

社会认知交互训练手册

Social Cognition and Interaction Training (SCIT)

[美]戴维·罗伯茨 戴维·佩恩 丹尼斯·库姆斯 著
汪永光 译 施剑飞 校



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

社会认知交互训练手册

Social Cognition and Interaction Training (SCIT)

[美]戴维·罗伯茨 戴维·佩恩 丹尼斯·库姆斯 著

汪永光 译 施剑飞 校



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

图书在版编目 (CIP)数据

社会认知交互训练手册 / (美)戴维·罗伯茨, (美)戴维·佩恩, (美)丹尼斯·库姆斯著; 汪永光译. —杭州: 浙江大学出版社, 2017. 1

书名原文: Social Cognition and Interaction Training (SCIT): Group Psychotherapy for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders
ISBN 978-7-308-16486-3

I. ①社… II. ①戴… ②戴… ③丹… ④汪… III. ①社会认知—手册 IV. ①C912.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 293416 号

社会认知交互训练手册

[美]戴维·罗伯茨 戴维·佩恩 丹尼斯·库姆斯 著
汪永光 译
施剑飞 校

责任编辑 姜井勇 (jiangjingyong@zju.edu.cn)

责任校对 罗人智

封面设计 周 灵

出版发行 浙江大学出版社

(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排 版 杭州中大图文设计有限公司

印 刷 杭州日报报业集团盛元印务有限公司

开 本 710mm×1000mm 1/16

印 张 13.25

字 数 203 千

版 次 2017 年 1 月第 1 版 2017 年 1 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-308-16486-3

定 价 49.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行中心联系方式: 0571-88925591; <http://zjdxcb.s.tmall.com>

致 谢

随着社会认知交互训练(social cognition and interaction training,以下简称 SCIT)的发展以及相关研究的不断推进,SCIT 手册的出版也就水到渠成了。在 SCIT 技术的发展和研究过程中,我们得到了很多专家学者、临床医生和临床管理人员的大力支持,在此谨表示我们的诚挚谢意。SCIT 的理念来自于早些年精神障碍社会认知的基础研究工作,在此我们要特别感谢 Richard Bentall, Will Spaulding, Patrick Corrigan, Michael Green 和 Peter Kinderman 等人,正是你们的卓越工作激起了我们开展精神分裂症社会认知干预的动机。在 SCIT 中,我们还借鉴和发展了许多认知行为治疗的传统技术,它们包括: Hans Brenner, Volker Roder 及其同事的整合心理治疗(integrated psychological therapy); Gerard Hogarty 和 Samuel Flesher 的认知提升治疗(cognitive enhancement therapy); Robert Liberman, Alan Bellack 和 Kim Mueser 的社会技能训练。正是你们的治疗技术,让今天的 SCIT 变得更为实用和有效。当然,我们不会忘记 Danny Koren 和 Steffen Moritz 在 SCIT 的发展过程中提出的真知灼见。

在 SCIT 早期版本的研究工作中,我们得到了很多临床医师和临床管理人员的帮助。正是你们在 SCIT 早期版本的临床实践中给出的宝贵建议,让 SCIT 的整体质量不断得以提升,使现在的 SCIT 变得更为流畅、更容易被人理解,也更具可行性。特别是 Dorothea Dix 和 John Umstead,北卡罗来纳州立医院的 Steven Flanagan, Nicole Jones, Ed Munt, Brian Sheitman 和 Elliot Silverstein,你们在 SCIT 的早期研究阶段提供的帮助我们没齿难忘。在 SCIT 的早期研究中,我们得到了纽约市行为健康计划的支持,在此要对联邦就业指导服务(Federation Employment & Guidance Service)健康和人类服务系统(Health

and Human Services System)的 Ellen Stoller, Amy Dorin 和 Abram Sterne 表示感谢。联邦就业指导服务的临床医师和计划管理专员在 SCIT 执行期间也提供了大量的帮助,正是因为你们的宝贵建议,才使 SCIT 在过去的 6 年里变得更为强大。他们是: Minnie Berman, Heidi Brody, Theresa Cappadora, Dana Davis, Heather Deutsch, Webb Eaken, Joan Ellison, Raymond Figueroa, Dani Heifetz, Hirsch Isen, Miguel Jerez, Michael Juli, Emily Kingman, Daniella Labate, Priscilla Maldonado-Tejeda, Seth Margolis, Nanette McLain, Melida Penniecook, Alexandra Poolt, Sheri Rickson, Japhny Sauveur, Alexa Servodidio, Hyacinth Spence, Leslie Sullivan 和 Caren Weingart。

