

慢性精神分裂症社会技能训练的研究*

徐文炜¹ 袁国桢¹ 张紫娟¹ 张凤娟¹ 查智群¹ 吴二南¹ 张 恒¹ 程明媚¹

摘要 目的:探讨社会技能训练对慢性精神分裂症患者社会功能与生存质量的影响。**方法:**对象取自无锡市 4 个街道中病程 5 年以上的精神分裂症患者 113 例。随机分配到社会技能训练组(以下简称“训练组”)50 例和对照组 63 例。对训练组按顺序进行药物处置能力训练、社交技能训练、职业培训和俱乐部活动。全疗程 13 个月。**结果:**社会技能训练前两组的精神症状、住院率、肇事率、社会功能和生存质量满意度差异无显著性意义。治疗期间训练组住院次数、住院天数和肇事率都显著低于对照组(分别为: $t=3.358, P<0.01$; $t=2.954, P<0.01$; $t=2.891, P<0.01$)。训练组的 PANSS 总分明显低于对照组($t=3.300, P<0.001$), 其中阴性症状分和一般病理症状分都显著低于对照组(分别为: $t=3.272, P<0.001$; $t=3.123, P<0.01$), 阳性症状分差异无显著性。治疗后训练组的 SDSS 分显著低于对照组($t=2.106, P<0.05$), GAF 分显著高于对照组($t=2.154, P<0.05$)。训练组 WHOQOL-BREF 总分及 4 个单项分均显著高于对照组。回归分析显示, GAF 分与参加训练次数呈正相关($R=0.2891, F=4.3788, P=0.0417$)。**结论:**社会技能训练能改善慢性精神分裂症患者的精神症状、社会功能和生存质量, 降低或延缓精神残疾, 降低复发率和肇事率, 是当前较为有效的精神康复措施。

关键词 精神分裂症; 社会技能训练; 康复

中图分类号: R749.3, R49 文献标识码: A 文章编号: 1001-1242(2008)-03-0241-04

A study on social skills training for patients with chronic schizophrenia/XU Wenwei, YUAN Guozhen, ZHANG Zijuan, et al./Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2008, 23(3):241-244

Abstract Objective: To explore the effects of social skills training for chronic schizophrenic patients. **Method:** A total of 113 chronic schizophrenic patients with above 5 years courses in community were randomly assigned to two groups, 50 patients in social skills training group (training group) and 63 patients in control group. The social skills training time for patients in training group was 13 months. The integrated treatment included medicine-problem-solving skills, social communication training and vocational skills training. **Result:** Fifty patients in training group fulfilled social skills training program. There was no significant difference in demography, symptoms and frequency of administrated hospital and causing trouble between two groups. During social skills training program, the frequency and time of administrated hospital and causing trouble in training group was significantly lower than control group ($t=3.358, P<0.01$; $t=2.954, P<0.01$; $t=2.891, P<0.01$ respectively). The scores of PANSS in training group after social skills training were significantly lower than that in control group ($t=3.300, P<0.001$). The scores of SDSS in training group after social skills training were lower than that in control group ($t=2.106, P<0.05$). The scores of GAF in training group increased significantly than that in control group ($t=2.154, P<0.05$). The total score of WHOQOL-BREF and its four sub-scale in training group were significantly higher than that in control group. Regression analysis confirmed positive relation between the score of GAF and participating frequency in training group ($P=0.0417$). **Conclusion:** Social skills training had positive effects on the rehabilitation of chronic schizophrenic patients. The mental symptoms, social function and quality of life improved in these patients after treatment. The frequency of mental disability reduced in schizophrenia patients. The frequency of relapse and causing trouble in patients reduced also.

