

## A Case Report of Cognitive Behavioral Therapy in a Hospitalized Adolescent with Schizophrenia

Qin Xuan

Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine,  
Shanghai

**Abstract:** Cognitive behavioral therapy (CBT) is an effective treatment in adult patients with schizophrenia. However, adolescents with early-onset psychosis may be particularly in need of multimodal intervention. A case of hospitalized patient with early-onset psychosis was presented and comprehensive treatment programs were provided in an inpatient Settings, showing cognitive and behavioral interventions for symptoms and work with families to promote self-esteem and emotional identity. Results demonstrated that the patients' symptoms were under control and CBT helped to correct schemata-linked habitual reaction patterns in thinking and behavior through belief examination and prediction. The patients' cognitive, emotional, self-esteem and family relationships were improved. In conclusion, it is feasible to carry out CBT therapy and family intervention for hospitalized adolescent patients with schizophrenia.

**Key words:** Cognitive behavioral therapy; Schizophrenia; hospitalized patients; Adolescent; Case study

Received: 2019-12-24 ; Accepted: 2020-01-04 ; Published: 2020-01-08

# 一例住院青少年精神分裂症的认知行为治疗

秦 玄

上海交通大学医学院附属精神卫生中心，上海

邮箱: qinxuan17@sjtu.edu.cn

**摘 要:** 认知行为疗法 (CBT) 是治疗成人精神分裂症的有效方法, 而青少年患者可能特别需要多模式的干预。本文介绍了一例青少年精神分裂症的住院认知行为治疗过程, 在住院设置中为其提供综合性的治疗方案, 针对症状开展认知和行为的干预, 并联合家庭促进自尊和情感认同。结果显示患者的症状得到控制, 能够运用 CBT 技术检查和监控思维和行为中与图式相关的习惯性反应模式, 减少了消极的自我评价, 情绪状态和家庭关系也得到一定改善。本研究提示在常规治疗基础上, 对住院青少年精神分裂症患者开展 CBT 治疗和家庭干预具有可行性。

**关键词:** 认知行为治疗; 精神分裂症; 住院患者; 青少年; 个案报告

收稿日期: 2019-12-24; 录用日期: 2020-01-04; 发表日期: 2020-01-08

---

Copyright © 2019 by author(s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



## 1 背景

### 1.1 个案基本信息

患者小Z,女,12岁,初一学生,因感到被欺负,被议论,情绪不稳10月余,自伤7月余,于2019年7月由父母送至入院,为第一次住院。

患者染了一头红发,个子高,身材中等,穿着休闲。入院第一天父母离开后小Z在病房内哭泣,声称父母把自己抛下并担心住院的生活,经安慰后情绪缓和并能坚持参与治疗。

主诉:学习压力大,因同学得知自己患精神疾病而受嘲笑和捉弄。告诉父母后,父母因为自己的问题不断争吵,认为自己拖累了父母。曾难以接受父母打骂自己,生病后父母关爱增多。感到情绪难以控制,父母坚持要求住院,觉得被父母抛弃。

2018年10月患者上初一时受到某一男同学捉弄,小Z在班里大哭,后来该男生道歉,小Z仍感到不能释怀,之后表现情绪低落,经常躲在房间里哭,会反复回想以前同学扔掉她本子、叫绰号等行为,觉得自己受到了校园欺凌,人生被欺负过她的人毁了。后来小Z开始埋怨父母的管教方式,觉得父母之前打骂自己的行为恶劣,有时会嚎啕大哭,晚上常失眠,食欲不佳。2018年12月下旬,家属带小Z进行心理咨询,咨询师建议患儿到精神专科医院就诊,首次精神科门诊诊断为抑郁发作,药物疗效一般。2019年1月,某同学在心理课上嘲笑小Z患有精神障碍,咨询师告诉小Z父母,小Z想杀掉欺负她的男生,称晚上常能听见别人叫她名字,偶尔能看到房间有人,有不安全感。3月因父母吵架,小Z觉得是受自己拖累,出现用美工刀割手腕的行为,觉得父母私下说自己,走在大街上也觉得陌生人在议论她,经常觉得呼吸困难,有“濒死感”,但父母带其就诊未见躯体异常。4月因作业没有完成,小Z坚决不去上学,父母为其办理了休学。5月父母进行夫妻咨询,父亲告诉小Z,母亲情绪可能比她还糟糕,小Z听后躲入房