感谢哈特福德(康涅狄格州)生活学院(Institute of Living)的 Silvia Corbera, Rachel Duzant, Warren Thime 及其他管理人员、研究人员和临床医师,感谢纽约大学医学中心的 Pam Butler 和他的同事,感谢你们在 SCIT 的研究和应用过程中给予的无私帮助。感谢 Shaun Eack 和 William 以及他们的同事,难忘我们一起的愉快合作,感谢你们给予的鼓励和宝贵建议。感谢 Joanna Fiszdon,在 SCIT 的发展和研究进程中,是你一直不断地给予我们最慷慨的帮助和支持。感谢 Ruben Gur, Christian Kohler 和 Amy Pinkham,谢谢你们慷慨地与我们分享社会认知刺激材料。当然,我们还要感谢其他国家在从事 SCIT 研究和临床工作的同仁们。你们在 SCIT 翻译、改编和验证性研究中付出了艰辛的劳动。他们是:中国北京的 Raymond Chan 和他的同事;中国杭州的汪永光(Yongguang Wang)和他的同事;中国香港的 Panmi Lo 和他的同事;英国伦敦的 Rumina Taylor 和他的同事;西班牙的 Guillermo Lahera 和他的同事;日本的 Kazuyuki Nakagome, Ayako Kanie, Tamiko Mogami 及其同事;芬兰的 Jorma Oksanen, Niklas Granö, Tuukka Mehtälä, Laura Salmijärvi, Helena Service, Tiina Tupala, Greta Voutilainen 及其同事;葡萄牙的 Filipa Palha 和他的同事;法国的 Nicolas Franck, Barie Bralet 及其同事;澳大利亚墨尔本的 Cali Bartholomeusz, Andrew Thompson, Kelly Allot, Eóin Killackey 及其同事;澳大利亚布里斯班的 Francis Dark 和他的同事;以色列的 Ilanit Hasson-Ohayon, Michal Mashiaeh-Eizenberg, Moran Avidan 和 David Roe。

在 SCIT 的研究工作中, Scott Adams, Michael Basso, Debra Campbell,

Heather Carr, Desire Castillo, Erin Good, Kristin Healey, David Johnson, Daniella Labate, Seth Margolis, Piper Meyer, Amy Pinkham, Betty Rupp, Patricia Stem, Joshua Tiegreen, Joanna Torres, Sarah Uzenoff 和 Michael Willoughby 做了很多辅助性工作,在此请接受我们衷心的感谢。最后,我们要特别感谢数百名曾接受 SCIT 治疗的朋友们,你们对 SCIT 的反馈信息将使 SCIT 在以后变得更加完善。

译者序

2004 年我在安徽医科大学读研期间,在导师汪凯教授的“引诱”下开始接触社会认知研究领域,从此一发而不可收拾。到如今,坚持社会认知研究方向刚好是一个生肖轮回。

2008 年之前,我的所有工作和思路仅仅停留在描述性地研究精神疾病患者社会认知损害的特征上。作为一名临床医生,我的研究工作其实让我背负了巨大的心理压力。因为如果只是查明精神疾病社会认知损害的事实,我仍无法改变其损害的事实,也无法逆转损害的自然病理进程。

一切柳暗花明都源于本书的作者,他们发表于《精神病学研究》(*Psychiatry Research*) 期刊的社会认知交互训练(SCIT)在精神分裂症患者身上的应用结果,点亮了我的双眼,治愈了我的“抑郁”。职业敏感让我看到了通过 SCIT 改变精神疾病患者的巨大潜力。经过努力,我们终于在 2009 年和本书的作者团队取得了合作研发中文版 SCIT 的机会。这之后,我们翻译了第一版的 SCIT 操作手册,并得到戴维·罗伯茨的同意,根据我国的文化习惯进行了必要的修改,同时翻拍了训练所需的图片和视频。中文版的 SCIT 在社区精神分裂症中的疗效研究也在 2013 年发表于《精神病学研究》,其证实了 SCIT 在我国精神疾病患者中应用的可行性和有效性。

