

示范法在长程住院精神分裂症患者管理中的应用

李国荣¹ 唐建良¹ 朱婉儿²

摘要 目的: 探讨示范法对长程住院精神分裂症患者的精神症状和社会功能的影响。**方法:** 随机将长期住院的精神分裂症患者分为研究组和对照组, 两组患者均接受常规的病房管理和健康宣教、集体心理治疗。研究组同时接受示范行为训练。为期 3 年, 入组时及每半年作简明精神病评定量表(BPRS)、阴性症状评定量表(SANS)、社会功能缺陷筛选表(SDSS)平均评分评定其精神病严重程度和社会功能状况。**结果:** 研究组在 3 年中 7 次的 BPRS、SANS、SDSS 评分间的差异无显著性意义($P>0.05$), 对照组在 2 年后的 SANS、SDSS 评分明显高于 2 年前($P<0.01$)。住院 2 年后, 对照组的 SANS、SDSS 评分高于研究组($P<0.05$)。**结论:** 示范法能减少长程住院的精神分裂症患者的住院综合征的发生, 有效的保持其社会功能, 有利于患者回归家庭和社会。

关键词 示范法; 精神分裂症; 长程住院; 社会功能

中图分类号: R749.3, R49 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2007)-12-1105-02

WHO 一直倡导以社区为基础的康复和精神病患者的非住院化治疗, 并通过家庭干预、社区康复等措施取得了较好的成功^[1-2]。然而, 确有一部分精神分裂症患者由于种种原因还滞留于精神病院内, 长期与社会隔离, 形成另一种“关锁状态”。如何减少这部分人群的住院综合征的发生、使其早日回归家庭和社会是目前精神病学界所重视的问题。我们就示范法在长期住院精神分裂症患者管理中的应用做了为期 3 年的探索性的研究, 现报告如下:

1 对象与方法

1.1 研究对象

研究对象为自 2002 年 1 月 1 日始, 入住在嘉兴市康慈医院康复病区的精神分裂症患者。入组标准: ①符合中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD)-3 关于精神分裂症的诊断标准; ②均由封闭式病房经系统抗精神病药物治疗, 疗效评定显著进步以上, 住院半年以上, 因其他原因不能出院而转入; ③由本人或其法定监护人签署知情同意书。排除标准: ①年龄 >60 岁; ②符合 CCMD-3 关于分裂症残留期、分裂症衰退期、慢性诊断标准的患者。

共入组 64 例, 均为男性。随机分为两组: 研究组, 共 48 例, 平均年龄(48.88 ± 7.47) 岁, 平均病程(7.25 ± 5.32) 年, 简明精神病评定量表 (brief psychiatric rating scale, BPRS) 平均评分(26.48 ± 4.79), 阴性症状评定量表 (scale for assessment of negative symptoms, SANS) 平均评分(13.56 ± 5.54), 社会功能缺陷筛选表平均评分 (social disability screening schedule, SDSS) (2.29 ± 0.82)。对照组 16 例, 平均年龄(49.63 ± 8.80) 岁, 平均病程(7.13 ± 5.15) 年, BPRS 平均评分(26.31 ± 5.28), SANS 平均评分(13.25 ± 5.08), SDSS 平均评分(2.31 ± 0.79)。两组在人口学特征 (年龄、婚姻、经济状况)、病程、躯体检查情况及 BPRS、SANS、SDSS 评分上的差异无显著性意义($P>0.05$)。

研究期间患者病情复发、死亡、出院者为脱落病例, 在以后的评定时点不予记分。同样符合入组标准和排除标准的病例为动态入组病例。对动态入组病例, 在入组后的第一个评定时点, 其 3 个量表中任何 1 个量表的评分, 必须符合其入组前后组内的评分差异无显著性意义($P>0.05$), 否则为剔除

病例。

1.2 方法

1.2.1 两组入组时由 2 名精神科主治医师予 BPRS、SANS、SDSS 评定其精神病严重程度和社会功能状况, 以后每半年重新评定一次, 3 年为一个小结期限。其中 SDSS 评定选用 10 项评定版本中的 7 项, 即排除 SDSS 条目 2、3、6 (婚姻、父母、家庭职能) 3 项评分。常规的病房管理制度两组执行一致。

