

叙事护理联合计算机认知矫正治疗对精神分裂症患者康复的影响

保娟 黄娟 李娟 范丽 褚玲燕 (通讯作者)

南通市第四人民医院 江苏 南通 226001

【摘要】：本研究目的是系统评估叙事护理联合计算机认知矫正疗法（CCRT）对精神分裂症患者康复进程的实际效用及其潜在的心理作用机理。研究选取符合纳入标准的60名住院男性精神分裂症患者作为样本，采用随机分组设计，将受试者分配至实验组与对照组。所有参与者均接受统一的标准化抗精神病药物治疗方案，其中对照组仅执行常规护理干预措施，而实验组则在此基础上引入叙事护理模式，并结合CCRT技术开展多维度整合式干预。在基线数据采集完成后，于干预结束后8周分别运用阴性症状量表（SANS）、重复性神经心理状态评估量表（RBANS）、精神分裂症生活质量评定量表（SQLS）以及社会功能障碍筛查量表（SDSS）等专业工具对两组受试者的心理功能状况进行系统化评估与对比分析。本研究的数据分析表明，在基线阶段，两组被试在年龄、性别分布等基本人口统计学指标上不存在显著性差异（ $P>0.05$ ）。经特定干预后，相较于对照组，实验组患者在思维贫乏、意志力减弱、兴趣缺失、注意力障碍及SANS总分等方面展现出更优的改善效果（ $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ）。上述干预手段不仅提升了实验组在即时记忆、言语流畅度、延迟再现能力及RBANS认知测试中的表现（ $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ），还对其心理健康状况和社会功能恢复具有积极促进作用，体现在心理社会功能评估（PSF）、精神症状/不良事件监测（SQLS与SDSS）的评分下降趋势（ $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ）。讨论叙事护理联合计算机认知矫正治疗能够改善精神分裂症阴性症状、认知水平、社会功能及生活质量，对患者的精神康复具有较好的疗效。

【关键词】：叙事护理；计算机认知矫正；精神分裂症；阴性症状；康复

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.022

精神分裂症是一组病因未明的严重精神疾病，包括阳性症状、阴性症状及认知障碍等核心症状，具有较高的致残率，患者的功能康复已经成为治疗的主要目标^[1]。目前针对精神分裂症患者的康复治疗手段多样，但总体效果有限^[2-3]。叙事护理以人文关怀为基础，以病人叙事为主，提高叙事过程中的情绪宣泄有效分析病人心理困扰，并实施个性化情绪疏导，从而达到心理康复的目的^[4]。研究认为，叙事护理可以减轻肿瘤及卒中病人的焦虑抑郁等负性情绪，改善患者的认知和生活质量^[5-6]。计算机认知矫正治疗（CCRT）是一种基于训练的治疗方法，也可改善精神分裂症患者的认知和社会功能^[7]。

本研究通过探讨叙事护理联合CCRT治疗在精神分裂症患者康复中的效果，为患者的精神康复提供指导，具体报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

本研究选取了2024年1月至2024年11月期间，在某医疗机构住院治疗的男性精神分裂症患者作为研究对象。

纳入标准包括：年龄介于20至60岁之间，具备初中及以上教育背景，并符合《国际疾病分类》第10版（ICD-10）中关于精神分裂症的诊断标准。

排除标准涉及以下情形：患有严重心血管、肝肾功能障碍或痴呆症的个体；过去六个月内接受过电休克或经颅磁刺激治

疗者；存在药物滥用或酒精依赖史的患者；由于沟通障碍或依从性问题无法完成评估及干预流程的受试者。最终筛选出60例符合上述条件的患者，并通过随机分组方式将其分为实验组与对照组，每组各包含30名参与者。本研究方案已获所在机构伦理委员会审核批准，并取得了所有参与者及其家属的书面知情同意书。

1.2 方法

两组患者均给予常规药物治疗，对照组采用常规护理，包括入院病情评估，做好生活及环境安全护理、健康教育、精神药物使用、指导患者康复训练等。观察组在常规护理的基础上，采用叙事护理联合CCRT治疗，具体操作如下：