好东西需要分享!通过长期积累,戴维·罗伯茨终于愿意将其多年的心血组织成书,在牛津大学出版社出版。得到消息后,我立即“忽悠”他:“中国是全球人口最大的国家,SCIT 操作手册必须有中文版,那样才够牛。”于是,这位和我同月同日生的老兄真的来劲了,又是给我电子稿,又是帮我积极联系出版社,还授意我根据自己这些年的使用经验,进行大刀阔斧的修改。最后,本书也就和大家见面了。这里需要对大家澄清的是,本书作为译著,还是按照译著的套

路来的,整个书稿也是忠于原著的内容来进行翻译和排版的。当然,我们对原著中的对话者姓名做了符合中文习惯的处理,他们都不指具体的某人,仅类似于“张三李四”的代号。所以说,“忽悠”归“忽悠”,我还是有“节操”的。

如何使用本书?这是一个问题,一个非常严肃的问题!

首先,作为一本译著,请认真相信译著一定具备“天书”的特征。我们在忠实于原著的原则上,牺牲了许多更优美的表述方式。说实话,有些句式我们自己看着都想哭。所以,请读者务必保持一颗宽容仁慈的心。

其次,如果您是精神科医护人员或心理治疗师,请您首先适当抛弃之前的一些固有思维逻辑。一开始就抱着挑刺、找毛病的想法可能不是一个入门级选手应该有的心态。在对抗还是合作之间,我个人觉得开始还是合作比较好。当然,如果您在此领域已经有了很好的积累,欢迎您用批判的眼光提出您的宝贵意见。其实,我自己现在就在研究 SCIT 还存在什么问题,如何让 SCIT 变得更好等问题。

最后,读了这本书,并不代表着您就可以使用 SCIT 技术来帮助精神疾病患者了。无论是科学研究还是临床治疗,要使用 SCIT 技术,除了认真阅读和掌握本书外,还需接受严格的 SCIT 技术培训。而且,在完成培训后还需在正常的健康成人人群中进行一定次数的演练。

总之,本书只是一本译著。我们本着忠于原著的态度进行了很少量的调整,请务必接纳“天书”的特征。

我们要感谢严敏博士在早期版本翻译过程中做出的巨大贡献。感谢本书的编辑姜井勇在本书编辑过程中提供的巨大帮助。另外,本书出版也得益于常山赛翁思科技智能科技有限公司、杭州赛翁思科技有限公司的同志们对心理学事业的热情。最后的最后,本书的出版离不开各项相关科研基金和人才培养项目的资助,它们是:国家自然科学基金面上项目(编号:81471366)、浙江省重点研发计划项目(编号:2015C03G2010109)、杭州市科技局一般项目(编号:20150733Q33)、浙江省“医坛新秀”人才培养项目。

目 录

第一章 绪 论	1
第二章 SCIT 概述和补充说明	20
阶段 I (第 1~7 课):课程介绍和情绪概述	39
第三章 第 1~2 课:课程介绍	41
第四章 第 3 课:情绪和社会情境	47
第五章 第 4 课:给情绪下定义	54
第六章 第 5 课:猜猜他们的情绪	63
第七章 第 6 课:情绪猜测升级	75
第八章 第 7 课:猜疑的感受	81
阶段 II (第 8~15 课):情境识别	86
第九章 第 8 课:草率定论	88
第十章 第 9~10 课:策略 1——作出其他可能猜测	94
第十一章 第 11~13 课:策略 2——区分事实和猜测	108
第十二章 第 14~15 课:策略 3——搜集更多的证据	120
阶段 III (第 16~20 课):综合应用(结束和检验)	134
第十三章 第 16~20 课:结束和检验	135
附录 A 视频和图片材料描述	152
附录 B 课外活动练习和材料	156
附录 C 同伴练习材料	177
附录 D SCIT 保真度量表	187
参考文献	193

手册的背景信息和目的

社会认知损害常见于精神分裂症及其他精神病性障碍,被认为是社会功能障碍的主要原因之一。鉴于临床尚缺乏针对性的干预措施和手段,我们设计了社会认知交互训练(social cognition and interaction training, SCIT)技术,旨在通过小组治疗的形式,提高精神障碍患者的社会认知加工水平,进而促进其社会功能的恢复。