Author's address Department of Psychology, Affiliated Wuxi Mental Health Center of Nanjing Medical University, Wuxi, 214151

Key words schizophrenia; social skills training; rehabilitation

Kopelowicz 和 Liberman^[1]于 2003 年提出了精神分裂症的治疗康复一体化或整合治疗(integrated treatment)的概念, 认为精神病学治疗和康复应该是一个无间隙的过程。典型的整合治疗包括药物治疗、社会技能培训、家庭心理教育、肯定的社区治疗、支

* 基金项目: 无锡市社会发展基金项目 CS050004

1 南京医科大学附属无锡精神卫生中心精神科, 江苏省无锡市, 214151

作者简介: 徐文炜, 男, 主任医师

收稿日期: 2007-06-08

持性就业以及对双重诊断患者的整体规划, 其中社会技能培训是康复治疗的重点。广义的社会技能培训包括药物处置能力训练、社会技能培训和职业技能培训。我们于 2005 年 10 月起对慢性精神分裂症患者实施了社会技能培训, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 病例来源: 在无锡市居民聚集地区随机选择 4 个街道的精神分裂症患者作为社会技能培训研究病例。随机分配 2 个街道为社会技能培训组(以下简称“训练组”), 另外 2 个街道为对照组, 根据样本大小估计的差异在 0.8, 每组样本不少于 40 例。

1.1.2 入组标准: ①符合“中国精神障碍分类与诊断标准(第 3 版)”(CCMD-Ⅲ)^[1]精神分裂症诊断; ②年龄 18—55 岁; ③IQ>70 分; ④病程≥5 年; ⑤入组前 2 年内曾在本院住院 6 周以上, 并有较完整的病例管理资料。

1.1.3 排除标准: ①目前仍在住院治疗者; ②器质性精神障碍和药物依赖或酒精依赖患者。

1.1.4 病例选择: 首先向符合入组条件的患者及家属讲明社会技能培训的要求和目的, 在征得家属和患者同意后入组。113 例符合入组标准并同意参加试验, 其中 50 例为社会技能训练组, 63 例为对照组。

1.2 工具

1.2.1 评定量表: 阳性和阴性精神症状评定量表(positive and negative syndrome scale, PANSS)、社会功能缺陷筛选量表(social disability screening schedule, SDSS)^[2]、大体功能量表(global assessment function, GAF)^[4]、《世界卫生组织生存质量测定量表简表(the world health organization quality of life-BREF, WHOQOL-BREF)》, 包括生理领域(WHOQOL-1)、心理领域(WHOQOL-2)、社会关系(WHOQOL-3)、环境领域(WHOQOL-4)4 个方面总分换算成 0—100 分, 得分越高则生存质量越好^[3]。

1.2.2 操作手册: 药物处置能力训练手册; 社会技能培训手册; 职业培训手册; 自制调查问卷, 内容包括患者人文资料、精神症状、生存质量评定及社会功能评定等 4 个方面。

药物处置能力训练的基本方法是: ①讲解抗精神病病药物治疗的知识; ②正确的自我服用药物的方法; ③识别药物的副反应和应对措施。

社交技能训练模式包括三个内容: ①社会知觉或接受性技能, 是精确阅读或记录社会输入信息的

能力, 包括精确地检出情感线索, 如面部表情、手势、发音及躯体姿势等。②社会认知或过程性技能, 是对社会刺激有效的分析, 用历史信息对信息流的整合, 并计划地作出有效的应答。③行为反应或经验性技能, 包括产生有效词汇的能力, 应用恰当语法特征讲话的能力, 以及使用相应的非言语性行为如面部表情、手势及躯体姿势的能力。有效的社会行为需要这三种成份圆满的组合, 以适应特殊社会环境的需要^[6]。我们所实施社会技能训练也是基于以上三个基本要素。职业技能培训是通过对患者进行绘画、书法、针织、盆景制作等技能的培训, 一方面提高患者的手工技能, 另一方面提高患者的人际交流、相互协调能力, 而绘画、书法等本身也能起到调节心身健康的作用。

