

短程认知行为治疗改善精神分裂症患者生活质量的效果及影响因素

孙倩¹, 杨晓婕^{1*}, 马云¹, 郭志华², 李占江¹

(1. 首都医科大学附属北京安定医院, 精神疾病诊断与治疗重点实验室, 国家精神心理疾病临床医学研究中心, 北京 100088;

2. 中国康复研究中心, 北京 100068

*通信作者: 杨晓婕, E-mail: mentalhealth@mail.ccmu.edu.cn)

【摘要】 背景 精神分裂症病程迁延, 患者社会功能受损、生活质量明显降低, 药物治疗联合心理治疗对患者生活质量的改善尤为重要。短程认知行为治疗(BCBT)已广泛应用于临床, 但目前有关BCBT的研究更多关注患者症状的改善, 缺少对生活质量改善的相关报道。**目的** 评价BCBT联合常规治疗对改善精神分裂症患者生活质量的效果及影响因素。**方法** 选取2011年8月—2016年12月在首都医科大学附属北京安定医院门诊随诊、符合《国际疾病分类(第10版)》(ICD-10)精神分裂症诊断标准的患者210例。采用随机数字表法分为研究组和对照组各105例。两组均接受常规治疗, 研究组在此基础上接受为期12周、共8次BCBT。在基线期和随访12周末、随访26周末、随访52周末, 采用阳性和阴性症状量表(PANSS)、个体和社会功能量表(PSP)以及世界卫生组织生存质量测定量表简表(WHOQOL-BREF)进行评定。**结果** 重复测量方差分析结果显示, PANSS总评分的时间效应、时间与组间的交互效应均有统计学意义($F=118.783, 8.083, P$ 均 <0.01); PSP总评分的时间效应、组间效应以及时间与组间的交互效应均有统计学意义($F=94.358, 4.048, 5.490, P<0.05$ 或 0.01); WHOQOL-BREF总评分的时间效应、组间效应以及时间与组间的交互效应均有统计学意义($F=12.330, 4.168, 4.142, P<0.05$ 或 0.01)。二元Logistic回归分析显示, BCBT联合常规治疗($OR=1.861, 95\% CI: 1.004\sim 3.448$)、年龄小($OR=1.044, 95\% CI: 1.001\sim 1.088$)是精神分裂症患者生活质量改善的保护因素, 基线期PANSS评分高($OR=0.972, 95\% CI: 0.945\sim 0.999$)是患者生活质量改善的危险因素。**结论** 与常规治疗相比, BCBT联合常规治疗对改善精神分裂症患者生活质量的效果显现更早, 且长期效果更好。

【关键词】 精神分裂症; 认知行为治疗; 生活质量; 影响因素

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫描二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749.3

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20240202003

Efficacy of brief cognitive behavioral therapy on improving quality of life improvement in patients with schizophrenia

Sun Qian¹, Yang Xiaojie^{1*}, Ma Yun¹, Guo Zhihua², Li Zhanjiang¹

(1. Beijing Anding Hospital Capital Medical University, Key Laboratory for Diagnosis and Treatment of Mental Disorders,

National Clinical Research Center for Mental Disorders, Beijing 100088, China;

2. China Rehabilitation Research Center, Beijing 100068, China

*Corresponding author: Yang Xiaojie, E-mail: mentalhealth@mail.ccmu.edu.cn)

【Abstract】 **Background** The course of schizophrenia is prolonged, and patients have impaired social function and significantly reduced quality of life. Drug therapy combined with psychological therapy is particularly important for improving the quality of life of patients. Brief cognitive behavioral therapy (BCBT) has been widely applied in clinical practice, but current research on BCBT focuses more on improving patients' symptoms and lacks relevant reports on improving quality of life. **Objective** To evaluate the efficacy and influencing factors of BCBT combined with conventional treatment on improving the quality of life in patients with schizophrenia. **Methods** A total of 210 patients who met the diagnostic criteria for schizophrenia in the International Classification of Diseases (10th edition) (ICD-10) and were followed up at the outpatient department of Beijing Anding Hospital Capital Medical University from August 2011 to December 2016 were selected. Using a random number table method, patients were