本手册详细介绍了 SCIT 的相关原理和操作步骤。手册由下面几个部分组成:绪论部分,我们对 SCIT 的作用机制和理论框架进行简单的介绍,同时对 SCIT 技术和其他心理治疗方法的不同之处进行了说明。绪论之后,我们对 SCIT 技术及有关注意事项进行了概述。概述之后,是本手册的核心部分。在这部分,我们按照课时的顺序,就如何使用 SCIT 进行了详细的讲解。手册的最后是四个附录。附录 A 中对治疗过程中使用的视频和图片材料进行了文字说明;附录 B 是 SCIT 治疗中患者的家庭作业内容;附录 C 是 SCIT 治疗中练习伙伴(practice partner)的家庭作业内容;附录 D 是 SCIT 治疗的保真度量表(fidelity scale)。

精神分裂症的社会认知缺陷

社会功能损害是精神分裂症的主要临床特征之一(DSM-V, APA, 2013),其独立于阳性精神病性症状和阴性精神病性症状,与疾病复发密切相关(Boyer et al., 2013; Bellack et al., 2007; Lenzenweger & Dworkin, 1996)。改善精神分裂症患者的社会功能水平,对患者本人及其家庭有着极为重要的意义。首

先,修复社会功能损害是精神分裂症患者本人及其家人的主要治疗需求之一(Foldemo et al., 2004)。其次,改善精神分裂症的社会功能水平也有助于提高患者的主观生命质量(subjective quality of life)(Bengtsson-Tops, 2004; Lasalvia et al., 2005)。然而,现有的治疗方法对精神分裂症患者社会功能的改善并不明显(DeSilva et al., 2013; Scott & Dixon, 1995),患者及其家属也因此常有怨言(Middelboe et al., 2001; Ochoa et al., 2003)。

为解决这个问题,研究人员最早将注意力集中在社会行为背后的神经认知(neurocognition)功能上(包括注意、记忆和问题解决技能等)(Green et al., 2004)。人们试图通过提升精神疾病患者的神经认知功能水平来改善其社会功能。但是,研究人员很快发现神经认知与社会功能水平之间的相关性并不强(Couture et al., 2006),开展神经认知矫正干预对精神分裂症的社会功能康复收效甚微(Wykes et al., 2011)。为此,研究人员不得不把注意力从传统的神经认知领域转移到与社会功能更为密切的认知领域,即社会认知(social cognition)上。

社会认知指的是在“社会人际交互的过程中,觉察他人意图和性情的能力”(Brothers, 1990: 28)。在这个定义里,对精神分裂症社会认知的研究主要集中在以下几个方面:①情绪知觉(emotion perception),即通过他人的面部表情和声调来推断他人情绪状态的能力;②心理理论(theory of mind, ToM),即根据他人的言行来推测他人想法和意图的能力,有时又叫做“观点采择”(perspective taking);③归因偏差(attributional bias),即个体在解释一些模糊的社会事件时所表现出的个人的习惯性和倾向性。如有的人倾向于将不好的事情解释为偶然的事件,而有的人则倾向于怀疑这些事情是他人故意所为。

研究证实,精神分裂症患者的社会认知和神经认知相互独立。也就是说,即便是记忆能力和集中注意能力保存相对完好的精神分裂症患者,也可能存在明显的社会认知的损害(具体见 Couture & Penn, 2013)。社会认知在精神分裂症患者的社会功能损害中扮演着极为重要的角色。事实上,社会认知与社会功能的关系比神经认知更密切,也更直接(Fett et al., 2011; Couture & Penn, 2013; Sergi et al., 2006)。因此,提高精神障碍患者的社会认知加工水平可能有助于其社会功能的恢复。这正是我们发展 SCIT 技术的主要原因和关键所在。

SCIT 的发展及其理论基础

SCIT 最早源于社会技能训练(social skills training, SST)(Bellack et al., 1997)。临床实践证明, SST 对某些精神分裂症患者的社会功能康复的确有一定帮助,但是 SST 有两点不足同样很突出。首先, SST 是基于行为训练的原理设计的,整个治疗过程中行为训练的强度和频率都比较高,而当前的精神科门诊治疗模式显然难以完全满足 SST 的治疗要求。其次,在 SST 的训练过程中,某些患者的治疗动机往往不高,治疗师要花费很大的精力去帮助患者建立治疗动机。我们认为把注意力放在患者“对自身社会生活的主观感受”(subjective experience of their social lives)上,比讨论行为本身可能更有助于患者建立正确的治疗动机。另外,在 SCIT 中我们还使用了诸如电视情景剧(televised situation comedies)、虚构的社交失败故事(fictional narratives of social miscues)以及患者/治疗师日常生活中碰到的一些生活实例(actual social events in clients' and clinician's day-to-day lives)等贴近患者实际生活的素材,作为训练材料来训练患者的社会认知技能。我们认为,如果患者的学习技术能与其实际生活相联系,患者的治疗动机可能也会更强。

