

精神分裂症认知行为治疗技术专家共识的德尔菲法研究

付兆燕 李占江 郭志华 李平 马云

100088 首都医科大学附属北京安定医院精神科(付兆燕), 院长办公室(李占江), 康复科(郭志华), 心理科(马云); 161006 齐齐哈尔医学院精神卫生学院精神卫生研究所(李平)

通信作者: 李占江, Email: lizhanjiang1221@sina.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2018.08.010

【摘要】目的 采用德尔菲法调查国内精神分裂症认知行为治疗(CBT)技术的应用现状, 进一步规范国内精神分裂症CBT技术。**方法** 在文献复习、专家论证会基础上制订专家咨询表, 经过两轮专家咨询, 对各项技术成分从可操作性、使用频率、对治疗效果的贡献及来访者的可接受性4个不同维度进行综合评价, 根据各项技术综合秩次大小进行排序; 采用描述性统计分析的方法对专家基本情况、专家意见集中程度及协调程度进行分析, 并评价专家咨询的可靠性。**结果** (1)参与本研究的23位专家平均权威系数为0.84, 专家积极系数均为100%。(2)经过两轮咨询, 在四个维度上评分的变异系数 > 0.30 的技术明显减少, 全部技术的协调系数在0.4~0.5。(3)综合4个维度的权重, 根据各项技术成分综合秩次大小排出46项技术的顺序, 前35位的技术成分除行为激活、声音日记外在各个维度上均达成专家共识, 排序为36~46位的主要是针对阴性症状的治疗技术专家意见存在一定程度分歧。**结论** 本研究的专家积极程度高, 权威性高, 结果可靠; 专家意见的协调程度较好; 经过两轮咨询, 综合4个不同维度确定了46项技术的权重。

【关键词】 精神分裂症; 认知行为治疗; 技术成分; 德尔菲法

Expert consensus on cognitive behavioral therapy for schizophrenia: A Delphi study Fu Zhaoyan,

Li Zhanjiang, Guo Zhihua, Li Ping, Ma Yun

Psychiatry Department, Beijing An Ding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China(Fu ZY);

Hospital President's Office, Beijing An Ding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China(Li ZJ);

Department of Rehabilitation, Beijing An Ding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China

(Guo ZH); Department of Clinical Psychology, Beijing An Ding Hospital, Capital Medical University, Beijing

100088, China(Ma Y); Institute of Mental Health, School of Mental Health, Qiqihar Medical University,

Qiqihar 161006, China(Li P)

Corresponding author: lizhanjiang1221@sina.com

【Abstract】Objective To investigate the domestic application of cognitive behavioral therapy (CBT) for schizophrenia by Delphi method, in order to further standardize CBT for schizophrenia in China.

Methods Expert consultant questionnaire was formulated on the basis of literature review and experts discussion. After two rounds of expert consultation, the technical components were evaluated comprehensively from four different dimensions: operability, frequency of use, contribution to therapeutic effect and acceptability of visitors, sorted according to the comprehensive technical rank. Descriptive statistical analysis was used to analyze the basic information of experts, the degree of concentration and coordination of experts' opinion. Reliability of the study was appraised by analyzing initiative and authority of experts. **Results** The average authority coefficient of the 23 experts was 0.84, and the initiative coefficient was 100%. After two rounds' of expert consultation, the techniques with variation coefficient over 0.30 in four dimensions were reduced significantly. The overall coordination coefficient of the four dimensions ranged from 0.4 to 0.5. 46 technique components were sorted according to integrated rank size. The top 35 technical components reach expert consensus in all dimensions except behavioral activation and voice diary. There was a certain degree of disagreement for the techniques ranking from 36 to 46 in treating negative symptoms. **Conclusions** The experts exert high enthusiasm into the study and have a high authority level. The result of the study is reliable. The coordination of the experts' opinions is high. The weights of techniques are determined and the rank of 46 technique components is achieved through two rounds of expert consultation.