基金项目: 北京市科委资助科研项目(项目名称: 首发精神分裂症患者认知行为治疗效果评价研究, 项目编号: Z111107058811078); 首都医学发展基金联合攻关项目(项目名称: 精神分裂症社区CBT操作程式的效果评价研究, 项目编号: 2009-1050); 北京市卫生与健康科技成果和适宜技术推广项目(项目名称: 短程认知行为治疗在精神分裂症社区康复中的推广, 项目编号: TG-2017-38)

www.chictr.org.cn注册号: ChiCTR-TRC-13003709

divided into study group and control group, with 105 cases in each group. Both groups received routine treatment, and the research group received a total of 8 BCBT sessions for 12 weeks on this basis. At the baseline period and 12 weeks of treatment, 26 weeks of follow-up and 52 weeks of follow-up, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Personal and Social Performance Scale (PSP) and World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQOL-BREF) were used for evaluation. **Results** The results of repeated measures analysis of variance showed that the time point effect and interaction effect of PANSS total score were statistically significant ($F=118.783, 8.083, P<0.01$). The time point effect, inter group effect and interaction effect of PSP total score were statistically significant ($F=94.358, 4.048, 5.490, P<0.05$ or 0.01). The time point effect, inter group effect and interaction effect of the total score of WHOQOL-BREF were all statistically significant ($F=12.330, 4.168, 4.142, P<0.05$ or 0.01) Binary Logistic regression analysis showed that the study group ($OR=1.861, 95\% CI: 1.004\sim 3.448$) and young age ($OR=1.044, 95\% CI: 1.001\sim 1.088$) were protective factors for improving quality of life of patients, while high PANSS baseline score ($OR=0.972, 95\% CI: 0.945\sim 0.999$) was a risk factor for improving quality of life of patients. **Conclusion** The combination of BCBT and conventional treatment has an earlier onset of improvement in the quality of life of patients with schizophrenia, and long-term efficacy is superior to conventional treatment. [Funded by Research Projects Supported by Beijing Municipal Commission of Science and Technology (number, Z111107058811078); Capital Medical Development Fund Joint Research Project (number, 2009-1050); Beijing Hygienism and Health Science and Technology Achievements and Appropriate Technology Promotion Project (number, TG-2017-38); www.chictr.org.cn number: ChiCTR-TRC-13003709]

【Keywords】 Schizophrenia; Cognitive behavioral therapy; Quality of life; Influencing factors

精神分裂症是一类病程长、复发率高、致残率高的严重精神障碍,全球终生患病率约为1%,精神分裂症病程迁延,患者社会功能受损、生活质量明显降低^[1-5]。目前,抗精神病药物仍为精神分裂症的首选治疗方法,但药物不良反应严重影响患者的治疗依从性和生活质量,部分患者存在残留症状,并伴有人际交往困难、低自尊等问题^[3-5]。因此,在药物治疗的基础上联合心理治疗,可能有助于改善患者的生活质量、促进患者康复^[6]。

认知行为治疗(cognitive behavioral therapy, CBT)是目前针对精神分裂症疗效证据最充分的心理治疗方法^[7]。英国国家卫生与临床优化研究所(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)和美国精神分裂症预后研究组(Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, PORT)均推荐CBT为精神分裂症的首选心理治疗方法^[8-9]。在药物治疗基础上联用CBT,针对精神分裂症患者的阳性症状、阴性症状、情绪与行为紊乱、药物依从性及相关的心理社会问题,运用认知和行为技术,改变患者的非适应性思维和行为模式,减轻症状及相关问题对患者的负面影响,进而达到改善功能、减少复发的目的^[7-12]。既往研究表明,药物联合CBT有助于改善患者的精神病性症状和社会功能,提高治疗依从性和自知力水平,缩短住院时间,降低复发率^[10-14]。近年来,针对CBT资源不足、治疗条件有限等问题,短程认知行为治疗(brief cognitive behavioral therapy, BCBT)逐渐兴起并应用于临床。相较于CBT,BCBT更加简短、精炼,一个疗程通常为6~8次。郭志华

等^[11]对64例精神分裂症患者的研究显示,BCBT对患者症状及自知力改善均有效,但目前缺少BCBT改善生活质量的相关报道。本研究探讨BCBT联合常规治疗对改善精神分裂症患者生活质量的效果,为寻找改善患者生活质量、促进患者康复的方法提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象