SCIT 作为一种小组心理治疗的形式,最初设计定位于 18 岁以上的、因患有精神障碍而导致人际交往困难的人群。SCIT 不仅可用于住院患者,也可用于门诊患者,其设计确保了绝大多数临床医师都能在这些治疗环境下实施 SCIT。

社会认知障碍

从 SCIT 设计之初,我们就一直在思考如何解决精神障碍患者所表现出的两大类社会认知问题,即缺陷(deficits)和偏差(biases)。

缺陷

缺陷指的是技能或能力的不足,而偏差则指的是使用能力时出现异常(并非“不足”)。精神分裂症患者在情绪知觉(Kohler et al., 2010)和心理理论任

务(Sprong et al., 2007)中得分低于健康对照组,表明其在情绪知觉和心理理论领域存在缺陷。SCIT 中解决社会认知缺陷的方法主要沿袭了神经认知矫正训练的内容(Brenner et al., 1994)。我们把前人用于记忆缺陷和集中注意困难的神经认知矫正训练技术拓展到社会刺激材料的训练中,根据学习原理(learning principles)按照不同的难度水平进行重复的训练,以达到矫治患者社会认知缺陷的目的。

偏差

除了社会认知缺陷之外,SCIT 还企图纠正患者的社会认知偏差问题。偏差不同于缺陷,它不能简单地定性为正确或不正确。因此,去除偏差不是简单地帮助患者“变正确”(get it right)。研究提示,存在妄想症状或偏执症状的精神分裂症患者的社会认知偏差问题更为突出,他们常常将负性事件解释为“他人在故意迫害自己”。这种敌对归因偏差(hostile attributional bias)与临床上偏执症状极为相似(Bentall & Udachina, 2013)。以妄想症状为主要特征的精神分裂症患者还会存在对模糊情景(ambiguous situations)的草率定论(jump to conclusions)问题,他们常常在事实不清的情况下快速地作出自己的判断,并且表现出对判断准确性的高度自信(Garety & Freeman, 1999; Moritz & Woodward, 2006),甚至当自身的判断与事实完全相反时,他们也不会轻易改变自己的结论。正如敌对归因偏差和偏执症状一样,草率定论与妄想的多个特征相重叠,都表现为强烈的确信感(strong feeling of certainty)和面对完全相反的证据时仍拒绝改变的倾向(即不可动摇性)(DSM-V, APA, 2013)。

神经认知矫正技术对矫正社会认知缺陷疗效确切,但并不适用于患者的社会认知偏差问题。为此,我们转而借用认知心理治疗的一些技术(Beck, 2004)来解决患者的社会认知偏差问题。SCIT 纠正社会认知偏差技术主要突出以下几点:①注重对偏差危害的心理健康教育;②帮助患者建立对自身偏差问题的洞察力;③通过训练来避免偏差。SCIT 希望结合缺陷矫正技术和偏差纠正技术,来帮助患者学会收集和分析证据,作出正确的社会判断,同时学会提防偏差以免作出误判。

社会心理学

在过去的几年里,随着临床经验和相关研究的不断积累,SCIT 也在不断取得进步。最明显的一点是,我们发现原来 SCIT 的治疗目标中“教会患者正确地进行社会判断(social judgments)”常常是不切实际的,这是因为现实生活复杂多变,远远超出了大脑的处理能力。即便是我们注意到所有的社会信息,我们也很难直接进入他人的内心世界,因此很难去核实我们的“社会判断”到底是否正确。其实,我们对他人心理的判断只能算是一种“猜测”(guessing)(Fiske & Taylor, 2013)。社会心理学家把这种猜测称为“不确定情形下的判断”(judgment under uncertainty),他们认为正常的社会判断只要具备社会适应功能就足够了,并非一定要准确无误。