1.3 方法

为前后对照实验。社会技能训练按照三个项目依次进行: ①药物处置能力训练 1 个月; ②社交技能训练 6 个月; ③职业培训和俱乐部活动 6 个月。训练从 2005 年 10 月—2007 年 5 月在社区分组进行。夏季和冬季各暂停 2 个月, 作为患者休整和工作人员总结的时间。每个项目都有训练手册, 分训练者手册和受训练者手册两种。每个康复项目都以集体授课和分组训练两种形式进行, 根据各个项目特点调整集体授课和分组训练的比例。分组以每组 6—8 名患者为宜。一般是每月初举行 1 次集体讲课, 以后每周 1 次小组训练。全疗程 13 个月。训练期内未参加集体培训次数>50%者为脱落病例。

对照组的处理: ①每月随访 1 次; ②入组前量表评定; ③不进行功能训练; ④在训练组训练结束时与训练组同时进行量表评定。

1.4 疗效评定

包括入组前 2 年内和社会技能训练期间的住院次数、天数和肇事次数的比较, 入组前 1 个月内和社会技能训练结束 1 个月内精神症状、生存质量评定及社会功能的比较。量表评定一致性检验(Kappa 系数=0.75—0.89)。为了避免主观因素干扰, 随访人员不参与研究, 每种量表由访视人员分别评定。

1.5 统计学分析

所有数据输入 SPSS 11.5 统计软件包进行统计学分析。计量资料比较用 t 检验, 计数资料比较用 Pearson χ^2 检验。对于影响康复治疗的相关变量分析采用非条件逐步 Logistic 回归。

2 结果

2.1 基线评估

除训练组的家属关心程度好于对照组外, 其他参数差异无显著性(表 1)。

对差异具有显著性意义的家属关心程度和生存

表 1 训练组和对照组人口统计学特征比较

特征	训练组(n=50)	对照组(n=63)	χ^2/t	P
性别 例数(%)				
男	29(58)	36(57)	0.008	1
年龄 (岁), $\bar{x} \pm s$	43.2±8.9	40.1±9.5	1.733	0.086
婚姻状况 例数(%)			0.104	0.949
未婚	26(52)	34(54)		
有配偶	21(42)	26(41)		
其他	3(6)	3(5)		
教育水平 例数(%)			4.84	0.089
小学以下	6(12)	4(6)		
初中/高中	42(84)	49(78)		
大学及以上	2(4)	10(16)		
工作状况 例数(%)			1.1	0.577
全日/半日工作	5(10)	10(16)		
病假	24(48)	31(49)		
无工作	21(42)	22(35)		
居住状况 例数(%)			5.622	0.06
夫妻	21(42)	31(49)		
与父母	24(48)	18(29)		
其他	5(10)	14(22)		
经济收入(元), $\bar{x} \pm s$	620.2±303.4	560.3±220.7	1.214	0.227
家属关心程度 例数(%)			6.676	0.036
非常关心	28(56)	21(33)		
有时关心	19(38)	32(51)		
不关心	3(6)	10(16)		
阳性家族史 ^① 例数(%)	8(16)	14(22)	0.688	0.407
起病年龄(岁), $\bar{x} \pm s$	27.2±8.2	26.7±8.0	0.34	0.734
病程(年), $\bar{x} \pm s$	16.6±8.0	13.6±8.7	1.905	0.059
诊断 例数(%)			0.202	0.904
偏执型	37(74)	45(71)		
青春型	8(16)	10(16)		
未定型	5(10)	8(13)		
抗精神病药物 例数(%)			1.709	0.426
传统药物	18(36)	21(33)		
新型药物	20(40)	32(51)		
传统+新型	12(24)	10(16)		

①为 I、II 级亲属阳性家族史

质量生理领域二个变量进行非条件逐步 Logistic 回归, 结果显示差异无显著性(表 2)。

表 2 家属关心程度和生存质量生理领域的非条件逐步 Logistic 回归

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
家属关心	0.361	0.309	1.368	1	0.242	1.435	0.784	2.628
WHOQOL1	0.101	0.064	2.518	1	0.113	1.107	0.976	1.255
常数	-3.461	1.497	5.348	1	0.021	0.031		