1.2.1 叙事护理

（1）组建叙事护理干预小组，包括5名精神专科护士，其中2名护士具有心理咨询师资质，主要研究者负责叙事护理培训，制定叙事护理干预计划，其他护理人员实施一对一叙事护理，每次30min，每周2次，连续8周。

（2）建立关系：为叙事护理的起始阶段，通过询问患者家属有关患者性格特点、既往病史、发病经历及学历、家庭氛围等基本情况，了解患者发病的重要心理及社会因素，确定叙事护理工作主题，并进行针对性的心理健康教育，帮助其树立康复的信心。

(3) 问题外化：主要为认真倾听患者主诉，鼓励引导患者叙事，讲出其埋藏在心底的故事，安抚患者的负性情绪，让患者坦然面对过往经历和当下的疾病困扰。鼓励患者表达自己的观点和看法，过程中护士对患者要给予充分的理解与尊重，构建轻松愉快的交谈氛围。

(4) 认知解构：对患者的故事详细分析后再引导患者回忆类似经历与克服过程，寻找解决途径，注意疏泄患者的焦虑、抑郁等负面情绪。同时，指出交谈中患者错误的观点并进行相应的纠正，引导患者自我成长。针对患者提出的问题进行耐心的解释和平等的沟通。

(5) 改写：为患者建立积极的故事情景，鼓励患者换个角度来看待过往的故事，唤醒患者的理性意识，驱散患者心理的阴霾。

(6) 成长探索：鼓励患者表达自己对未来的期望和规划，帮助患者发现生活的意义，使其恢复生活的热情，达到自我疗愈。

1.2.2 CCRT 治疗

采用人机对话模式进行，CCRT 包含 8 个治疗模块：感知精度模块、注意警觉模块、工作记忆模块、执行功能模块、语言功能模块、社会认知模块、前瞻记忆模块及运动协调模块。每个模块包括 6~12 项不同的练习，每项练习涵盖了难易不同的练习任务。由康复治疗师根据患者的认知情况选择适宜难度的任务训练，由易到难，30min/次，每周 5 次，连续治疗 8 周。

1.3 临床评估

1.3.1 一般资料调查表

包括姓名、性别、年龄、职业、婚姻状况、受教育年限、病程、氯丙嗪等效剂量等。

1.3.2 量表评估

在干预前、干预后第 8 周末分别对患者进行以下量表评定。

(1) 阴性症状评定量表 (SANS) 包含 24 个项目，其评估内容涉及情感迟钝或缺乏、认知功能障碍、动力减弱、社交兴趣缺失及注意集中困难等核心维度。该量表采用六级计分法，分数越高则反映受试者阴性症状的程度越显著。

(2) 重复性神经心理状态评估量表 (Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status, RBANS) 作为精神医学领域常用的认知功能测评工具，被广泛运用于各类精神疾病的诊断与治疗过程中的疗效评估。该量表从即时记忆、视觉空间技能、语言能力、注意力集中及延时回忆等多个关键维度对受试者的认知功能进行全面考察，并通过统计学方法将各项指标转化为标准化评分体系。相关研究证实，RBANS 具备优秀的信效度特性，在监测精神分裂症患者认知损害方面表现出显著的应用潜力。

(3) 该研究采用《精神分裂症生活质量量表》(Schizophrenia Quality of Life Scale, SQLS)，其结构包含三个核心维度：心理社会功能、动机与能量水平，以及症状或不良反应表现。各维度均采用百分制计分方式，数值越高反映受试者的生存质量越低。

(4) 社会功能缺陷筛查量表 (Social Disability Screening Schedule, SDSS)：该量表旨在系统评估个体的家庭角色承担、婚姻状态稳定性、自主生活能力、社交回避倾向及职业适应性等多维指标。其评估维度包括家庭事务管理、日常照护需求、社会互动频率、个人兴趣维护及工作效能等方面，并采用三等评分机制，分数越高则反映社会功能障碍程度越严重。