选取2011年8月—2016年12月在首都医科大学附属北京安定医院门诊诊疗并已纳入社区重症精神疾病管理的精神分裂症患者。入组标准:①符合《国际疾病分类(第10版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10)精神分裂症诊断标准;②年龄18~60岁,初中及以上受教育程度;③入组前服用单一抗精神病药,且药物种类和剂量稳定4周以上;④患者和监护人均签署知情同意书。排除标准:①病情严重,需要住院治疗者;②合并其他精神疾病或严重躯体疾病者;③无法进行有效交谈者;④近一个月接受过电休克治疗者。符合入组标准且不符合排除标准共210例,采用随机数字表法分为研究组和对照组各105例。本研究通过首都医科大学附属北京安定医院伦理委员会批准,审批号:(2011)临审第(3)号。

1.2 干预方法

患者均全程接受常规治疗,包括药物治疗和个案管理。精神科医师对所有患者进行评估,制定具

体的药物治疗方案,督促患者坚持服药,每月复诊,指导家属观察并处理患者药物不良反应。当患者出现冲动倾向或严重药物不良反应时,立刻启动应急处理机制。

研究组在常规治疗的基础上接受为期 12 周、共 8 次 BCBT,其中前三次治疗在入组评估后两周内完成,后五次治疗每两周一次,每次治疗时长 50~60 min。根据《重性精神疾病的认知行为治疗:图解指南》^[15]和 BCBT 治疗手册^[10-11],编制《精神分裂症 BCBT 操作程式》,进行个体 BCBT 治疗。治疗过程如下:①第 1~2 次,收集资料,介绍治疗原理,初步案例解析,设定治疗目标;②第 3~6 次,采用 CBT 技术干预患者的幻觉、妄想、阴性症状和不良情绪;③第 7~8 次,回顾治疗过程,分析服药的利与弊,预防复发和学习问题解决技巧。主要干预措施如下。①针对妄想症状:引导发现、言语挑战、行为实验、现实检验等;②针对幻听症状:重新归因、应对策略、现实检验、声音日记等;③针对阴性症状:行为激活、行为强化、地图法、逐级任务分配;④针对不良情绪:应激易感模型、正常化、问题解决、放松训练;⑤针对预防复发:教育、服药利弊分析、识别和应对复发先兆等。

1.3 评定工具

采用自编问卷收集患者的基本资料,包括性别、年龄、受教育年限、工作情况、婚姻状况、居住地、居住状况、病程和服药种类。

采用阳性和阴性症状量表(Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)评定精神分裂症患者的临床症状^[16]。PANSS 包含阳性症状(7 个条目)、阴性症状(7 个条目)和一般精神病理(16 个条目)3 个分量表。采用 1(无)~7(重度)分 7 级评分,总评分越高表明症状越严重。本研究中,该量表 Cronbach's α 系数为 0.830。

采用个体和社会功能量表(Personal and Social Performance Scale, PSP)评定精神分裂症患者的社会功能^[17]。PSP 总评分范围 0~100 分,评分越高表明社会功能越好。本研究中,该量表 Cronbach's α 系数为 0.810。

采用世界卫生组织生存质量测定量表简表(World Health Organization Quality of Life Brief, WHOQOL-BREF)评定精神分裂症患者的生活质量^[18]。WHOQOL-BREF 共 26 个条目,涉及生理、心理、社会关系和环境 4 个因子。评分越高表明生活质量越好。本研究中,该量表 Cronbach's α 系数为 0.830。

1.4 评定方法与质量控制

由七名经过一致性培训的医师在医院门诊心理测评室进行量表评定。分别于基线期、治疗 12 周末、随访 26 周末、随访 52 周末进行 PANSS、PSP、WHOQOL-BREF 评定。

1.5 统计方法

采用 Epidata 3.0 进行数据录入,对收集的数据进行意向治疗分析(intention to treat analysis, ITT),即无论病例是否完成研究,均纳入疗效的统计分析,采用末次观测值结转法(last observation carried forward, LOCF)补充缺失数据。

