·心理康复·

行为技能训练对社区与住院精神分裂症患者康复效果的对照研究*

冯 辉[1] 姜益明[1] 陈玉明[1] 杨佩娣[1] 俞剑平[1] 丁晓沧[2] 唐文忠[3] 路聚保[1] 陈 钫[1] 顾婉芬[1]

摘要

目的:探讨行为技能训练对社区与住院精神分裂症患者康复的影响。

方法:对2008年1-12月社区组、住院组精神分裂症患者进行随机抽样,各选取22例,实施行为技能训练,并应用"日常生活能力量表(ADL)"、"简明精神病量表(BPRS)"和"Morning Side康复状态量表(MRSS)"分别于训练前及第12周末测定他们的康复状态。

结果:训练前两组间ADL、BPRS、MRSS总分比较差异无显著性意义(P>0.05)。训练后12周末,ADL、BPRS、MRSS两组量表总分分别与训练前比较均有显著性差异(P<0.01);两组间比较:MRSS社区组的量表总分低于住院组,差异有显著性意义(P<0.05);ADL、BPRS的总分差异均无显著性意义(P>0.05)。单因素方差分析:组别、性别、文化程度、依从性、性格均不是影响各期ADL、BPRS、MRSS量表总分的因素;病程对各期ADL总分的影响有显著性意义(P<0.05),病程越长,ADL总分越高;年龄对各期BPRS总分的影响有明显显著性意义(P<0.01),年龄越小,总分分值越低;住院次数、婚姻对各期MRSS总分的影响有显著性意义(P<0.05)。干预时间对ADL、BPRS、MRSS量表总分的影响有显著的显著性意义(P<0.01),训练时间越长,各总分分值越低。

结论:对社区与住院精神分裂症患者实施行为技能训练,有利于提高他们的生活自理能力和社会功能;行为技能训练对社区患者的康复状态更理想;持续性技能训练,可以降低疾病复发,对促进他们的康复水平具有更积极意义。

关键词: 精神分裂症;行为技能训练;康复

中图分类号:R749.3;R493 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-1242(2011)-06-0561-05

Control study about behavioral skills training on the rehabilitation of schizophrenic patients from communities and hospital/FENG Hui, JIANG Yiming, CHEN Yuming, et al.//Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2011, 26(6): 561—565

Abstract

Objective: To explore the effect of behavioral skill training on recovery of schizophrenic patients in communities and in hospital.

Method: Twenty-two patients randomly, from January to December in 2008, with schizophrenic in hospital and in communities were enrolled respectively in behavioral skill training. Activities of daily living(ADL), brief psychiatric rating scale(BPRS) and morning side rehabilitation status scale(MRSS) were used to determine their conditions of rehabilitation before training and after the 12th week of training.

Result: Before training, the differences of each total score of ADL,BPRS and MRSS between the two groups were not statistically significant(P>0.05). But, after the 12th week of training, the differences were statistically significant(P<0.01). According to the compare between the two groups, the total scores of MRSS from communities group were lower than that from hospital group. And there were statistically significant differences(P<0.05). Howev-

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.06.015

*基金项目:上海市静安区卫生局立项课题(2007)

1 上海市静安区精神卫生中心,上海,200040; 2 上海市静安区卫生局; 3 上海交通大学医学院附属精神卫生中心

作者简介:冯辉,女,副主任护师; 收稿日期:2010-07-03

er, the total scores of ADL and BPRS had not(P>0.05). The single factor variance analysis showed that each total scores of ADL, BPRS or MRSS did not be influenced by category, sex, education, compliance or character. And The effect of the course of disease was statistically significant on various total scores of ADL(P<0.05). In the term of single factor analysis, the effects of age on the total scores of BPRS were significantly different (P<0.01).The lower the age was, the smaller the score was. The hospitalization time and marriage had significant influences on the total scores of MASS(P<0.05). And the effects of length of intervention on the total scores of ADL, BPRS and MRSS were more significantly different(P<0.01).The longer the period of training was, the less the scores were.

Conclusion: The implementation of behavioral skill training on schizophrenia patients of communities and hospital would be helpful for improving patient's self-care skill and social function. And it had better influence on the rehabilitation. The continuous skill training was more beneficial for their recovery and could restrict the recurrence of disease.