1.4 统计学分析

本研究依托 SPSS 21.0 软件开展数据处理与分析任务。对于连续型变量如一般人口学特征及临床检测结果等，采用均值±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 的形式展示，并运用独立样本 t 检验评估其统计学意义；而对于分类变量或计数资料，则通过卡方 (χ^2) 检验分析其相关性。若 P 值低于 0.05，则认为两组间存在显著差异。

2 结果

2.1 两组一般临床资料比较

两组患者在年龄、婚姻状况、职业、受教育年限、病程、氯丙嗪等效剂量等方面差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组一般临床资料比较 ($\bar{x}\pm s$)

项目	观察组(n=30)	对照组(n=30)	t/ χ^2	P
年龄	37.86±13.67	43.40±10.34	-1.767	0.083
婚姻(未婚/已婚/离异或丧偶)	20/5/5	15/9/6	1.948	0.378
职业(无业/职员/退休)	26/2/2	22/7/1	3.444	0.164
受教育年限(年)	10.66±2.99	11.10±2.92	-0.0566	0.573
病程(年)	14.10±12.78	16.16±10.20	-0.692	0.492
氯丙嗪等效剂量	405.01±87.44	393.33±72.79	0.562	0.577

2.2 两组干预前后阴性症状比较

干预前，两组患者 SANS 总分及各因子分之间差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后，观察组患者思维贫乏、意志缺乏、兴趣缺乏、注意障碍及 SANS 总分均低于对照组，两组间差异存在统计学意义 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。两组间干预后情感平淡因子分差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 2。

表2 两组干预前后阴性症状比较 ($\bar{x}\pm s$)

项目	时间	观察组(n=30)	对照组(n=30)	t	P
情感平淡	干预前	25.70±3.06	24.26±3.17	1.780	.080
	干预后	21.22±4.03	20.85±3.60	.354	.725
思维贫乏	干预前	16.60±2.73	16.06±3.46	.662	.511
	干预后	10.72±3.03	15.42±3.74	-4.989	.000
意志缺乏	干预前	14.60±2.02	14.03±2.09	1.065	.291
	干预后	9.16±2.09	12.78±2.39	-5.835	.000
兴趣缺乏	干预前	18.16±2.39	17.40±2.47	1.220	.227
	干预后	11.83±2.03	15.57±2.57	-5.738	.000
注意障碍	干预前	10.96±2.72	10.46±2.01	.809	.422
	干预后	4.58±1.83	7.89±2.61	-5.192	.000
SANS 总分	干预前	86.03±9.76	82.23±9.38	1.537	.130
	干预后	52.29±16.34	72.54±11.5	-5.355	.000

2.3 两组干预前后认知功能比较

干预前，两组患者 RBANS 总分及各因子分之间差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后，观察组患者即刻记忆、言语功能、延时记忆及 RBANS 总分均高于对照组，两组间差异存在统计学意义 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。干预后两组间视觉广度、注意因子分差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表3。

表3 两组干预前后认知功能比较 ($\bar{x}\pm s$)

项目	时间	观察组(n=30)	对照组(n=30)	t	P
即刻记忆	干预前	56.60±14.39	60.00±16.70	-0.844	0.402
	干预后	77.36±18.10	65.44±17.26	2.586	0.012
视觉广度	干预前	78.26±15.19	76.70±12.12	0.441	0.661
	干预后	82.86±15.09	80.44±13.35	0.651	0.518

言语功能	干预前	78.26±15.19	83.46±11.99	-1.471	0.147
	干预后	89.46±10.46	81.69±9.42	2.996	0.004
注意	干预前	82.70±11.91	80.50±19.73	0.523	0.604
	干预后	85.20±14.49	80.86±18.87	0.988	0.328
延时记忆	干预前	60.13±16.69	67.16±19.35	-1.507	0.137
	干预后	78.76±17.05	66.37±16.65	2.821	0.007
RBANS 总分	干预前	64.46±12.61	66.43±13.05	-0.593	0.555
	干预后	77.26±13.84	68.41±13.02	2.527	0.014