社会心理学研究结果显示,在社交过程中有时错误的社会判断反而会更好。事实上,正常成人也经常会通过动机性推理(motivated reasoning,一种非理性思考)的方式来进行社会判断。我们往往只根据自己内在的目标、内在的动机和自我形象(self-image)来解释一些社交情景,最终达到自我欺骗的目的(Kunda, 1990)。比方说,有一天你发现你岳母的脸色很难看。你可能会认为“哦,她今天身体不舒服”,而不会认为“她瞧不起我”。之所以如此,是因为你更愿意相信你的岳母是喜欢你的(尽管事实可能并不如此)。研究证实,模糊的社会思考(fuzzy social thinking)是我们管理社交活动和调整自我认识(view of ourselves)的重要法宝(Leary, 2004)。

基于以上思考,SCIT 一直努力在提高社会认知准确性和提升患者对“社会思考的理解性”(understanding of social thinking)上寻求最佳平衡。我们希望患者能具备一定的社会判断能力,同时也能懂得“社会思考其实就是一种用于管理我们社会生活的工具”。举例来说,在 SCIT 的情绪知觉训练开始阶段,我们会帮助患者利用外在的情绪线索对他人的情绪尽量作出“正确”的判断。但是很快地,我们的治疗目标不再限于帮助患者找到“正确的”答案。我们想让患者明白,人们的情绪本质上是一个辩证的动态变化的过程,有时很难说我们对他人情绪的判断就一定是正确的。因此,大多数时候人们的社会判断并非一定

要正确,我们所要做的仅仅是基于事实来完成“好的猜测”(good guesses)而已。类似的,在 SCIT 的其他训练部分中我们也不是简单地去帮助患者矫正那些所谓的“错误的”社会判断,我们要做的是帮助患者矫正“错误的”社会判断之外,还能建构“其他可能的社会判断”。我们希望通过 SCIT,让患者理解对一个社会情境作出不同的社会判断可能会导致不同的社会和情绪反应结果。

SCIT 还受益于社会心理学关于“情绪影响判断”的相关研究成果。社会心理学的“情绪—信息等价”(emotion as information)理论告诉我们,人们的判断常常会被心情/感受(feeling)所左右。一个人如果心情不好,他今天看任何陌生人可能都会不顺眼。不过需要注意的是,除了基本情绪(即“喜怒哀乐恐惊”六种基本情绪)之外,还有其他更多的、更广的心情/感受会影响我们的社会思考。特别是当我们思索某个事情背后的原因时,我们本身就会被“这个解释过程的难易程度”带来的心情变化所左右。如果我们觉得“这个想法是正确的”,我们也就更愿意相信我们的解释是正确的。相反,如果这个解释过程比较困难,或者这个解释让人感觉不爽,我们也就倾向于认为这个想法本身可能就是错误的,从而完全忽视了其他的事实。这种心情对判断的影响正是社会认知研究中所说的“元认知经验”(metacognitive experience)现象(Schwarz & Clore, 2003)。对于很多人来说,这种非功能性的思考(dysfunctional thinking)会一直持续存在。这是因为这种思维方式往往最为简单,所以它很容易成为我们的习惯。为此,我们在 SCIT 中会不断地强调适应性的、灵活的思考方式,会比僵化的、非功能性的思考方式让人感觉更正确,也更舒服。

总的来说,社会心理学的研究让我们认识到 SCIT 应该扎根于帮助患者建立“正常化”的社会认知模式,而不是去不切实际地一味提高患者社会认知判断的正确性。正是基于正常化的治疗目标,SCIT 并不是一种聚焦于疾病或症状的干预方法,它更侧重于所有人都会碰到的一些社会认知困难。因此,你会发现在本手册中我们没有对精神分裂症、精神病性、精神疾病、幻觉或妄想等精神病学的术语进行专门的说明。相反,我们鼓励治疗师告诉他们的患者,治疗师自己也会像他们一样陷入日常的社交窘境之中。当然,我们也不需要回避和疾病有关的专业术语。如果患者提到这些问题,我们可以从社会认知的角度和他们一起探讨这些问题。不过“偏执”要除外,因为在 SCIT 的治疗中专门会有一