采用 SPSS 25.0 进行统计分析。计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 Fisher 检验;计量资料经正态性检验,均符合正态分布,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验。采用重复测量方差分析比较两组治疗前后各量表评分。采用二元 Logistic 回归分析 BCBT 联合常规治疗改善患者生活质量的影响因素。双侧检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

2.1 两组基本资料比较

在随访期间,研究组和对对照组分别脱落 18 例和 20 例,最终完成研究者,研究组 87 例、对照组 85 例。两组性别、年龄、受教育年限、工作情况、婚姻状况、居住地、居住情况、病程以及服药种类比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。见表 1。

2.2 两组各量表评分比较

重复测量方差分析结果显示, PANSS 总评分的时间效应、时间与组间的交互效应均有统计学意义($F=118.783, 8.083, P$ 均 <0.01); PSP 总评分的时间效应、组间效应、时间与组间的交互效应均有统计学意义($F=94.358, 4.048, 5.490, P <0.05$ 或 0.01); WHOQOL-BREF 总评分的时间效应、组间效应、时间与组间的交互效应均有统计学意义($F=12.330, 4.168, 4.142, P <0.05$ 或 0.01),生理因子评分的时间效应、时间与组间的交互效应均有统计学意义($F=6.597, 3.649, P <0.05$ 或 0.01),心理因子评分的时间效应有统计学意义($F=9.909, P <0.01$),社会关系因子评分的时间效应有统计学意义($F=9.451, P <0.01$),环境因子评分的时间效应、组间效应、时间与组间的交互效应均有统计学意义($F=7.486, 6.983, 2.891, P <0.05$ 或 0.01)。

进一步分析结果显示,治疗 12 周末、随访 26 周末、随访 52 周末,两组 PANSS 总评分均低于基线期(P 均 <0.05),PSP 总评分均高于基线期(P 均 <0.05)。

治疗 12 周末、随访 26 周末、随访 52 周末,研究组 WHOQOL-BREF 总评分及各因子评分均高于基线期(P 均 <0.05);随访 26 周末,对照组 WHOQOL-BREF 心理因子评分高于基线期(P <0.05);随访 52 周末,对照组 WHOQOL-BREF 总评分及社会关系因子评分

均高于基线期(P 均 <0.05)。

治疗 12 周末,研究组 PANSS 总评分低于对照组(P <0.05),PSP 总评分、WHOQOL-BREF 总评分及生理因子、社会关系因子、环境因子评分均高于对照组(P 均 <0.05)。随访 52 周末,研究组 PANSS 总评分低于对照组(P <0.05),PSP 总评分、WHOQOL-BREF 总评分及生理因子、环境因子评分均高于对照组(P 均 <0.05)。见表 2。

表 1 两组基本资料比较

Table 1 Comparison of basic information between two groups

项 目		研究组 ($n=105$)	对照组 ($n=105$)	t /Fisher	P
性别[$n(\%)$]	男性	49(46.67)	50(47.62)	-	1.000
	女性	56(53.33)	55(52.38)		
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)		35.10 \pm 10.65	37.43 \pm 10.06	-1.632	0.104
受教育年限($\bar{x}\pm s$,年)		12.86 \pm 2.20	12.85 \pm 1.47	0.037	0.971
工作情况[$n(\%)$]	就业	58(55.24)	49(46.67)	-	0.296
	无业	47(44.76)	56(53.33)		
婚姻状况[$n(\%)$]	单身	81(77.14)	68(64.76)	-	0.068
	已婚	24(22.86)	37(35.24)		
居住地[$n(\%)$]	城市	96(91.43)	88(83.81)	-	0.141
	乡村	9(8.57)	17(16.19)		
居住情况[$n(\%)$]	独居	9(8.57)	7(6.67)	-	0.796
	与家人同住	96(91.43)	98(93.33)		
病程($\bar{x}\pm s$,月)		133.52 \pm 104.12	154.01 \pm 101.98	-1.440	0.151
服药种类[$n(\%)$]	第一代抗精神病药物	22(20.95)	20(19.05)	-	0.863
	第二代抗精神病药物	83(79.05)	85(80.95)		