Author's address Shanghai Jing'an Mental Health Center, Shanghai, 200040

Key word schizophrenia; behavioral skill training; rehabilitation

精神分裂症是一组原因未明的精神病，具有思维、情感、行为等多方面的障碍及精神活动不协调，病程多迁延，常会遗留社会功能缺损，严重影响了患者的生活、工作和学习。Kopelowicz 和 Liberman 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，认为精神分裂症的精神病学治疗和康复是一个无间隙的一体化过程[1]。我们对社区与住院的稳定期精神分裂症患者实施行为技能训练，取得了较好的效果。

1 资料与方法

1.1 研究对象

将2008年1—12月在本市静安区5个街道的稳定期精神分裂症患者作为社区组，同期住本院的经急性期治疗后处稳定状态的精神分裂症患者作为住院组，采取随机抽样方法，各入组22例。

入组标准：均符合中国精神疾病分类与诊断标准第3版(CCMD-Ⅲ)中精神分裂症诊断标准；精神症状相对平稳，可残留部分精神病性症状或人格改变；病程≥2年；初中及以上文化程度；无明显躯体疾病及智能障碍；排除酒精或药物依赖者、妊娠或哺乳期妇女；至少有一位家属(或监护人)与患者一起生活。首先向符合入组条件的患者及家属(或监护人)讲明行为技能训练的要求和目的，征得家属和患者知情同意，并签署知情同意书。社区组：男10例，女12例，年龄22—51岁(33.86±6.95)，病程4—34年(11.41±6.638)；住院组：男11例，女11例，年龄22—52岁(33.95±6.68)，病程2—31年(11.50±9.033)。两组性别(χ^2=0.091)、年龄(t=0.04，P=0.965)、病程(t=0.038，P=0.970)、住院次数(χ^2=2.48)、婚姻(χ^2=3.11)、文化程度(χ^2=0.12)、性格(χ^2=2.36)、服药依从性(χ^2=1.51)，差异均无显著性意义(P>0.05)。

1.2 方法

社区组为日间康复(康复之家)；住院组在住院的常规治疗护理基础上予以康复训练。两组均给予单一抗精神病药维持治疗，同时给予行为技能训练。分成6个小组，每组7—8人。具体时间安排为每周两次(周二、周五全天)，上午9:00—11:00，下午13:30—15:30(中间各休息15min)。训练措施包括药物处置能力训练、社会技能训练、职业技能训练和心理护理 。方法：讲课、角色扮演、情景模拟和社会实践。每项训练分别由专人负责。具体安排：药物处置能力训练、心理护理每个月4次，共12次，每次45min；社会技能训练每个月6次，共18次，每次45min；职业技能训练每个月2次，共6次，每次60min。社区组建立了热线电话，如有需要，可提供上门访视服务。以行为治疗的阳性强化法作为技能训练的干预理论。

成绩评比规则包括：评比项目：①服药依从性；②自我清洁卫生；③人际关系；④参与公益活动(关心他人)；⑤家庭表现反馈；⑥参加活动状态；⑦技能方面提高。

评比标准：很好(2颗五角星)；好(1颗五角星)；较好(三角形)；一般(等于号)；退步(双圆圈)。评比

方法和奖励:①每次康复活动结束时作评比(自评与他评相结合),并公布成绩;②精神鼓励(公开上墙、大会表扬、大会发奖)与物质奖励相结合(奖品有沐浴露、毛巾和袜子等),每月1次;③3个月为1个疗程。由经过培训的康复治疗师、主治医师及主管护师各1名负责技能训练;由不参加技能训练的主治医师及主管护师各一名完成量表测评,本次研究预初试验测得内部一致性Cronbach α值为0.87。分别在训练前以及经过12周行为技能训练后用同等工具评定。

1.3 训练措施

1.3.1 药物处置能力训练:①掌握抗精神病药物作用的有关知识;②学会正确管理药物和评价药物作用的方法;③识别和处置药物的副作用;④学会寻求医务人员帮助的技能;⑤识别和监控病情复发的先兆症状;⑥识别和处置持续症状。