【Key words】 Schizophrenia; Cognitive behavioral therapy; Technique components; Delphi method

认知行为治疗(cognitive behavioral therapy, CBT)作为一种短程、结构式的心理治疗方法,可遵循治疗指南实施治疗,针对不同的症状有具体的治疗技术,可操作性强。目前大量随机对照研究已证实,精神分裂症的CBT是有效的辅助治疗方法^[1-2]。近几年在国内也已开展了很多关于精神分裂症CBT的疗效研究,也得出了鼓舞人心的结果,验证了其有效性^[3-6]。但精神分裂症的CBT在国内仍处于研究阶段,尚未大规模开展实施。即使在研究中使用治疗手册,治疗方案仍描述简单、缺乏规范性。故国内亟需形成系统、规范,并且适合我国精神分裂症患者的CBT指南。

治疗方案的规范性需在研究中不断地摸索,若要优化或规范一种心理治疗则必须弄清治疗为何能够奏效,哪些环节发生重要作用,因此需关注治疗过程^[7]。而具体针对CBT,治疗技术的规范使用对疗效有重大意义。关于治疗技术的研究,早在1993年Tarrier等^[8]曾对精神分裂症CBT中增强应对策略与问题解决两种技术的疗效进行比较,结果发现强化应对策略比问题解决对精神症状的改善更有优势。近年来,哪些技术成分对CBT疗效起作用引起了学者的关注,但目前还没有特定针对精神分裂症CBT有效成分的研究。2010年Morrison和Barratt^[9]应用德尔菲法(Delphi method)对重性精神病CBT成分的重要性进行了调查研究。共有28位专家参与,经过3轮咨询,专家对评估和模型、建立关系、结构和原则、案例解析、改变策略、家庭作业和治疗假设下77个条目的意见达成一致,对精神病CBT特定的改变策略没有达成一致,如现实检验自动思维、形成妄想信念可替代性的解释等。国内尚没有对精神分裂症CBT成分的研究。

本研究运用德尔菲法进行专家咨询,调查CBT专家对精神分裂症CBT各项治疗技术的评价意见,并达到专家共识。为下一步制订规范化精神分裂症CBT操作指南奠定基础,并可为国内精神分裂症CBT治疗师的培训提供参考依据。

一、对象与方法

1. 研究对象:专家纳入标准:(1)国内CBT大会学术委员会委员;(2)从事CBT具有副高级职称以上的精神科医师或心理治疗师、心理咨询师;(3)参与CBT研究的督导师;满足其中1条标准即可。在指标设计与权重分配中由于问题相对重要,涉及面较广,需要选取15~30名专家参加咨询^[10]。本研究在全国范围内选取了23名专家。