表 2 两组各量表评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

Table 2 Comparison of ratings for various scales between two groups

组 别	时 间	PANSS总评分	PSP总评分	WHOQOL-BREF评分				
				总评分	生理因子	心理因子	社会关系因子	环境因子
研究组($n=105$)	基线期	57.19 \pm 13.24	63.69 \pm 12.63	74.80 \pm 12.74	21.70 \pm 4.46	18.65 \pm 3.71	8.87 \pm 2.07	25.58 \pm 4.73
	治疗 12 周末	49.72 \pm 10.92 ^{ab}	71.26 \pm 12.21 ^{ab}	79.28 \pm 11.54 ^{ab}	23.00 \pm 3.73 ^{ab}	19.70 \pm 3.32 ^a	9.61 \pm 1.82 ^{ab}	26.96 \pm 4.37 ^{ab}
	随访 26 周末	45.84 \pm 8.34 ^a	74.75 \pm 10.81 ^a	78.97 \pm 11.13 ^a	22.85 \pm 3.68 ^a	19.79 \pm 3.00 ^a	9.48 \pm 1.83 ^a	26.86 \pm 4.29 ^a
	随访 52 周末	44.13 \pm 8.13 ^{ab}	78.08 \pm 9.72 ^{ab}	80.37 \pm 10.61 ^{ab}	23.30 \pm 3.41 ^{ab}	20.14 \pm 3.01 ^a	9.68 \pm 1.83 ^a	27.25 \pm 4.07 ^{ab}
对照组($n=105$)	基线期	56.05 \pm 14.96	63.90 \pm 13.87	74.45 \pm 13.02	21.80 \pm 4.29	18.73 \pm 3.88	8.83 \pm 2.42	25.09 \pm 4.51
	治疗 12 周末	54.00 \pm 14.27 ^a	66.91 \pm 14.01 ^a	74.25 \pm 11.01	21.58 \pm 3.56	18.87 \pm 3.36	8.91 \pm 2.01	24.89 \pm 4.49
	随访 26 周末	47.23 \pm 10.27 ^a	73.00 \pm 11.46 ^a	76.82 \pm 10.67	22.30 \pm 3.22	19.54 \pm 3.26 ^a	9.25 \pm 1.83	25.72 \pm 4.24
	随访 52 周末	48.29 \pm 12.68 ^a	72.71 \pm 12.07 ^a	76.76 \pm 8.61 ^a	22.24 \pm 2.77	19.33 \pm 2.97	9.34 \pm 1.50 ^a	25.85 \pm 3.13
	$F_{时间}$	118.783	94.358	12.330	6.597	9.909	9.451	7.486
	P_1	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010	<0.010
	$F_{组间}$	2.286	4.048	4.168	3.207	1.446	2.317	6.983
	P_2	0.132	<0.050	<0.050	0.075	0.231	0.130	<0.010
	$F_{时间\times组间}$	8.083	5.490	4.142	3.649	2.182	2.235	2.891
	P_3	<0.010	<0.010	<0.050	<0.050	0.096	0.094	<0.050

注: PANSS, 阳性和阴性症状量表; PSP, 个体和社会功能量表; WHOQOL-BREF, 世界卫生组织生存质量测定量表简表; 简单效应分析, 与同组基线期评分比较, ^a P <0.05 ; 简单效应分析, 两组治疗各时点比较, ^b P <0.05

2.3 回归分析

以患者随访 52 周末 WHOQOL-BREF 总评分与基线期 WHOQOL-BREF 总评分的差值为因变量(差值>0 代表患者生活质量有改善,赋值为 0;差值≤0 代表患者生活质量无改善,赋值为 1),以治疗方法(BCBT 联合常规治疗赋值为 1,常规治疗赋值为 2)、年龄、性别(男性赋值为 1,女性赋值为 2)、婚姻状况(单身赋值为 1,已婚赋值为 2)、受教育年限、工作情

况(就业赋值为 1,无业赋值为 2)、居住情况(与家人同住赋值为 1,独居赋值为 2)、病程、基线期 PANSS 总评分以及基线期 PSP 总评分为自变量,进行二元 Logistic 回归分析。结果显示,BCBT 联合常规治疗($OR=1.861, 95\% CI: 1.004\sim 3.448$)、年龄小($OR=1.044, 95\% CI: 1.001\sim 1.088$)是患者生活质量改善的保护因素,基线期 PANSS 总评分高($OR=0.972, 95\% CI: 0.945\sim 0.999$)是患者生活质量改善的危险因素。见表 3。