部分内容来讨论这个问题。但是在讨论“偏执”时,我们应该把它和正常猜疑放在一起来讲,因为只有这样最后才能达到正常化的目的。

基于接纳的心理治疗

社会心理学的研究在很多方面与当前基于接纳的心理治疗(acceptance-based psychotherapy)有着异曲同工之妙。基于接纳的心理治疗强调咨客大部分生命过程的不可控性和不可知性。基于接纳的心理治疗鼓励咨客发展对自身思维和感受的觉察能力,同时又对自身的思维和感受有所怀疑。基于接纳的心理治疗要求咨客把这些思维和感受看成是一种经历,而不是关于自我和外在世界的真理(Hayes et al., 2003)。我们觉得这种说法在社交环境中特别正确,因为我们对他人所感所想的判断往往与事实相差很远。因此,在 SCIT 中我们鼓励患者不妨换一个视角来看待身边的人和事。这么做并不是让他们认识到自己的想法是错误的,另一个想法才更正确。我们更希望帮助患者认识到在待人接物的过程中可以选择自己想要的视角。正是患者选择了不同的视角,他们才会有不同的心情感受,周遭事物也会因此不同。我们希望通过 SCIT,帮助患者更好地接纳和拥抱生活中的不确定性,并且能承受因为不确定性而带来的种种不适。

社会神经科学

社会神经科学(social neuroscience)的研究对我们 SCIT 治疗同样有着很有价值的启示。特别是社会神经科学研究中提出的“双加工模型”(dual-process model)的理论观点,很好地整合了上述社会心理学的研究成果,丰富了我们对社会认知缺陷和社会认知偏差的理解。社会神经科学的双加工模型把社会信息加工分为控制性思维(controlled thought)和自动化思维(automatic thought)两种方式(Kahneman, 2011; Lieberman, 2007; Ochsner, 2008)。控制性思维指的是有目的性的推理过程,即我们平时所说的思考。控制性思维的启动需要一定的意图,其过程能被自身所觉知和控制,它主要与大脑前部的额叶功能有关。

自动化思维指的是与意图、觉知和控制无关的一种直觉的判断过程，它主要与位于大脑中部负责情绪加工的边缘系统有关。按照社会神经科学的双加工模型，我们所有的社会判断其实都是控制性思维和自动化思维交互作用的结果。

控制性思维和自动化思维交互作用的观点认为，社会认知缺陷和社会认知偏差可以由多种不同的方式产生。当我们对某个社交情景进行认真思考时，额叶皮层会主动抑制来自边缘系统的情绪信号，从而避免情绪的影响。但是有些时候，特别是在高度应激、强烈情绪反应状态，或是疲劳的情况下，自动化思维就有可能强于控制性思维。这时人们的判断就会被自身的情绪所左右，从而背离原本的目的和理性思考。

除了情绪，“元认知经验”、“凸显体验”(salience experiences)和“镜像模仿”(mirror simulation)等其他一些自动化的反应也会影响我们的社会思考。元认知经验前面已有相关描述，这里不再赘述。凸显体验指的是我们觉得某些重要的事情要发生的体验。比方说，“一个人在上班的路上突然意识到自己的钥匙忘在家里了”就是一种典型的凸显体验。凸显体验还包括我们常说的“尤里卡时刻”(Eureka moment)^①现象。凸显体验与大脑中多巴胺神经递质功能密切相关，被认为是大脑自动传递信号到人类意识层面的重要途径之一。Kapur (2003)的“多巴胺—动机凸显”假说认为，多巴胺参与了凸显体验过程，精神分裂症患者因其多巴胺功能紊乱导致凸显体验异常，从而引发阳性精神病性症状。例如，一天我走在大街上，这时大脑中自动出现了异常的凸显体验(experience aberrant salience)，这种异常的凸显体验就会影响我的社会判断，我可能会认为陌生人的行为都和我有关。相反，凸显体验能力不足也会带来其他的问题。比方说在与他人交谈时，别人对我推心置腹而我却丝毫不领“情”，这自然会削弱我与他人增进关系的能力。^②

镜像模仿是另一种影响社会认知的自动化现象，其生理基础是大脑的镜像神经元(mirror neurons)系统。镜像神经元就像一面镜子，当人们在观察他人的动作时镜像神经元会自动激活，于是在我们的脑海里也会映射出他人的动

① “尤里卡”来自古希腊语，意思是“我找到了”，与中文的“灵光闪现”非常相似。——译者注

② 限于篇幅，为了更好地理解凸显体验对社会判断的影响，强烈建议读者能继续深入学习 Kapur 的精神分裂症“多巴胺—动机凸显”假说。——译者注