2. 方法:(1)问卷设计及说明。首先,阅读国内外文献,收集精神分裂症CBT随机对照研究中使用

的治疗技术,制成CBT技术列表。检索国内外数据库PubMed、Embase、CNKI及SinoMed检索文献,关键词为“精神分裂症AND认知行为治疗”,限定条件为临床试验、随机对照试验,抽选文章中使用的治疗技术,经过本CBT课题组内部讨论,形成初步的专家咨询表。同时课题组内人员编写各项技术成分的说明。然后经过CBT专家论证会,讨论得出最终的关于CBT技术的专家咨询表。第一轮专家咨询表内容包括5部分:一般情况调查表、CBT技术咨询表、专家熟悉程度和判断依据调查表、CBT技术说明表。CBT技术咨询表依据精神分裂症的症状将技术分为4类:基本技术、针对妄想的技术、针对幻觉的技术及针对阴性症状的技术,共46项技术,其中基本技术为(16项):建立治疗联盟、资料收集与评估、案例解析、制订治疗计划、日程设置、心理教育、正常化、苏格拉底提问、家庭作业、角色扮演、症状监控、反馈、治疗回顾、服药依从性、预防复发、疗效维持;针对妄想的技术为(13项):识别自动思维、识别中间信念、识别核心信念、形成可替代性思维、逻辑推理检验、检查证据、行为实验、成本效益分析、概率分析、饼图法、连续性标定、思维日记、增强应对策略;针对幻觉的技术为(8项):识别自动思维、识别中间信念、识别核心信念、形成可替代性思维、声音日记、检查证据、增强应对策略、应对卡;针对阴性症状技术为(9项):识别自动思维、识别中间信念、识别核心信念、形成可替代性思维、行为激活、地图法、社交技能训练、自信训练、问题解决。每项技术从可操作性、使用频率、对治疗效果的贡献及来访者的可接受性4个维度评价。(2)赋值依据。在专家咨询表中,对各项技术的可操作性评定等级赋值:非常不适宜(1)、比较不适宜(2)、一般(3)、适宜(4)、非常适宜(5);使用频率评定等级赋值:从不使用(1)、偶尔使用(2)、部分使用(3)、经常使用(4);对治疗效果的贡献评定等级赋值:无(1)、小(2)、中(3)、大(4);来访者的接受程度评定等级赋值:不接受(1)、部分接受(2)、基本接受(3)、完全接受(4)。专家熟悉程度表为很不熟悉、不熟悉、一般、熟悉、很熟悉5个等级,分数依次为0.2、0.4、0.6、0.8、1.0分。专家判断依据及其影响程度表采用三分法评估:理论分析(影响“小”=0.1、影响“中”=0.2、影响“大”=0.3)、实际经验(影响“小”=0.3、影响“中”=0.4、影响“大”=0.5)、从同行处了解(影响“小”=0.1、影响“中”=0.1、影响“大”=0.1)和直观感觉(影响“小”=0.1、影响“中”=0.1、影响“大”=0.1),这4个维度得分相加便是判断依据。(3)专家咨询法调查步骤。专家咨询表以直接发放和邮寄的方式咨询专家。第一轮问卷

咨询专家23位,要求专家对治疗技术进行评分,并且允许专家增加或删减技术。第一轮专家咨询中专家没有对技术的数目进行增减及提出意见,统计分析第一轮专家咨询的结果。第二轮专家咨询表在第一轮咨询问卷的基础上,提供了各项技术成分众数和中位数的统计结果,并增加了对可操作性、使用频率、对治疗效果的贡献和来访者可接受性权重系数的评分表。

3. 统计学方法:在Epidata 2.01中双录输入建立数据库,应用SPSS 16.0软件进行数据分析,包括专家的一般情况、专家积极性、专家的权威程度;使用均数(M)、众数(M_o)、变异系数(CV)及协调系数等进行集中程度及离散程度的分析,将每项技术在各个维度上的平均秩次与各自维度权重系数相乘后再相加,得出该技术的综合秩次,按照秩次高低确定各项技术顺序。本研究中评分 $CV \leq 0.25$ ^[11-14],即可认为专家对某一技术成分的意见达成一致; CV 在 $0.25 \sim 0.30$ ^[15]则认为专家意见趋于一致,可以接受。

二、结果

1. 专家的一般情况:来北京、上海、成都、长沙、南京、香港、沈阳、长春的23人参与本研究,地域覆盖范围较广,年龄 $35 \sim 68$ 岁,平均(47.96 ± 7.80)岁;从事CBT工作的平均年限为(16.61 ± 7.86)年;其中21人(91.30%)曾担任督导师;正高级职称15人,副高级职称者8人;18名精神科医师,1名心理咨询师,4名心理治疗师。

2. 专家的积极性和权威系数:本研究两轮咨询23份问卷全部收回,问卷的回收率均为100%,专家积极系数为100%,专家的权威系数(Cr)由专家对问卷的熟悉程度系数(C_s)和专家的判断依据系数(Ca)决定, $Cr=(Ca+C_s)/2$,本研究专家平均权威系数为0.84。