2.4 两组干预前后生活质量及社会功能比较

干预前，两组患者 SQLS 各因子分及总分、SDSS 总分之间差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后，观察组患者心理社会、症状/副作用、SQLS 总分及 SDSS 总分均低于对照组，两组间差异存在统计学意义 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。干预后，两组间动机/精力方面比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表4。

表4 两组干预前后生活质量及社会功能比较 ($\bar{x}\pm s$)

项目	时间	观察组(n=30)	对照组(n=30)	t	P
心理社会	干预前	37.46±12.96	42.49±12.57	-1.318	0.194
	干预后	32.29±12.05	41.57±10.01	-2.855	0.006
动机/精力	干预前	46.01±8.73	43.93±10.80	0.688	0.495
	干预后	44.41±8.04	42.80±10.47	0.556	0.581
症状/副作用	干预前	28.95±13.33	36.34±14.70	-1.712	0.094
	干预后	25.17±12.61	36.11±13.57	-2.723	0.009
SQLS 总分	干预前	36.71±9.56	40.56±11.08	-1.217	0.230
	干预后	33.23±8.85	40.72±10.03	-2.600	0.013
SDSS 总分	干预前	11.96±2.34	12.73±1.25	-1.580	0.120
	干预后	9.83±2.03	12.21±1.37	-5.008	0.000

3 讨论

精神分裂症为慢性化病程,迁延不愈,对患者的认知水平、社会功能、生活质量等均会造成不同程度的影响,给家庭带来沉重的精神压力和经济负担,社会影响也不容忽视^[12]。如何让精神分裂症患者进一步康复并最终回归社会已经成为重要的临床研究热点,寻求更有效的康复护理干预方法,对患者的精神康复具有十分重要意义。

叙事理念起源于20世纪末,指经过相关培训后具有叙事护理能力的护士通过倾听、理解患者的故事,使用外化、改写、解构等叙事护理技巧,给予针对性护理干预帮助患者重构生命故事意义,并及时反思护理工作,持续积极改善护理质量的护理实践^[13]。近年来,叙事护理被逐渐应用于躯体肿瘤、脑血管疾病及心理疾病等诸多领域。有研究认为,精神分裂症患者阴性症状与疾病的预后密切相关^[14]。本研究结果显示,叙述护理联合CCRT治疗后患者思维贫乏、意志缺乏、兴趣缺乏、注意障碍等方面及总体阴性症状均有不同程度的改善作用,而常规护理组改善不明显,表明叙事护理联合认知矫正训练对患者阴性症状的改善具有积极的效果,与有关研究一致^[15]。叙事护理采用人本护理模式,鼓励患者积极表达内心的想法,针对患者的情绪变化,予以正确的引导,提高了患者的主观能动性,减

少了负性情绪的产生,有利于改善其阴性症状。

有关精神分裂症认知研究结果提出,患者在病程的不同阶段均存在不同程度的认知损害,认知损害可作为独立的因素作用于患者最终的功能结局,是导致该病致残率高、自杀率高、预后差的主要原因之一^[16]。认知损害的病理机制不明,主要的治疗手段是药物干预,但改善不明显。本研究发现,观察组患者在干预8周后记忆功能、言语功能及认知总分均明显高于对照组,表明叙述护理联合CCRT治疗可以改善患者的认知功能。叙事护理可以改善肿瘤和抑郁症患者的认知^[17-18],使患者以积极的心态去面对内心的困扰和未来的生活。CCRT目前也是精神科常用的改善认知的物理手段,可以改善精神分裂症患者处理速度、工作记忆、注意警觉、语言学习、视觉学习、推理及问题解决等方面的神经认知功能^[19]。以人为本的叙事护理模式,加之积极的认知矫正治疗,会使患者的认知水平有明显的提高,对改善患者远期预后有益。