1.2.2 每月由工作人员作一次精神卫生知识的普及讲座, 宣教精神病的诊断、治疗、防治的一些基本常识, 或进行集体心理治疗。此项活动研究组和对照组的患者均参加, 并邀请患者家属自愿参与。

1.2.3 研究组示范法内容和方法: 研究组分成 7 小组, 自由组合, 一般要求人员相对稳定, 以小组为单位参加各项活动。示范活动内容共安排 7 个项目: A. 手工制作 (剪纸、折纸), 在护工的示范下制作各种作品, 每月由患者自行组织作品的陈列展览作评比。B. 去健身房锻炼, 在护工的示范下熟悉各种锻炼方法。C. 外出郊游, 由护工带领外出郊游, 练习与陌生人接触和交流的基本方法。D. 设置厨房, 在护工的示范下学习外出购物和食物的制作过程。E. 读书、读报, 在护工的示范下每次由一名组员主持朗读, 文盲者轮空。F. 欣赏音乐、练习跳舞, 在护工的示范下学习对音乐的理解和学习跳舞。G. 发表自己的意见, 组织座谈会, 鼓励小组人员积极交流本活动周期中的体会, 发表个人意见。

每个小组每两天参加一项活动, 活动时间为半天或一天, 每 2 周为一个活动周期, 依次轮转。

1.3 统计学分析

全部数据采用 SPSS13.0 软件做统计分析, 两组各自 7 次的 BPRS、SANS、SDSS 评分用单因素方差分析, 7 次评定间用 LSD 检验, 两组间的比较计量资料用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验。

1 浙江省嘉兴市康慈医院, 314501

2 浙江大学医学院医学心理学教研室

作者简介: 李国荣, 男, 副主任医师

收稿日期: 2006-11-27

2 结果

3年间研究组因病情复发、死亡、出院而脱落6例,期间新入组8例,结束时为50例;对照组脱落8例,新入组6例,结束时14例。

研究组在3年中的7次BPRS、SANS、SDSS评分间的差异无显著性意义($P>0.05$),提示其在研究期限内其精神症状保持相对稳定,社会功能维系良好。对照组在3年中的7次

BPRS评分间的差异无显著性意义($P>0.05$),但其SANS、SDSS评分逐年增加,差异有显著性意义($P<0.01$),经组间比较显示2年后的SANS、SDSS评分显著高于2年前($P<0.01$)。提示在3年的封闭住院环境中其阴性症状日渐严重,社会功能损害也渐趋明显。在两组间的比较发现,住院2年后,SANS、SDSS评分存在显著性差异($P<0.05$),对照组的高于研究组。见表1。

表1 两组患者BPRS、SANS、SDSS评分比较

($\bar{x}\pm s$)

	入组时	0.5年	1年	1.5年	2年	2.5年	3年	F值	P值
研究组(例数)	48	48	49	48	48	48	50		
BPRS	26.48±4.79	26.54±4.57	26.57±4.59	26.60±4.49	26.50±4.51	26.50±4.51	26.36±4.88	0.14	>0.05
SANS	13.56±5.45	13.64±5.76	13.83±5.64	13.60±5.31	13.31±5.15	13.48±5.08	13.20±5.14	0.77	>0.05
SDSS	2.29±0.82	2.29±0.80	2.35±0.78	2.23±0.72	2.15±0.80	2.27±0.64	2.16±0.87	0.44	>0.05
对照组(例数)	16	16	15	16	16	15	14		
BPRS	26.31±5.28	26.06±4.57	26.44±5.16	26.50±4.93	26.69±4.47	26.87±4.22	27.00±4.79	0.07	>0.05
SANS	13.25±5.08	13.86±6.71	14.40±5.78	14.75±5.18	18.19±5.33 ^①	19.47±6.61 ^①	21.43±5.33 ^①	4.59	<0.01
SDSS	2.31±0.79	2.19±0.40	2.40±0.51	2.38±0.81	3.06±0.57 ^①	3.20±0.68 ^①	3.21±0.70 ^①	7.48	<0.01