3. 专家的集中程度:见表1~4。第一轮咨询在可操作性、使用频率、对治疗效果的贡献及来访者的可接受性4个维度上专家对46项技术评分均值分别为:2.39~4.22分,2.04~3.70分,2.00~3.70分,1.91~3.04分。第二轮咨询均值为:2.17~4.57分,1.96~3.87分,1.96~3.83分,1.87~3.35分,同时列出了每项技术的 M_o 。

4. 专家的协调程度:见表1~4。第一轮咨询中各项技术的 CV 在可操作性、使用频率、治疗效果、患者接受程度4个维度上 $CV > 0.30$ 的技术个数分别为23个、27个、29个、23个,专家对50%以上的治疗技术的意见分歧较大。经过第二轮咨询,在4个维度上 $CV > 0.30$ 的技术个数分别为5个、5个、9个、3个,较第一轮结果明显减少。

第一轮咨询中46项4大类治疗技术在各个维度上 CV 情况:基本技术在各维度上的评分 CV 在 $0.23 \sim 0.26$,说明专家的意见较一致;但针对妄想、幻觉和阴性症状的技术在可操作性、使用频率、治疗效果3个维度上的 CV 均 > 0.30 ,故专家主要对后3类治疗技术意见分歧大。经过第二轮咨询,基本技术:在4个维度上 CV 为 $0.12 \sim 0.30$,平均 CV 均 < 0.25 ,专家对基本技术的意见达成一致,协调程度高;针对妄想的技术:在4个维度上 CV 为 $0.18 \sim 0.34$, > 0.30 的技术 ≤ 3 项,平均 CV 均 < 0.30 ,专家意见基本达成一致;针对幻觉的技术:在4个维度上 CV 为 $0.18 \sim 0.32$, > 0.30 的技术 ≤ 1 项,平均 CV 均 < 0.30 ,专家意见基本达成一致;针对阴性症状的技术:在4个维度上的 CV 为 $0.21 \sim 0.42$, > 0.30 的技术 ≤ 5 个,在4个维度上平均 CV 在 0.30 左右波动,在使用频率、来访者接受程度2个维度上意见基本达成一致,在可操作性、对治疗效果的贡献维度上专家对阴性症状的意见尚存在分歧。

协调系数:第一轮咨询在4个维度上全部技术的协调系数均在 $0.20 \sim 0.30$,第二轮咨询 $0.40 \sim 0.50$,较第一轮专家咨询协调系数明显提高,且差异具有统计学意义($P < 0.001$),说明在这4个维度上专家们对技术成分的评分意见协调程度较好。

5. 各项治疗技术的权重及排序:见表5。根据专家对4个维度权重系数评分表,得出每个维度的平均权重系数(w):可操作性0.272,使用频率0.212,效果贡献0.255,可接受性0.261。将每项技术在各个维度上的平均秩次乘以该维度的平均权重得出该维度的秩次,然后将4个维度上的秩次进行相加最后得出该项技术的综合秩次。

讨论 研究的可靠性评估。本研究选择的专家均为在各大精神病专科医院或综合医院临床心理科的专家代表,从事CBT的平均工作年限在10年以上,91%的专家曾担任CBT督导师,治疗经验丰富。专家的权威程度与德尔菲法预测的精度呈一定函数关系,权威系数越高,预测精度越高^[16],一般认为 Cr 在 0.7 为可接受信度^[17]。本研究中参与的专家平均 Cr 为 0.84 ,权威程度较高,预测结果可靠性好。有学者指出,70%的回收率是非常好。本研究两轮问卷的回收率均为100%,专家对本研究积极性高。 CV 反映专家对某一项技术的协调程度。从第一轮到第二轮咨询在4个维度上技术评分有意见分歧的治疗技术明显减少, CV 的范围也逐渐缩小,专家对各项技术成分基本达成共识。协调系数反映所有专家对全部技术的协调程度。根据国内几项大型德尔菲法在卫生系统的应用研究,经2~3轮咨询协调系