间大哭，并服用6粒舍曲林片欲自杀，父亲带其急诊洗胃，无后遗症。精神科门诊诊断其为精神分裂症，予药物治疗后病情好转。7月父母发现完全不能违背小Z的意愿，否则小Z就会在家里大哭大闹，为进一步诊治收入儿少病房住院治疗。

## 1.2 家庭关系及重要生活事件

家中独女，母孕期夫妻争吵，母亲情绪不稳定，31周早产，因前置胎盘行剖腹产。出生后多哭闹，难安抚，行走和说话较一般孩子晚约半年，外婆和舅舅帮忙照顾到6岁，上初中前要挨着母亲才能入睡。母亲性格外向，原全职照料小Z，近1月才有固定工作，会满足小Z所有物质上的需求，从未要求其做家务。父亲性格内向，小Z小学六年级时爷爷去世，父亲为照料爷爷辞去工作，之后自行从商。

从小成绩一般，父母之间教育理念分歧，时常在小Z面前争吵，但同样对其学业有高要求和高期待。母亲从幼儿园起就给小Z报课外班，父亲因其作业拖沓等不良习惯会实行体罚。在校小Z担任班干部，严格遵守老师的要求监督同学，曾被女生群体孤立。兴趣爱好广泛，喜欢滑板和动漫，参加了舞蹈和蝶翼社团，能主动结交朋友并乐于展示自己的个性。

## 2 评估与分析

### 2.1 精神科诊断

精神分裂症 (schizophrenia) 是一种复杂的重性精神障碍，通常起病于青春期晚期或成年早期，其症状包括感知思维的异常、情感和行为的衰退和认知缺陷，导致患者的社会和职业功能的损害 [1]。使用抗精神病药物是精神分裂症的一线治疗方法，最近的治疗指南建议纳入更广泛的社会心理护理，认知行为治疗 (CBT) 和基于家庭的干预被推荐为成人精神分裂症的辅助治疗 [2]。CBT 的认知干预和行为训练对精神分裂症的阳性症状和阴性症状有显著的临床益处，并能提升患者的自尊和积极应对技能，体现出良好的治疗依从性 [3] [4]。此外，心理教育可以提高患者及其照顾者对疾病的认识，减少他们的病耻感和负担水平 [5] [6] [7]。

长期随访研究显示，与成人相比，儿童青少年精神分裂症首发症状更严重，

预后结局较差,因此可能特别需要多模式干预[8][9]。以往文献研究表明,对青少年精神分裂症心理干预的效果要优于单纯的药物治疗, CBT 在改善认知功能和心理社会功能方面有良好的应用前景[10][11]。

小Z存在明显言语性幻听、幻视和关系妄想,感到被控制、被跟踪,有不安安全感,病程10月余,社会功能严重受损,精神科诊断为“精神分裂症”(F20.0),参考ICD-10诊断标准[12]。因小Z存在情绪低落和消极观念,在外有消极自伤、自杀行为,需与抑郁发作鉴别,因以上症状均继发于精神病性症状,以幻觉妄想为主要症状,故排除。

## 2.2 心理评估

学龄期韦氏智力测验[13]提示目前智力在正常范围中等水平(IQ90-109为正常智力水平);宗(Zung)氏抑郁自评量表(SDS)[14]提示目前有中度抑郁(标准分分界值为50,60-69分提示中度抑郁);艾森克人格测定(少年版)[15]测得个性特性为:典型的内向不稳定型(标准分在38.5分以下或61.5分以上为典型,E分低于38.5分,N分高于61.5分,P分在38.5~61.5之间为典型的内向不稳定型);每次会谈开始时都采用“主观困扰程度”(Subjective Units of Distress Scale, SUDs)(0~100分)对患者进行心境检查。