2.2 住院次数和住院天数

社会技能训练前 2 年内: 训练组平均住院次数 1.66±0.6 次, 平均住院天数 91.2±40.4d; 对照组平均住院次数 1.43±0.6 次, 平均住院天数 102.1±70.6d; 两组差异无显著性意义 (分别为: $t=1.971, P=0.052$; $t=0.961, P=0.335$)。

社会技能训练期内: 训练组平均住院次数 0.42±0.6 次, 平均住院天数 26.7±36.1d; 对照组平均住院次数 0.92±0.9 次, 平均住院天数 58.4±74.9d。两组差异有非常显著性 ($t=3.358, P<0.01$; $t=2.954, P<0.01$)。

2.3 肇事率

训练前 2 年内: 训练组平均肇事次数 0.74±1.0 次, 对照组平均肇事次数 0.83±0.9 次, 两组差异无显著性意义 ($t=0.469, P=0.640$)。训练期内: 训练组平均肇事次数 0.34±0.5 次, 对照组平均肇事次数 0.67±0.7 次, 训练组平均肇事次数是对照组的 50.7%, 两组差异有非常显著性 ($t=2.891, P<0.01$)。

2.4 精神症状

康复治疗前后的精神症状用 PANSS 量表评价, 见表 3。

2.5 社会功能

用 SDSS 和 GAF 量表表示, 见表 4。

表 3 训练组和对照组训练前后 PANSS 量表比较

(分, $\bar{x} \pm s$)

	训练前				训练后			
	训练组(n=50)	对照组(n=63)	t	P	训练组(n=50)	对照组(n=63)	t	P
阳性症状	13.5±5.1	13.8±5.5	0.310	0.757	11.9±4.1	12.9±5.0	1.124	0.263
阴性症状	15.9±5.5	15.6±4.8	0.227	0.818	12.5±4.8	15.4±4.7	3.272	0.001
一般病理	26.0±5.5	25.8±4.9	0.222	0.824	23.2±6.1	26.6±5.3	3.123	0.002
补充症状	4.9±1.8	4.5±1.8	1.163	0.247	4.5±1.9	4.8±2.1	0.800	0.425
PANSS 总分	59.8±14.2	59.4±11.4	0.198	0.844	52.1±13.3	59.7±11.1	3.300	0.001

表 4 训练组和对照组训练前后社会功能比较

(分, $\bar{x} \pm s$)

	训练前				训练后			
	训练组(n=50)	对照组(n=63)	t	P	训练组(n=50)	对照组(n=63)	t	P
SDSS	6.2±2.6	6.1±2.5	0.260	0.795	5.2±2.5	6.2±2.6	2.106	0.037
GAF	59.7±14.9	63.2±11.3	1.403	0.163	69.5±11.3	60.0±12.7	4.599	<0.001

2.6 生存质量满意度比较

入组前除训练组的生理领域分量表分显著低于对照组外, 两组患者的 WHOQOL-BREF 总分及其他分量表分的差异无显著性意义(表 5)。而对差异具有显著性意义的康复治疗前生理领域变量进行非条件逐步 Logistic 回归, 结果显示差异无显著性 ($Wald=2.518, P=0.113$)。

2.7 参加训练频度对疗效的影响

以 GAS 作为社会功能评定工具与参加次数进行回归分析, 显示 GAS 与参加训练次数呈正相关 ($R=0.2891, F=4.3788, P=0.0417$)。

3 讨论

由于年轻的精神分裂症患者反复发病而使他们

表 5 训练组与对照组训练前后 WHOQOL-BREF 比较

(分, $\bar{x} \pm s$)

	训练前				训练后			
	训练组(n=50)	对照组(n=63)	t	P	训练组(n=50)	对照组(n=63)	t	P
生理领域	19.2±3.3	20.5±3.4	1.987	0.049	22.3±4.8	19.5±4.3	3.370	0.0010
心理领域	15.9±2.5	16.6±3.1	1.297	0.197	18.3±4.1	16.0±3.5	3.267	0.0012
社会关系	7.2±1.8	7.6±2.3	0.861	0.391	8.5±2.5	7.2±2.3	2.925	0.0041
环境领域	22.8±4.5	23.7±4.9	0.99	0.324	25.3±5.7	22.7±5.5	2.537	0.0126
总分	65.1±10.0	68.3±11.2	1.594	0.114	74.5±14.5	65.3±13.4	3.496	0.0008