表1 基本技术在4个维度的各项指标

基本技术	可操作性			使用频率			对治疗效果的贡献			来访者接受程度		
	M	Mo	CV	M	Mo	CV	M	Mo	CV	M	Mo	CV
建立治疗联盟	4.30	4	0.16	3.87	4	0.12	3.83	4	0.13	3.22	3	0.19
资料收集与评估	4.57	5	0.14	3.87	4	0.12	3.83	4	0.13	3.30	3	0.17
案例解析	3.91	4	0.20	3.26	3	0.21	3.22	3	0.21	2.87	3	0.28
制订治疗计划	3.87	4	0.25	3.35	4	0.21	3.30	3	0.19	3.04	3	0.18
日程设置	3.78	4	0.19	3.09	3	0.19	2.96	3	0.22	2.96	3	0.16
心理教育	4.35	5	0.16	3.65	4	0.18	3.48	4	0.23	3.35	3	0.15
正常化	3.87	4	0.20	3.26	4	0.23	3.43	4	0.21	3.17	3	0.18
苏格拉底提问	3.17	3	0.25	2.78	3	0.26	2.78	3	0.22	2.43	2	0.30
家庭作业	3.78	5	0.29	3.35	4	0.23	3.17	3	0.21	2.83	3	0.23
角色扮演	3.17	3	0.21	2.70	3	0.26	2.83	3	0.17	2.52	3	0.26
症状监控	3.78	4	0.21	2.96	3	0.26	3.22	4	0.26	2.78	3	0.22
反馈	3.87	4	0.20	3.26	3	0.17	3.17	3	0.21	3.09	3	0.19
治疗回顾	3.57	3	0.19	3.35	4	0.23	3.04	3	0.23	3.09	3	0.13
服药依从性	4.00	4	0.18	3.70	4	0.15	3.65	4	0.18	2.91	3	0.18
预防复发	3.96	4	0.18	3.48	4	0.17	3.52	4	0.22	3.26	3	0.17
疗效维持	3.91	4	0.17	3.35	3	0.19	3.30	3	0.21	3.22	3	0.16

注: M平均数; Mo众数; CV变异系数

表2 针对妄想的技术在4个维度的各项指标

针对妄想的技术	可操作性			使用频率			对治疗效果的贡献			来访者接受程度		
	M	Mo	CV	M	Mo	CV	M	Mo	CV	M	Mo	CV
识别自动思维	3.74	4	0.24	3.04	3	0.23	3.17	4	0.30	2.87	3	0.30
识别中间信念	3.26	3	0.25	2.74	3	0.25	2.96	3	0.26	2.57	3	0.28
识别核心信念	3.22	3	0.26	2.61	3	0.32	2.87	3	0.34	2.39	2	0.33
形成可替代性思维	3.70	4	0.24	2.96	3	0.28	3.00	3	0.30	2.48	3	0.29
逻辑推理检验	3.48	3	0.23	3.04	3	0.23	3.09	3	0.27	2.52	3	0.24
检查证据	3.83	4	0.21	3.43	4	0.19	3.26	4	0.28	2.96	3	0.19
行为实验	4.00	4	0.20	3.39	4	0.23	3.30	4	0.27	2.83	3	0.20
成本效益分析	3.04	3	0.23	2.52	2	0.24	2.39	3	0.33	2.35	2	0.21
概率分析	3.13	3	0.31	2.70	3	0.24	2.48	3	0.29	2.43	2	0.24
饼图法	3.09	3	0.24	2.35	2	0.24	2.22	2	0.30	2.35	2	0.28
连续性标定	3.09	3	0.24	2.35	2	0.21	2.43	2	0.32	2.26	2	0.24
思维日记	3.39	3	0.26	2.83	3	0.25	2.78	3	0.29	2.48	2	0.27
增强应对策略	3.78	4	0.18	3.13	3	0.22	3.22	3	0.25	3.13	3	0.20