## 2.3 认知与行为的纵向分析

小Z先天存在精神障碍易感素质,孕育过程波折、发育不良,气质敏感,情绪不稳定。她学习能力一般,但父母对其学业要求严厉,小Z无法达到父母要求而导致低自尊。在校同学嘲笑其患有精神障碍,父母经常因其学业生活争吵,这些负性经历导致小Z逐渐发展出“我是有缺陷的”不良图式,形成了一些假设和规则,“我不能做好自己的事”“如果我不麻烦别人,别人就不会讨厌我”。由于缺乏有效的应对的机制,她通过哭泣发泄情绪、对自己的病情过于警觉以及拒绝求助。住院增强了她对自我价值的潜在图式,存在很多负性自动思维。

## 2.4 认知与行为的横断分析

小Z的困扰主要来自家庭和学校中的不良互动,当前受到精神病性症状的影响,

她存在一些评论性幻听和关系妄想，已影响到正常学习生活，目前已休学。父母的持续争吵和住院治疗维持了她持有的“精神障碍是不好的、我患有精神障碍是无能的”认知。她对相关情境产生生理上的濒死感，感到羞耻、内疚、焦虑等情绪，随后行为表现哭泣、回避和自我批评，甚至是自伤。这些行为使其短期内获得了父母的关爱，父母因患病降低了对她的期待，也减少了学习上的要求，但长期来看会损伤身心健康，维持家庭的不良活动，并阻碍其自我发展。小Z的认知概念化总结见图1。

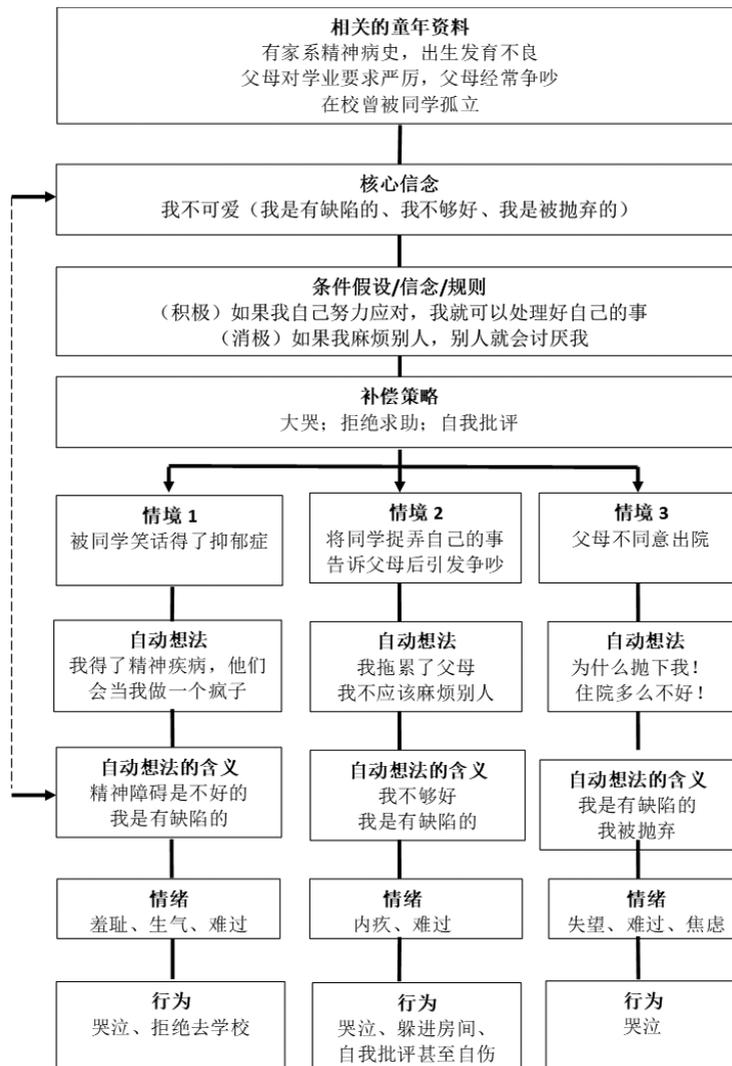


图 1 小 Z 的认知概念化

Figure 1 Cognitive conceptualization diagram of little Z

## 2.5 优势与长处

小Z心智比同龄人显成熟，目前处于症状缓解期，有良好的求知欲望和参与治疗联盟的能力。能很好地认可和理解认知行为基本原理，具有识别自动思维和相应情绪的能力。父母坚持进行婚姻咨询改善家庭互动，有可以缓和关系的资源。