本研究结果也发现,随着叙事护理和认知矫正治疗的实施,精神分裂症患者的生活质量和社会功能与常规的护理措施相比较也有明显的改善,有效促进了患者的精神康复。随着患者阴性症状和认知功能的好转,进一步提高了患者生活质量,促进了社会功能的恢复^[20]。

参考文献:

- [1] 郝萌,郎小娥,栗恺雯,等.首发精神分裂症病人糖代谢指标与性激素水平的相关性[J].护理研究,2023,37(19):3558-3562.
- [2] Andrea Schmitt, Isabel Maurus, Peter Falkai. Treatment of negative symptoms in schizophrenia: a challenge for clinical research. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2023 Apr; 273(3):525-526.
- [3] 刘敏.积极心理学理论在精神分裂症康复护理中的应用[J].国际护理学杂志,2022,41(4):755-758.
- [4] Xiaohong Jin, Xiaoman Liu, Huiwen Xie, et al. Effect of Narrative Nursing on Family Resilience and Psychosocial Adaptation of Middle-Aged Patients with Breast Cancer. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2022 Sep 13; 2022:5499298.
- [5] 胡殿姣,周芳,王丹.叙事护理在癌痛护理中的应用现状[J].当代护士,2023,30(17):22-25.
- [6] 翟艳萍,徐红梅,李润,等.叙事护理在中青年脑卒中伴急性应激障碍病人中的应用[J].护理研究,2023,37(17):3211-3216.
- [7] 关泽滨,赵成清,王会秋,等.CCRT联合经颅磁刺激对慢性精神分裂症患者认知功能的影响[J].中国现代药物应用,2021,15(23):77-79.
- [8] 姚晶,崔界峰,陈楠,等.简明阴性症状量表中文版的效度、信度检验[J].中国心理卫生杂志,2014,28(4):302-307.
- [9] 张保华,谭云龙,张五芳,等.重复性成套神经心理状态测验的信度、效度分析[J].中国心理卫生杂志,2008,22(12):865-869.
- [10] 骆宏,罗南,王义强,等.精神分裂症患者生活质量量表信效度检验与应用[J].中国心理卫生杂志,2003,17(3):172-174.
- [11] 张明园.精神科评定量表手册[M].第2版.长沙:湖南科学技术出版社,1998:163-165.
- [12] 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.
- [13] 程青云,张艳,田雨同,等.叙事护理现状及发展对策思考[J].护理管理杂志,2022,22(6):441-445.
- [14] 孙蕴怡,孟雅婧,邱昌建,等.重复经颅磁刺激在治疗精神分裂症阴性症状中的应用[J].中国康复,2023,38(9):573-576.
- [15] 刘仲梅,朱永梅,杨燕文.个性化叙事护理对精神分裂症患者心理状态、精神症状及自尊心的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(7):93-95.

- [16] Yohannes Gebreegziabhere, Kassahun Habatmu, Awoke Mihretu, et al. Cognitive impairment in people with schizophrenia: an umbrella review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022 Oct; 272(7): 1139-1155.
- [17] 胡殿姣, 周芳, 王丹, 等. 叙事护理联合癌痛规范化管理对癌痛患者认知能力的影响[J]. *徐州医科大学学报*, 2023, 43(7): 542-546.
- [18] 关春兰, 卜杨莹, 邢乃姣. 叙事护理对抑郁症患者用药依从性及认知功能的影响[J]. *精神医学杂志*, 2022, 35(1): 77-80.
- [19] 张红, 李晨虎. 计算机认知矫正治疗联合社交技能训练对精神分裂症患者认知功能的疗效[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2019, 19(5): 447-451.
- [20] 顾筱梅, 马瑞, 胡小飞. 认知功能缺陷对偏执型精神分裂症患者自尊水平及社会功能的影响[J]. *中国医药导报*, 2023, 20(23): 69-72.