表 3 患者生活质量改善影响因素的二元 Logistic 回归分析

Table 3 Binary Logistic regression analysis of factors influencing the improvement of patients' quality of life

变 量	参 照	B	SE	Wald χ^2	P	OR	95% CI
治疗方法	BCBT 联合常规治疗	0.621	0.315	3.894	0.048	1.861	1.004~3.448
年龄		0.043	0.021	4.103	0.043	1.044	1.001~1.088
性别	男性	-0.269	0.315	0.731	0.392	0.764	0.412~1.416
婚姻状况	单身	-0.288	0.376	0.586	0.444	0.750	0.359~1.566
受教育年限		-0.015	0.087	0.029	0.866	0.985	0.832~1.168
工作情况	就业	0.621	0.337	3.394	0.065	1.861	0.961~3.603
居住情况	与家人同住	1.403	0.726	3.728	0.054	4.066	0.979~16.882
病程		-0.001	0.002	0.119	0.730	0.999	0.996~1.003
基线期 PANSS 总评分		-0.029	0.014	4.102	0.043	0.972	0.945~0.999
基线期 PSP 总评分		0.014	0.015	0.866	0.352	1.014	0.984~1.045

注:BCBT,短程认知行为治疗;PANSS,阳性和阴性症状量表;PSP,个体和社会功能量表

3 讨 论

本研究表明,BCBT 联合常规治疗起效更早,疗效维持更持久。首先,研究组 PANSS 总评分在 BCBT 治疗后低于对照组。既往研究显示,BCBT 有助于降低患者对妄想信念的坚信程度,减轻患者对妄想信念的焦虑情绪和回避行为,还可以帮助患者学会应对困难,鼓励患者增加积极活动,从而减轻患者的阴性症状^[19-20],与郭志华等^[11]研究结果一致。其次,BCBT 治疗后,研究组 PSP 总评分高于对照组,提示 BCBT 可能对精神分裂症患者的社会功能恢复有促进作用,与既往研究结果一致^[10-14,21]。治疗 12 周末和随访 52 周末,研究组 WHOQOL-BREF 总评分均高于对照组,提示 BCBT 对患者生活质量的改善明显并逐渐趋于平稳,说明 BCBT 联合常规治疗有助于改善精神分裂症患者的生活质量,并且效果具有持久性和稳定性,与既往研究结果一致^[22-24]。

本研究表明,BCBT 治疗后,研究组 WHOQOL-BREF 的生理因子评分和环境因子评分均高于对照组。WHOQOL-BREF 的生理因子涉及的内容主要与患者的精神病理症状、药物不良反应有关,既往研究显示,患者的精神病性症状严重程

度与生活质量呈负相关^[25-26]。BCBT 采用可替代性解释的方法改变患者对精神病性症状的认知,缓解相应的负性情绪,采用利弊分析的策略维持患者良好的服药依从性,当患者出现药物不良反应时,BCBT 治疗可以给予支持、鼓励,帮助患者正确认识这些问题。WHOQOL-BREF 的环境因子主要涉及影响患者的外在因素。社会对精神分裂症患者存在歧视态度,精神分裂症患者对社交往往采取回避行为,当患者对外界不良刺激产生不合理认知时,可以使用共情、正常化、心理健康教育,与患者一起寻找证据、寻找可替代性想法,帮助患者修正负性思维,增强患者应对和适应社会的能力,从而提高患者的生活质量^[7,10-11,19-20,27-28]。另有研究显示,精神分裂症患者的社会支持水平与生活质量及其生理功能、心理功能和社会功能均呈正相关,给予患者一定的社会支持,有益于提高其生活质量,而家庭支持则是社会支持中最重要的部分^[28-30]。

本研究表明,BCBT 联合常规治疗以及年龄小是患者生活质量改善的保护因素,而基线期 PANSS 总评分高是危险因素。说明年龄小的患者可能对 BCBT 接受程度高,BCBT 治疗可能通过改善患者的精神病性症状,提高患者的社会功能,从而

