实感知。

Aardema 等^[14]在一项 35 人强迫症患者的实证研究中,证明了 IBA 的影响作用,发现 IBA 对于提高病人解决强迫怀疑的能力有帮助进而降低了强迫症状。小规模的对照测验比较了 IBA 与认知行为疗法发现,在耶鲁布朗量表上效应比较小而在帕多瓦量表上存在较大效应。

2.3 接受和投入治疗(Acceptance and Commitment Therapy, ACT) ACT 是基于哲学中的功能情景理论和关系框架理论^[15]提出的,基本的理论假设是个体通过许多不同的过程学习刺激与反应之间的关系,这些关系不一定是实际经历的刺激。例如:在强迫症的个案中,一个人可能害怕栏杆的污染因为他觉得这与很脏的手推车是一样的。在 ACT 的治疗中,强迫症当事人会被要求回顾以前控制强迫观念的失败体验,治疗的重点在于接受而不是试图消除强迫观念。治疗师会帮助当事人重新调整,使其考虑以改善生活质量为目标而不是减少或者消除症状。另一个治疗的重点是帮助患者达到认知解离(cognitive defusion),换句话说,想法就是想法,不是事实,将自我从思想、意象和记忆中分离,客观地注视思想活动如同观察风景,将思想看作是语言和文字本身,而不是它所代表的意义。如:强迫观念与当事人作为一个人是不同的。

Twohig 等^[16]主持了利用 ACT 治疗强迫症的一项研究,研究包括 4 名强迫症病人(两个检查、一个清洗、一个囤积)。干预包括了 8 个小时的 ACT 治疗,在治疗的最后,通过强迫问卷获得的数据发现,病人的症状显著减少,在随后的 3 个月的追踪研究中,临床症状减少依然显著。Twohig 等^[17]在一项对 79 名诊断为强迫症的研究中,比较了渐进放松训练(Progressive Relaxation Training, PRT)和 ACT 的治疗效果,发现在 ACT 治

疗及跟踪研究中,病人的强迫症状显著减少,相较于 PRT 小组,ACT 治疗小组的临床改善效果要好于前者。但这项研究仅提供了 ACT 对 OCD 治疗效果最初的实证支持,需要进一步的控制实验,比如长期的追踪及与暴露与反应预防治疗结果的对比还需要进一步的实验支持。

3 讨 论

从元认知的角度出发,早期提出解释强迫症的认知理论可以看成是元认知知识(评价来自于负性的元认知信念)。近年来,元认知已得到了大多数学者的认同,认知行为治疗方式的转移重点就是元认知。它强调重构认知信念而不是关注特定的认知内容。因此,治疗的一个主要目标应该是元认知信念的调整。这些理论为我们理解、治疗强迫症提供了一个新的视角与方向。

3.1 现有研究的局限性 从以上研究中可发现以下问题,研究方法单一,在阐述元认知对强迫症的影响的研究调查中,研究者大多采用自陈问卷,而这种调查方式已经愈来愈受到批评。由于调查问卷是基于研究者对认知的看法而制定的,因此它对于不同回答者的意义可能有所不同。此外,它不能准确测量负性元认知信念与过程的严重性。因此,得到的关于元认知对强迫症产生影响的结论也是有限的;统计分析方法简单,在定量研究中,多是采用相关和回归分析,其他统计分析方法较少使用;研究者相对集中,大多数已经发表的理论模型的研究,是由以 Wells 及其同事为核心的研究团队开展的,因此需要更广泛的研究来独立的评估元认知理论;研究对象本身的局限性。已有研究中的研究对象大多是高校学生为代表的非临床样本,临床样本较小,这使结论的信效度受到影响。

3.2 未来研究方向 未来研究需要以临床和非临床大样本为基础,评估元认知与强迫症之间的关系,提高结论的信效度。同时,还需要扩大元认知与强迫症的研究群体,特别是儿童、青少年和老年人。未来的研究需要关注元认知信念对 OCD 合并其他精神障碍的影响机制,如广泛性焦虑、抑郁、惊恐、神经性厌食症等,元认知信念有可能是这些精神疾病的共病,因此,研究 OCD 合并其它精神障碍的元认知信念及不同的元认知信念对不同病症作用机制存在何种差异是理解强迫症病因学的一个重要途径。对于强迫症患者的元认知调节、元记忆等问题的研究大都是问卷调查、临床及行为实验,研究者没有从认知神经科学的角度来研究这些问题,这将是未来的一个发展趋势。

参 考 文 献

[1] Salkovskis PM. Obsessional - compulsive problems: A cognitive - be-

- havioral analysis [J]. Behav Res Ther, 1985, 23(5): 571 - 583.
- [2] Rachman SJ. A cognitive theory of obsessions: elaborations [J]. Behav Res Ther, 1998, 36(4): 385 - 401.
- [3] Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide [DB]. Chichester: Wiley, 1997.
- [4] Whittal ML, Robichaud M. Obsessive - compulsive disorder. In S. Hofmann & M. Reinecke (Eds.), Cognitive behavioral therapy with adults: A guide to empirically - informed assessment and intervention [M]. New York: Cambridge University Press, 2010: 92 - 106.
- [5] Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions [J]. Clin Psycho and Psychotherapy, 1999, 6(2): 102 - 110.
- [6] Sica C, Coradeschi D, Sanavio E, et al. A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals [J]. J Anxiety Disord, 2004, 18(3): 291 - 307.
- [7] Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive - compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals [J]. J Anxiety Disord, 2009, 23(4): 436 - 442.
- [8] Solem S, Myers SG, Fisher PL, et al. An empirical test of the metacognitive model of obsessive - compulsive symptoms: Replication and extension [J]. J Anxiety Disord, 2010, 24(1): 79 - 86.
- [9] Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression [M]. New York: Guilford Press, 2009.
- [10] Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive - compulsive disorder: A case series [J]. J Behav Ther Exp Psychiatry, 2008, 39(2): 117 - 132.
- [11] Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive - compulsive disorder [J]. J Behav Ther Exp Psychiatry, 2008, 39(4): 451 - 458.
- [12] Simons M, Schneider S, Herpertz - Dahmann B. Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive - compulsive disorder [J]. Psychother Psychosom, 2006, 75(4): 257 - 264.
- [13] O'Connor KP, Aardema F, Bouthillier D, et al. Evaluation of an inference - based approach to treating obsessive - compulsive disorder [J]. Cog and Behav Practice, 2005, 34(3): 148 - 163.
- [14] Aardema F, O'Connor K. Dissolving the tenacity of obsessional doubt: Implications for treatment outcome [J]. J Behav Ther Exp Psychiatry, 2012, 43(2): 855 - 861.
- [15] Hayes S, Barnes - Holmes D, Roche B. Relational Frame Theory: A post Skinnerian account of human language and cognition [M]. New York: Kluwer Academic/Plenum, 2001.
- [16] Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive - compulsive disorder [J]. Behav Ther, 2006, 37(1): 3 - 13.
- [17] Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder [J]. J Consult Clin Psychol, 2010, 78(5): 705 - 716.

(收稿日期: 2014 - 05 - 05)