1.3.2 心理支持和心理教育:采用教育、指导、鼓励、理解、宽容、支持等方法,给予心理疏导,排解心理压力,提高应对和处置矛盾的能力。

1.3.3 社会技能训练:①社交技能训练(自信心、语言与非语言性交流和社交礼仪等);②个人生活自理能力训练(整洁与个人卫生、料理家务、用药管理、钱财管理、通讯和使用公共交通等);③休闲娱乐活动(音乐放松、踏板操、手语、球赛、鲜花知识与保养、练毛笔字、集邮等)。

1.3.4 职业技能训练:①手艺(插花艺术、编织等);②美术品创作(书法、绘画、泥塑等);③社会实践(为养老院老人服务、与"阳光之家"学员一起参加手工劳动、参观"助残服务中心"、去青浦农田摘草莓、计算机基础知识培训及上机操作等)。

1.4 评定工具[2]

1.4.1 日常生活活动能力(activies of daily living, ADL)量表,由躯体生活自理及工具性日常生活活动能力组成,共14项,为1—4的4级评分法,分值越低,说明日常生活自理能力恢复越好。

1.4.2 简明精神病量表(the brief psychiatric rating scale,BPRS),共18个项目,为5类因子,包括焦虑忧郁、缺乏活力、思维障碍、激活性、敌对猜疑。所有项目采用1—7分的7级评分法,通过交谈及观察方式进行评定。因子分反映疾病临床特点;总分反映疾病严重性,总分越高,说明病情越重。

1.4.3 Morningside康复状态量表(morningside rehabilitation status scale, MRSS),有依赖性、活动能力、社交能力、症状行为表现4个部分,共28个项目,为0–7的8级评分法,得分愈低表示康复状态愈好。

1.5 统计学分析

所有数据双录入计算机,应用SPSS11.5软件进行统计分析处理。

2 结果

两组间ADL、BPRS、MRSS训练前后总分及因子项目比较结果,见表1。

两组ADL、BPRS、MRSS训练前后总分及因子项目比较结果,见表2。

表1 两组间ADL、BPRS、MRSS训练前后总分及因子项目比较 (n=22,$\bar{x}\pm s$)

项目	训练前		z/t	P	训练后		z/t	P
	社区组	住院组			社区组	住院组		
ADL总分	17.50±3.38	16.77±2.67	0.943	0.591	14.82±1.33	14.45±1.01	1.211	0.226
躯体自理总分	6.14±0.35	6.18±0.50	0.059	0.953	6.00±0.00	6.00±0.00	0.000	1.000
工具能力总分	11.36±3.23	10.26±2.42	0.635	0.526	8.82±1.33	8.45±1.01	1.211	0.226
BPRS总分	30.05±8.60	30.36±6.64	0.137	0.891	22.45±2.96	21.91±2.29	0.485	0.628
焦虑忧郁	6.50±2.09	6.00±1.98	0.815	0.415	4.45±1.06①	4.00±0.00①	2.344	0.019
缺乏活力	6.45±2.06	6.77±1.80	0.545	0.588	4.95±1.13	4.77±0.81	0.304	0.761
思维障碍	5.59±2.44	6.95±2.85	1.771	0.077	4.45±0.67	4.82±1.18	0.755	0.450
激活性	3.86±1.13	3.86±0.83	0.415	0.678	3.09±0.29	3.00±0.00	1.431	0.152
敌对猜疑	5.09±1.97②	3.68±1.56②	3.078	0.002	3.45±0.74	3.14±0.35	1.557	0.119
MRSS总分	45.09±23.63	46.05±20.60	0.143	0.887	21.23±15.57①	30.00±11.55①	2.122	0.040
依赖性	13.00±6.15	13.59±6.62	0.307	0.760	6.36±5.02②	10.62±5.00②	2.872	0.004
活动能力	8.23±5.56	8.36±4.28	0.447	0.655	3.64±3.46	5.41±2.40	1.974	0.055
社交能力	15.55±7.65	14.36±6.10	0.567	0.574	8.00±5.16	10.00±3.55	1.498	0.142
症状行为	8.32±5.79	9.73±5.78	0.808	0.424	3.23±3.15	3.64±2.74	0.822	0.411