改善患者的生活质量,促进患者康复^[7-10,12-14]。

综上所述,BCBT联合常规治疗对改善精神分裂症患者生活质量的效果更好,BCBT联合常规治疗、年龄小可能是患者生活质量改善的保护因素,基线期PANSS总评分高可能是患者生活质量改善的危险因素。本研究局限性:①本研究编制的《精神分裂症BCBT操作程式》主要针对患者的精神病性症状及自知力水平,并未对患者的社会功能和生

参考文献

- 生活质量进行针对性的干预;②随访时间较长,整个研究过程中质量控制不足,部分患者在研究过程中脱落。未来可进一步完善BCBT操作手册,并采取相应措施减少脱落,提高研究质量。
- [1] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224.
 - [2] GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [J]. *Lancet*, 2020, 396(10258): 1204-1222.
 - [3] 张春熙, 任晓晖, 杨先梅, 等. 城乡精神分裂症患者生活质量及其影响因素研究 [J]. *四川大学学报(医学版)*, 2023, 54(3): 608-613.
Zhang CX, Ren XH, Yang XM, et al. Quality of life and its influencing factors among schizophrenia patients living in urban and rural areas [J]. *Journal of Sichuan University (Medical Sciences)*, 2023, 54(3): 608-613.
 - [4] Takahashi T, Higuchi Y, Komori Y, et al. Quality of life in individuals with attenuated psychotic symptoms: possible role of anxiety, depressive symptoms, and socio-cognitive impairments [J]. *Psychiatry Res*, 2017, 257: 431-437.
 - [5] 张子旬, 姜钊, 崔倩, 等. 精神分裂症缓解期患者生活质量与社会支持、家庭关怀的相关性分析 [J]. *现代预防医学*, 2020, 47(4): 752-755.
Zhang ZX, Jiang Z, Cui Q, et al. Correlation analysis of quality of life with social support and family care in patients with schizophrenia in remission [J]. *Modern Preventive Medicine*, 2020, 47(4): 752-755.
 - [6] Ertekin Pinar S, Sabanciogullari S. The relationship between functional recovery and quality of life in patients affected by schizophrenia and treated at a community mental health center in Turkey [J]. *Perspect Psychiatr Care*, 2020, 56(2): 448-454.
 - [7] Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder [J]. *Noro Psikiyatr Ars*, 2021, 58(Suppl 1): S77-S82.
 - [8] National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update) [J]. London: National Collaborating Centre for Mental Health, 2009: 11-14.
 - [9] Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, et al. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations 2009 [J]. *Schizophr Bull*, 2010, 36(1): 94-103.
 - [10] Li ZJ, Guo ZH, Wang N, et al. Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China [J]. *Psychol Med*, 2015, 45(9): 1893-1905.
 - [11] 郭志华, 李占江, 马云, 等. 短程认知行为治疗联合常规治疗对社区精神分裂症患者疗效的初步观察 [J]. *中华精神科杂志*, 2015, 48(6): 331-338.
Guo ZH, Li ZJ, Ma Y, et al. A pilot study on the effect of brief cognitive behavioral therapy combined with routine treatment for schizophrenia in communities of Beijing [J]. *Chinese Journal of Psychiatry*, 2015, 48(6): 331-338.
 - [12] Castelnovo A, Aquilino D, Parabiaghi A, et al. Could CBT sustain long-term remission without antipsychotic medication in schizophrenia? [J]. *Schizophr Res*, 2020, 222: 491-492.
 - [13] Szymczynska P, Walsh S, Greenberg L, et al. Attrition in trials evaluating complex interventions for schizophrenia: systematic review and meta-analysis [J]. *J Psychiatr Res*, 2017, 90: 67-77.
 - [14] Morrison AP, Law H, Carter L, et al. Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study [J]. *Lancet Psychiatry*, 2018, 5(5): 411-423.
 - [15] Wright JH, Turkington D, Kingdon DG, 等. 重症精神疾病的认知行为治疗: 图解指南 [M]. 李占江, 主译. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 1-271.
Wright JH, Turkington D, Kingdon DG, et al. Cognitive-behavior therapy for severe mental illness: an illustrated guide [M]. Li ZJ translated. Beijing: People's Medical Publishing House, 2010: 1-271.
 - [16] 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, 1999: 238-246.
Wang XD, Wang XL, Ma H. Handbook of mental health assessment scales (revised edition) [M]. Beijing: Chinese Mental Health Journal, 1999: 238-246.
 - [17] 司天梅, 舒良, 田成华, 等. 个体和社会功能量表中文版在精神分裂症患者中的信效度 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2009, 23(11): 790-794.
Si TM, Shu L, Tian CH, et al. Evaluation of reliability and validity of the Chinese version of Personal and Social Performance Scale in patients with schizophrenia [J]. *Chinese Mental Health Journal*, 2009, 23(11): 790-794.
 - [18] 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.
Hao YT, Fang JQ. The introduce and usage of WHOQOL instrument in chinese [J]. *Modern Rehabilitation*, 2000, 4(8): 1127-1129.
 - [19] Mankiewicz PD. Cognitive restructuring and graded behavioral exposure for persecutory paranoia and agoraphobic anxiety in complex psychosis [J]. *Clin Case Stud*, 2019, 18(2): 143-158.
 - [20] Feyaerts J, Henriksen MG, Vanheule S, et al. Delusions beyond