注: M平均数; Mo众数; CV变异系数

表3 针对幻觉的技术在4个维度的各项指标

针对幻觉的技术	可操作性			使用频率			对治疗效果的贡献			来访者接受程度		
	M	Mo	CV	M	Mo	CV	M	Mo	CV	M	Mo	CV
识别自动思维	3.91	4	0.27	3.09	3	0.26	3.00	3	0.30	2.87	3	0.26
识别中间信念	3.22	3	0.28	2.78	3	0.24	2.83	3	0.29	2.52	3	0.26
识别核心信念	3.26	3	0.32	2.74	3	0.25	2.65	3	0.27	2.26	2	0.24
形成可替代性思维	3.43	3	0.26	2.96	3	0.26	3.00	3	0.28	2.48	2	0.29
声音日记	3.87	4	0.27	3.09	3	0.29	3.22	4	0.31	2.83	3	0.27
检查证据	3.96	4	0.19	3.13	3	0.20	3.17	3	0.26	2.61	3	0.22
增强应对策略	4.09	4	0.18	3.26	4	0.23	3.13	3	0.24	3.04	3	0.21
应对卡	3.78	4	0.19	3.04	3	0.23	3.04	3	0.25	3.00	3	0.20

注: M平均数; Mo众数; CV变异系数

表4 针对阴性症状的技术在4个维度的各项指标

针对阴性症状技术	可操作性			使用频率			对治疗效果的贡献			来访者接受程度		
	M	Mo	CV	M	Mo	CV	M	Mo	CV	M	Mo	CV
识别自动思维	2.52	3	0.36	2.22	2	0.36	2.22	2	0.36	2.00	2	0.30
识别中间信念	2.22	2	0.30	1.96	2	0.29	2.00	2	0.37	1.91	2	0.31
识别核心信念	2.17	2	0.38	1.78	2	0.41	1.96	2	0.42	1.87	2	0.37
形成可替代性思维	2.39	2	0.37	1.91	2	0.35	2.22	2	0.33	2.13	2	0.29
行为激活	3.91	4	0.25	3.09	3	0.31	3.13	3	0.28	2.78	3	0.29
地图法	2.83	3	0.29	2.09	2	0.29	2.09	2	0.32	2.04	2	0.23
社交技能训练	3.91	4	0.28	3.17	3	0.26	3.13	3	0.28	3.09	3	0.22
自信训练	3.78	4	0.21	3.13	3	0.22	3.13	3	0.22	3.04	3	0.21
问题解决	3.52	4	0.30	3.04	3	0.25	3.04	3	0.27	2.87	3	0.22

注: M平均数; Mo众数; CV变异系数

数一般在0.40~0.50波动^[16]。本研究经过两轮咨询后,全部技术在4个维度上的协调系数均较前一轮提高,均在0.40~0.50,而且协调系数 χ^2 检验有统计学意义。专家对所有技术的评分总体协调性较好。

对各项技术排序结果的讨论。(1)基本技术共16项,在总排名前20位的基本技术主要是多数心理治疗共同的技术成分,其中也包括CBT特定技术如正常化、案例解析、家庭作业。苏格拉底提问的排名靠后,与预期结果不一致,Beck已通过提问检查想法及信念的真相,证明了使用苏格拉底提问探查证据、原因及原理的有效性^[19]。从第2轮咨询评分看,在来访者可接受维度上,52%的专家评分为不接受或者部分接受,故一半以上的专家认为来访者对此项技术的接受程度差,是此项技术排名靠后的主要原因。那么是国内专家在苏格拉底提问的规范化使用上可能存在问题,还是文化差异导致患者接受性差呢?这值得日后继续研究探讨。(2)针对妄想的技术共13项,专家们对妄想的干预主要治疗技术为行为实验、检查证据2项核心技术,形成可替代性思维;同时增强患者应对策略。识别妄想的核心信念排序靠后,这可能与治疗师要使用此项技术时需谨慎有关,治疗师暴露出患者负性的核心信念,可能会使患者情绪高度唤起,可能导致症状恶化及治疗脱落^[20]。但在国外Morris和Barratt^[9]的研究结果中专家一致认为CBT应该帮助患者纠正核心信念,且为CBT特定成分。Beck等^[21]也认为对潜在的核心信念和假设做工作非常的重要,并提出纠正核心信念的标准策略为识别、检验及形成可替代性的核心信念,运用行为实验支持新的、可替代性核心信念。值得注意的是,专家对此项技术的评分上尚存在一定程度的分歧。(3)针对幻觉的技术共8项,最重要的2项技术为检查证据及增强应对策略,声