较早离开同龄人群体,但又不能接受成年人的生活,如结婚、高等教育和就业,结局是社会隔离。这些功能的损害和社会心理结局使得疾病越来越严重,所以多种治疗比神经生物学治疗更加有效。本研究从三个方面对社会技能训练做了探讨。

训练组社会技能训练前的 SDSS 分略高于对照组,而 GAF 略低于对照组的原因可能是被划分为训练组的社区中有些患者家属认为患者精神状况较好,不需要康复,相应提高了训练组残疾患者的比例,对照组则无此现象。

经药物处置能力训练后随访观察一年,训练组的药物依从性是对照组的 1.53 倍^[9],

再次住院率和肇事率是精神分裂症社区防治康复的重要指标。本研究资料显示,经社会技能训练后,训练组患者的再次住院次数、住院时间和肇事次数都显著低于对照组。我们分析,由于训练组患者经常被组织在一起进行训练,单独行动的时间减少,加上精神症状的改善,都是住院率和肇事率下降的重要因素。

PANSS 量表显示,康复治疗能有效减轻患者的精神症状,但更多的是改善阴性症状和一般病理症状,而一般病理症状的加重往往是引起患者肇事的主要原因。由于社会功能可预测疾病发展过程和预后,因此,改善社会角色功能成了精神分裂症治疗和康复的主要目标,在社会技能训练结束时的社会功能评分和精神残疾筛选量表评定显示,对照组患者有社会功能下降和精神残疾上升的趋势,而训练组患者的社会功能则略有上升、精神残疾有明显下降的趋势。

生存质量也是精神分裂症治疗和康复的重要目标,生存质量量表反映精神分裂症患者的主观感受,训练前训练组患者的生存质量量表分略低于对照组,但因无显著性意义,所以对研究结果不构成干扰

因素。社会技能训练后,训练组患者的生存质量明显好于对照组($P<0.001$),这是社会技能训练后的突出效果。CHAN 等^[8]对 172 例精神分裂症患者进行生存质量调查发现,无业的精神分裂症患者的生活满意度明显低于在职精神分裂症患者。而训练组训练后生存质量的提高得益于他们每周的训练,有两种因素影响了他们的生存质量满意度:①技能培训提高了他们的社交技能;②家属也对此事较为关心,所以其生存质量分值的升高也不排除家属的观念。但无论如何,训练组的患者在参加训练后对自身及环境的认同已有所提高。

当然,训练组患者社会功能的改善和生存质量的提高也不排除长期集体活动的影响。因为回归分析说明,那些参加整体治疗次数多、训练时间长的患者的效果优于参加次数少、治疗时间短的患者。

参考文献

- [1] Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses [J]. Psychiatr Serv, 2003, 54(11): 1491—1498.
- [2] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准 (第 3 版)[M]. 第 1 版. 济南:山东科学技术出版社, 2001. 75—78.
- [3] 张明圆. 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—166.
- [4] 郑延平,赵靖平译.精神障碍诊断统计手册第 3 版修订本(DSM-III-R)[J]. 国外医学·精神病学分册, 1987, 4:202.
- [5] 张作记. 行为医学量表手册[J]. 中国行为医学科学, 2001, 10(特刊): 67—74.
- [6] Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness[J]. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2004, 27(4): 375—391.
- [7] 徐文炜,查智群,张紫娟,等. 药物自我处置能力训练对社区慢性精神分裂症患者的长期作用[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(4): 329—338.
- [8] CHAN S, YU IW. Quality of life of clients with schizophrenia [J]. Journal of Advanced Nursing, 2004, 45(1): 72—83.