- beliefs: a critical overview of diagnostic, aetiological, and therapeutic schizophrenia research from a clinical-phenomenological perspective [J]. *Lancet Psychiatry*, 2021, 8 (3): 237-249.
- [21] 徐若愚, 李献云. 精神分裂症认知行为治疗的研究进展[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2022, 22(5): 342-346.
- Xu RY, Li XY. Research progress of cognitive behavioral therapy for schizophrenic [J]. *Journal of Neuroscience and Mental Health*, 2022, 22(5): 342-346.
- [22] Dong M, Lu L, Zhang L, et al. Quality of life in schizophrenia: a meta-analysis of comparative studies[J]. *Psychiatr Q*, 2019, 90 (3): 519-532.
- [23] Hoseinipalangi Z, Golmohammadi Z, Rafiei S, et al. Global health-related quality of life in schizophrenia: systematic review and meta-analysis[J]. *BMJ Support Palliat Care*, 2022, 12(2): 123-131.
- [24] 陆沈艳, 磨丽莉, 廖海岑, 等. 认知行为干预联合利培酮对精神分裂症患者治疗态度、生活质量和社会功能的影响[J]. *河北医药*, 2023, 45(21): 3279-3282.
- Lu SY, Mo LL, Liao HC, et al. Effect of cognitive behavior intervention combined with risperidone on treatment attitude, quality of life and social function of schizophrenic patients [J]. *Hebei Medical Journal*, 2023, 45(21): 3279-3282.
- [25] Hoertel N, Rotenberg L, Blanco C, et al. A comprehensive model of predictors of quality of life in older adults with schizophrenia: results from the CSA study [J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2021, 56(8): 1411-1425.
- [26] Lim K, Peh OH, Yang Z, et al. Large-scale evaluation of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in schizophrenia [J]. *Asian J Psychiatr*, 2021, 62: 102732.
- [27] Lu L, Zeng LN, Zong QQ, et al. Quality of life in Chinese patients with schizophrenia: a meta-analysis [J]. *Psychiatry Res*, 2018, 268: 392-399.
- [28] 林春滢, 宛小燕, 张若涵, 等. 精神分裂症患者生活质量及其影响因素[J]. *中南大学学报(医学版)*, 2023, 48(3): 472-480.
- Lin CY, Wan XY, Zhang RH, et al. Quality of life and its influencing factors in patients with schizophrenia [J]. *Journal of Central South University (Medical Science)*, 2023, 48(3): 472-480.
- [29] Chen J, Song H, Li S, et al. Social support and quality of life among chronically homeless patients with schizophrenia [J]. *Front Psychiatry*, 2022, 13: 928960.
- [30] Matsuda Y, Makinodan M, Morimoto T, et al. Neural changes following cognitive remediation therapy for schizophrenia [J]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2019, 73(11): 676-684.

(收稿日期:2024-02-02)

(本文编辑:吴俊林)