音日记和应对卡也是较重要的技术,而识别幻觉的核心信念排序靠后。专家对识别幻觉核心信念的可操作性存在一定分歧。(4)针对阴性症状的技术共9项,专家对阴性症状的干预方法主要是针对技能缺损和行为激活,而较少进行认知干预。在两轮专家咨询中,专家对针对阴性症状的认知技术意见分歧较大,这与目前国外对CBT治疗精神分裂症阴性症状的疗效及其治疗方法存在争议相符。NICE^[22]的Meta分析报道,治疗结束后CBT对阴性症状的效应值只有0.01。有学者提出有关CBT对阴性症状疗效的数据大多来自以阳性症状为靶目标的研究,以阴性症状作为CBT主要治疗目标的研究很少,这并不能说明CBT对持续的阴性症状是否有效。近几年,Rector等^[23-24]提出了阴性症状的较全面的认知角度,他认为阴性症状是脱离妄想信念、社会危险以及对社交活动预期失败的代偿形式。对活动的愉悦感低期望,对成功的低期望以及可利用的资源有限使阴性症状持续存在。最新针对阴性症状的CBT^[25],CBT包括了Rector提出的负性认知干预,结果发现CBT组和认知矫正组治疗后患者都有中度的改善,两组之间差异并无统计学意义。故针对阴性症状的CBT认知干预技术及疗效仍需进一步探索。

此外,专家接受CBT系统培训经历不同,治疗经验不同,故对治疗技术可能存在不同的意见。同时,专家们权威程度高,自信程度也较高,不易协调,故会存在一定分歧。本研究尚存在一些不足:(1)研究未涉及针对思维紊乱的CBT治疗技术的调查;(2)虽然某些技术专家意见存在分歧,但并未进行专家访谈以澄清某些专家意见比较极端的原因。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 研究设计及构思为李占江、郭志华、李平,发放问卷、收集资料为付兆燕、马云,数据分析、论文撰写为付兆燕

表 5 各技术成分权重及排序

技术成分	权重	排序
资料收集与评估	0.034 00	1
建立治疗联盟	0.032 93	2
心理教育	0.031 69	3
预防复发	0.029 68	4
服药依从性	0.028 57	5
正常化	0.027 88	6
疗效维持	0.027 86	7
检查证据(幻觉)	0.026 97	8
制订治疗计划	0.026 97	9
增强应对策略(幻觉)	0.026 85	10
社交技能训练	0.026 70	11
行为实验	0.026 53	12
反馈	0.026 42	13
检查证据(妄想)	0.026 31	14
增强应对策略(妄想)	0.026 09	15
自信训练	0.025 51	16
案例解析	0.025 48	17
治疗回顾	0.025 21	18
家庭作业	0.025 20	19
行为激活	0.024 91	20
声音日记	0.024 67	21
应对卡	0.024 29	22
识别自动思维(幻觉)	0.024 01	23
识别自动思维(妄想)	0.023 87	24
日程设置	0.023 71	25
症状监控	0.023 70	26
问题解决	0.023 11	27
形成可替代性思维(妄想)	0.020 85	28
逻辑推理检验	0.020 30	29
形成可替代性思维(幻觉)	0.019 47	30
识别中间信念(妄想)	0.018 54	31
思维日记	0.018 53	32
识别中间信念(幻觉)	0.017 88	33
角色扮演	0.017 70	34
苏格拉底提问	0.017 05	35
识别核心信念(妄想)	0.017 01	36
识别核心信念(幻觉)	0.015 94	37
概率分析	0.015 84	38
成本效益分析	0.013 94	39
连续性标定	0.013 38	40
饼图法	0.013 30	41
识别自动思维(阴性症状)	0.009 46	42
地图法	0.009 34	43
形成可替代性思维(阴性症状)	0.008 69	44
识别中间信念(阴性症状)	0.006 86	45
识别核心信念(阴性症状)	0.006 81	46

参 考 文 献

[1] Zimmerman G, Favrod J, Trieu VH, et al. The effect of cognitive behavioural treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta analysis[J]. Schizophr Res, 2005,

77(1): 1-9. DOI: 10.1016/j.schres.2005.02.018.