## 3 目标与计划

在个案概念化的基础上，住院期间给予小Z药物治疗、心理治疗和康复治疗相结合的综合治疗方案。包括：（1）药物治疗：予利培酮控制精神症状，舍曲林改善情绪、阿立派挫片降低垂体泌乳素；（2）心理治疗：包括个体（每周两次）和家庭（每周一次）；（3）康复治疗：包括团体艺术治疗和绘画治疗（每周一次）。拟定住院期间的目标为：精神病性症状正常化；识别和修正歪曲认知；缓解情绪和身体症状；改善家庭关系并提高自尊。

## 4 过程

### 4.1 第1、2次：理解个案并形成个案概念化，与患者及家庭成员建立治疗联盟，建立设置并讨论治疗目标

运用一般性咨询技术与患者及父母建立关系，了解主诉和当前困扰，通过心境检查评估情绪应对策略，收集患者成长史、总体家庭状况、教育经历、社会经历、精神病史和心理治疗等信息。随后通过行为功能分析概括小Z当前认知和行为状况的影响因素，小Z对自己疾病的继发性获益有认知。结束前澄清住院设置，对父母进行心理教育，强调家庭资源帮助患者康复的重要性，共同讨论整体的治疗目标和治疗计划，建立“目标清单”。

### 4.2 第3~5次：对症状进行心理教育，教育患者认知模式并使用认知行为技术应对不可爱的自动思维

继续收集资料、建立信赖关系、强化治疗目标，提供症状的初步信息帮助

患者将症状正常化,小Z表示能适应住院环境并积极参与治疗。通过住院事件触发情境,介绍“自动思维”的概念,帮助小Z认识到想法如何影响情绪和行为反应,鼓励其在其他事例上运用认知模式进行分析。如“爸爸妈妈留下我一个人在医院”这个事件产生的自动思维是“你们为什么抛下我!你们知不知道住院是多么不好!”感受到的情绪为难过、失望及一个人住院的焦虑,引发的行为反应是哭泣。随后在具体情境中使用箭头向下技术识别中间信念,教授使用“证据”问题、“别的解释”问题和“去灾难化”问题判断想法的真实性。期间小Z的表述提示其存在比较强烈的病耻感,对此进行认知干预和心理教育,将症状正常化并传递希望,强化治疗依从性。随后在家庭治疗中向父母传达疾病和症状的知识,消除不必要的担心和恐惧,识别和重建家庭信念。通过支持父母角色及家庭价值观的探索,父母能意识到对待小Z的方式是受各自早年经历的影响,父母就共同帮助小Z康复和预防复发的目标达成一致。每次治疗结束前布置家庭作业,要求患者进行事件、情绪、认知、行为的记录,不断强化认知模型。

### 4.3 第6、7次:对中间信念和核心信念进行工作,教授行为技术和问题解决策略,强化改变

在小Z能有意识的识别自动思维基础上,向其确认“我是有缺陷的”“我不够好”“我是被抛弃的”这些不可爱类的想法在生活中很普遍。结合小Z成长经历介绍“核心信念”的概念,核心信念就像头脑中的筛子,过滤掉了不支持她的证据,指出小Z的负性经验维持了筛子的运作,通过检查相信和不相信核心信念的利弊激发其改变信念的动机。随后教育小Z使用核心信念工作表,并陪伴她一起练习填写,启发患者列举既往经历支持旧的核心信念,并使用苏格拉底式提问技术发展出更积极的、符合现实的核心信念。患者在治疗过程中多次提及自己的“濒死感”,通过对濒死感聚焦,将感受形象化,帮助小Z更客观的看待自己的想法和感觉并培养接纳心态。鼓励其进行行为实验,向他人表达自己无法应对的感受,随之对求助行为进行强化。

## 4.4 第8、9次：巩固适宜的认知和行为，准备结束治疗与预防复发

教育使用肯定清单罗列住院期间获得的积极改变，将治疗进步归功于患者。与小Z一起复习会谈内容，将学到的认知和行为技术形成记录，鼓励患儿在日常生活中继续检验和使用。随后在家庭治疗中联合父母强化适宜的家庭互动，加强家庭成员间的情感联结，一起讨论患者的康复进程，澄清出院后的担忧与疑虑。结束前再次进行疾病心理教育，强调家庭成员要为可能的病情反复做好准备，鼓励家庭成员运用认知和行为技术讨论解决生活中的问题。最后引出家庭对治疗全程的反馈，讨论未来的计划和后续治疗设置。