①与同期研究组比较 $P<0.05$

3 讨论

示范法是根据班杜拉的行为模仿学习理论而创立的^[3]。通过给患者提供一个榜样,进行适宜的示范行为,让患者通过观察他人行为和行为后果,然后通过模仿而学习。精神分裂症患者因为长期住院造成与社会的隔离,导致其社会功能、生活技能的退化,出现以退缩、被动、顺从、淡漠为主要表现的“住院综合征”^[4]。本研究显示住院期间接受示范行为训练的患者其阴性症状相对稳定,社会功能也保持相对维系;而未接受示范行为训练的患者其阴性症状日益明显,社会功能进一步恶化。国外学者也把行为治疗作为精神分裂症治疗的重要策略之一^[5]。国内许多研究也表明行为治疗在精神分裂症的康复过程中扮演着重要的角色,能改善其阴性症状和社会功能^[6-8]。

Kleinman认为不仅要患者恢复健康,所在的社会也要恢复因个体疾病所导致的不平衡。提出了“文化治疗”的治疗程式,治疗的目的是在不同的水平上将患者再度整合到正常社会之中去^[9]。因而,我们从医院病区管理的角度安排一系列的示范行为训练内容,模拟了一个小型的社会、家庭生活环境,保证患者有相对稳定的生活、社交的行为模式,以维系其社会功能的保持,避免“住院综合征”的出现或减轻其严重程度。

在活动安排中以小组为单位,可以增加人与人之间的交流、沟通、协作。手工制作和厨房活动维持相对稳定的技能训练。郊游、购物、读书读报使患者与外界保持持续的接触。健身、跳舞和听音乐不但可以强健体魄,也可以稳定、调节情绪。集体心理治疗、精神卫生知识的讲座、小组的座谈会,一则给患者一个交流倾诉的平台,二则也是一个让患者改善认知、接受治疗的机会,同时还可以培养一些同伴治疗和家庭干预的志愿者。其中定期的作品评比、心得座谈、行为干预的目的意义宣教等过程中正不断地实施间接强化和自我强化,让患者自愿并持续地参与行为干预,不断修正其行为模式,

有利于工作、学习能力的恢复,健康回归社会。

我们在实际的工作中发现,目前社会对精神病患者的歧视还是相当严重。致使患者感到自己沦为社会的异类,家庭的负担,自卑感、压抑感明显。同时由于精神卫生知识的缺乏,家属也会对患者产生误解。因而对患者及家属的精神卫生知识宣教和心理治疗是相当的重要,让患者对自身的疾病有一准确的认识,树立战胜病魔的信心,能坚持参加各种活动,主动去打破这种被动的社会隔离状态。也让患者家属能真心地接受患者回归家庭,主动去关爱帮助他们。在我们这3年的工作探索中,有部分患者家属接纳了我们的观点和做法,有6例患者被家属接回,重新回归社会,至今生活稳定,4例还有了固定的工作。

参考文献

- [1] 张明廉,袁国桢,倪素琴,等.家庭干预促进精神分裂症患者社会康复[J].中国康复,2006,21(6):425.
- [2] 齐钢桥,鲍文卿,姜义彬.综合干预对社区首发精神分裂症患者的康复作用[J].中国康复医学杂志,2006,21(4):356.
- [3] 虞积生. 社会心理学[A].郭念锋主编:心理咨询师(上册)[M].北京:民族出版社,2002:56—116.
- [4] 冯斌,石昆,连金发,等.精神康复纲要[M].杭州:浙江大学出版社,1991:27—38.
- [5] Tandon R,Targum SD,Nasrallah HA,et al. Strategies for maximizing clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia[J]. J Psychiatr Pract,2006,12(6):348.
- [6] 欧阳晓青,陈贻华.住院精神分裂症患者行为康复技能训练的比较研究[J].中国康复医学杂志,2006,21(10):915.
- [7] 盛嘉玲,沈怡,孔令芳,等.改良森田疗法对慢性精神分裂症残留型患者的疗效分析[J].中国康复医学杂志,2006,21(9):834.
- [8] 许雅松,徐芬兰,金云红,等.阳性强化疗法在精神分裂症患者康复训练中的运用[J].中国康复医学,2006,18(17):811.
- [9] 肖水源. 社会学、人类学与精神病学[A]. 沈渔邨主编:精神病学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社,2005:82—94.