[2] Wykes T, Steel C, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models and methodological rigor[J]. Schizophr Bull, 2008, 34(3): 523-537. DOI: 10.1093/schbul/sbm114.

[3] Li ZJ, Guo ZH, Wang N, et al. Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China[J]. Psychological Medicine, 2015, 45(9): 1893-1905. DOI: 10.1017/S0033291714002992.

[4] 李献云. 认知行为治疗在精神科的价值[J]. 神经疾病与精神卫生, 2017, 17(2): 77-81. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.02.001.

Li XY. Value of cognitive behavioral therapy in the treatment of mental disorders[J]. Journal of Neuroscience and Mental Health, 2017, 17(2): 77-81.

[5] 武宁强, 王奇艳, 孔莲娥. 认知行为治疗慢性精神分裂症对照研究[J]. 临床心身疾病杂志, 2008, 14(3): 206-207. DOI: 10.3969/j.issn.1672-187X.2008.03.005.

Wu NQ, Wang QY, Kong LE. A controlled study of cognitive behaviour therapy in chronic schizophrenia[J]. Journal of Clinical Psychosomatic Diseases, 2008, 14(3): 206-207.

[6] 施于超, 焦玉梅, 蒋良函, 等. 认知行为治疗对慢性精神分裂症患者执行功能的影响[J]. 神经疾病与精神卫生, 2015, 15(5): 497-499. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2015.05.019.

Shi YC, Jiao YM, Jiang LH, et al. Effect of cognitive behavior therapy on executive function in patients with chronic schizophrenia[J]. Journal of Neuroscience and Mental Health, 2015, 15(5): 497-499.

[7] 艾小青, 曹玉萍, 张亚林. 心理治疗的临床研究方法[J]. 中国临床心理学杂志, 2012, 20(1): 125-128. DOI: 10.16128/j.cnki.1005-3611.2012.01.029.

Ai XQ, Cao YP, Zhang YL. Review of Clinical Research Methods of Psychotherapy[J]. Chinese Journal of Clinical Psychology, 2012, 20(1): 125-128.

[8] Tarrier N, Sharpe L, Beckett R, et al. A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients[J]. Br J Psychiatry, 1993, 162: 524-532.

[9] Morrison AP, Barratt S. What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study[J]. Schizophr Bull, 2010, 36(1): 136-142. DOI: 10.1093/schbul/sbp118.

[10] 孙振球. 医学统计学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.

[11] 马焯, 赵德才, 臧春鹏. 应用特尔菲法确定我国艾滋病抗病毒药物治疗监管评价指标[J]. 中华全科医师杂志, 2006, 5(11): 664-668. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2006.11.008.

Ma Y, Zhao DC, Zang CP, et al. Establishment of evaluation indicators with Delphi method in the management of antiretroviral therapy and AIDS patients in China[J]. Chinese Journal of General Practitioners, 2006, 5(11): 664-668.

[12] 黄燕飞. 广州市艾滋病防治评价指标体系研究[D]. 广州: 中山大学, 2009.

[13] 罗晓敏, 黄悦勤, 王向群, 等. 神经症优化治疗方案的特尔非法研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2011, 25(7): 1020-1024. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2011.04.009.

Luo XM, Huang YQ, Wang XQ, et al. Optimization for the treatment of neurosis: A Delphi consensus study[J]. Chin Ment Health J, 2011, 25(4): 273-278.