## 4.5 结果

配合药物治疗和心理治疗，出院前精神检查未引出幻觉、妄想等精神病性症状。患者获得积极改变主要包括：（1）掌握认知模式，能及时觉察情绪变化时产生的自动思维并调节情绪；（2）增加对精神障碍的理解，能客观的看待自己的症状，病耻感有所减轻，认为“不论别人说法如何，每个人都是独特的”，表示会坚持服药并配合后续治疗；（3）核心信念有所动摇，对“我是有缺陷的”的想法相信程度从80%下降到40%；（4）情绪平稳，否认存在消极观念，主观困扰程度整体下降，中间有波动（从80分下降到20分）；（5）可以灵活使用分心和聚焦技术处理躯体的“濒死感”，及时求助并自我放松；（6）自尊感得到一定提升，能给予自己客观的正性评价，将80%的治疗进步归功于自身努力；（7）形成日常良好的作息规律，结交了许多伙伴，与医护人员建立了友好信赖的关系；（8）家庭关系缓和，家庭成员之间发展出更多理解和支持，能向患儿示范有效的交流方式和情绪调节方法。

## 5 总结与反思

CBT最初运用于抑郁症的治疗，后来逐渐扩展到精神分裂症和其他精神障碍的治疗[16]。CBT主张精神分裂症的生物基础与社会心理因素相互作用，

神经生物学过程可能导致患者持有顽固的妄想信念，并倾向于对他人和外界进行僵化和消极的归因，而患者对其异常的内部和外部体验的功能失调性评价及适应不良的应对策略维持或加重了症状表现 [17]。本案例中，小Z敏感多疑，由于存在评论性幻听、被控制感等精神病性症状而入院，整个治疗过程都重视患者对症状的评估和应对，通过不断强化认知模型训练小Z关注自己的自动思维，检查和监控思维和行为中与消极图式相关的习惯性反应模式，然后教授聚焦等技巧帮助其客观看待自我的想法和感觉并培养接纳心态。在住院设置中，病耻感是影响自我意识、治疗依从性和康复的关键问题 [18]，对小Z的治疗特别联合家庭开展疾病相关的心理教育，提高患者和照料者对疾病的认知并减少病耻感。

治疗指南建议 CBT 应适用于所有不同阶段的精神分裂症患者，而考虑到发育和认知因素，应用于青少年的干预措施需要进行必要的调整 [19]。本案例借鉴了 Klingberg 等人 [20] 的方法，用简明和生动的语言和图示对小Z进行工作，避免使用抽象的术语解释，将其表现出的部分行为问题归因于个性和正常的青少年发展，在家庭作业的布置上更加具体灵活。此外在家庭干预中，治疗工作强调青少年关于自我同一性的冲突需求，促进家庭成员之间互相理解与支持，达成日常管理和预防复发的康复计划。这些措施被证明对青少年精神分裂症患者有良好的接受度和可行性 [21]。

由于病房周转的限制，对小Z的治疗只持续了三周，期间患者接受综合性的治疗方案，共同强化认知和行为的改变，但治疗频率高、治疗进度快不利于检查和巩固技能训练效果。我们所要强调的是在常规的药物和支持性咨询基础上对住院青少年精神分裂症患者进行 CBT 治疗，同时联合家庭促进自尊和情感认同的干预可能是一种有希望尝试，CBT 的个性化和合作性将为患者带来更多的改善，未来也需要更大的样本来测试这样整合干预的临床疗效和经济有效性。

## 致谢

本案例的治疗过程获得上海精神卫生中心儿少病房的支持和督导。本案例

公开发表获得来访者知情同意。

## 参考文献

- [ 1 ] Mueser K T, McGurk S R. Schizophrenia [ J ] . Lancet, 2004, 363 ( 9426 ) : 2063 – 2072 . [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16458-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16458-1)
- [ 2 ] Asher L, Patel V, De Silva M J. Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis [ J ] . BMC Psychiatry, 2017, 17 ( 1 ) : 355. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1516-7>
- [ 3 ] Lecomte T, Leclerc C, Corbière M, et al. Group Cognitive Behavior Therapy or Social Skills Training for Individuals With a Recent Onset of Psychosis? [ J ] . The Journal of Nervous and Mental Disease, 2008, 196 ( 12 ) : 866–875. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818ee231>
- [ 4 ] Dannahy L, Hayward M, Strauss C, et al. Group person-based cognitive therapy for distressing voices: Pilot data from nine groups [ J ] . Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 2011, 42 ( 1 ) . <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.07.006>
- [ 5 ] Sin J, Norman I. Psychoeducational Interventions for Family Members of People With Schizophrenia: A Mixed-Method Systematic Review [ J ] . The Journal of Clinical Psychiatry, 2013, 74 ( 12 ) : 45–62. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08308>
- [ 6 ] Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, et al. Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature [ J ] . Psychiatric Services, 2012, 63 ( 10 ) : 974–981. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100459>
- [ 7 ] Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E, et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis [ J ] . The British journal of psychiatry: the journal of

- mental science, 2015, 206 ( 4 ) : 268–274.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147561>
- [ 8 ] Christian F, Eberhard S, Kathrin T, et al. Long– term course of adolescent schizophrenia [ J ] . Schizophrenia bulletin, 2005, 31 ( 3 ) : 769 – 780 .  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbi014>
- [ 9 ] Reichert A, Kreiker S, Mehler–Wex C, et al. The psychopathological and psychosocial outcome of early–onset schizophrenia: Preliminary data of a 13–year follow–up [ J ] . Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2008, 2 ( 1 ) : 6. <https://doi.org/10.1186/1753–2000–2–6>
- [ 10 ] Armando M, Pontillo M, Vicari S. Psychosocial interventions for very early and early–onset schizophrenia [ J ] . Current Opinion in Psychiatry, 2015, 28 ( 4 ) : 312–323. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000165>
- [ 11 ] Bird V, Premkumar P, Kendall T, et al. Early intervention services, cognitive–behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review [ J ] . The British Journal of Psychiatry, 2010, 197 ( 5 ) : 350–356. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>
- [ 12 ] 刘爱民. 毛嘉文. 国际疾病分类应用指导手册 [ M ] . 北京: 中国协和医科大学出版社, 2001: 8.
- [ 13 ] 龚耀先, 蔡太生. 中国修订韦氏儿童智力量表 [ J ] . 中国临床心理学杂志, 1994, 2 ( 1 ) : 1–6.
- [ 14 ] 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: 35–38.
- [ 15 ] 龚耀先. 修订艾森克人格问卷手册 [ M ] . 长沙: 湖南医学院, 1986.
- [ 16 ] Rector N A, Beck A T. Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. Canadian Journal of Psychiatry, 2002, 47 ( 1 ) : 39–48. <https://doi.org/10.1177/070674370204700107>
- [ 17 ] Lysaker P H, Glynn S M, Wilkniss S M, et al. Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for

- future study [ J ] . Psychological Services, 2010, 7 ( 2 ) : 75.  
<https://doi.org/10.1037/a0019115>
- [ 18 ] Wood L, Byrne R, Enache G, et al. A brief cognitive therapy intervention for internalised stigma in acute inpatients who experience psychosis: a feasibility randomized controlled trial [ J ] . Psychiatry Research, 2017 ( 262 ) : 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.030>
- [ 19 ] Anagnostopoulou N, Kyriakopoulos M, Alba A. Psychological interventions in psychosis in children and adolescents: a systematic review [ J ] . European Child & Adolescent Psychiatry, 2018, 28: 735–746.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1159-3>
- [ 20 ] Klingberg S, Wittorf A, Meisner C, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis( CBTp ) Multicenter Randomized Clinical Trial on Specific Efficacy[ J ] . Social Science Electronic Publishing, 2018 ( 3 ) : 39.
- [ 21 ] Browning S, Corrigan R, Garety P, et al. Psychological interventions for adolescent psychosis: A pilot controlled trial in routine care [ J ] . European Psychiatry, 2013, 28 ( 7 ) : 423–426.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.05.008>