两组间比较:①$P<0.05$,②$P<0.01$

表2 两组ADL、BPRS、MRSS训练前后总分及因子项目比较 (n=22,$\bar{x}\pm s$)

项目	社区组		z/t	P	住院组		z/t	P
	训练前	训练后			训练前	训练后		
ADL总分	17.50±3.38	14.82±1.33②	3.461	0.001	16.77±2.67	14.45±1.01②	3.812	0.000
躯体自理总分	6.14±0.35	6.00±0.00	1.732	0.083	6.18±0.50	6.00±0.00	1.633	0.102
工具能力总分	11.36±3.23	8.82±1.33②	3.423	0.001	10.26±2.42	8.45±1.01②	3.310	0.001
BPRS总分	30.05±8.60	22.45±2.96②	3.727	0.000	30.36±6.64	21.91±2.29②	3.927	0.000
焦虑忧郁	6.50±2.09	4.45±1.06②	3.539	0.000	6.00±1.98	4.00±0.00②	3.310	0.001
缺乏活力	6.45±2.06	4.95±1.13②	3.443	0.001	6.77±1.80	4.77±0.81②	3.655	0.000
思维障碍	5.59±2.44	4.45±0.67②	2.869	0.004	6.95±2.85	4.82±1.18②	3.423	0.001
激活性	3.86±1.13	3.09±0.29②	2.699	0.007	3.86±0.83	3.00±0.00②	3.272	0.001
敌对猜疑	5.09±1.97	3.45±0.74②	3.551	0.000	3.68±1.56	3.14±0.35	1.625	0.104
MRSS总分	45.09±23.63	21.23±15.57②	6.152	0.000	46.05±20.60	30.00±11.55②	5.876	0.000
依赖性	13.00±6.15	6.36±5.02②	5.714	0.000	13.59±6.62	10.62±5.00②	3.309	0.001
活动能力	8.23±5.56	3.64±3.46②	5.080	0.000	8.36±4.28	5.41±2.40②	3.632	0.000
社交能力	15.55±7.65	8.00±5.16②	6.297	0.000	14.36±6.10	10.00±3.55②	5.124	0.000
症状行为	8.32±5.79	3.23±3.15②	3.830	0.000	9.73±5.78	3.64±2.74②	4.021	0.000

与训练前比较:①$P<0.05$,②$P<0.01$

影响康复的单因素方差分析结果。组别、性别、文化程度、依从性、性格均不是影响各期ADL、BPRS、MRSS量表总分的因素;病程对各期ADL总分的影响有显著性意义($P<0.05$),病程越长,ADL总分越高;年龄对各期BPRS总分的影响有明显显著性意义($P<0.01$),年龄越小,其总分分值越低(22—31岁,24.85±5.438;32—41岁,25.25±5.835;42—52岁,32.33±8.424);住院次数、婚姻对各期MRSS总分的影响有显著性意义($P<0.05$)。干预时间对ADL、BPRS、MRSS量表总分的影响有显著的显著性意义($P<0.01$),干预时间越长,各总分分值越低,见表3。

表3 干预时间对ADL、BPRS、MRSS各总分比较 ($\bar{x}\pm s$)

干预时间(周)	ADL	BPRS	MRSS
0	17.14±3.032	30.20±7.593	45.57±21.916
6	15.50±1.691	24.86±4.628	35.82±16.857
12	14.64±1.183	22.18±2.626	25.61±14.257
F/t值	25.610	25.610	13.581
P值	0.000	0.000	0.000

3 讨论

3.1 行为技能训练提高了精神分裂症患者的生存质量,促进了社会康复。

目前精神分裂症患者的病因仍不明确,急性期患者经过住院治疗,阳性症状得以控制,但是仍残留部分阴性症状;还有不少患者在维持治疗期仍病情复发,造成他们的自理能力和社会功能逐渐下降。如何巩固治疗效果,促进全面康复,近几年来,许多学者作了多方面的研究[3—6],精神分裂症患者在维持用药期间,经药物处置能力训练、社会技能训练或心理社会综合干预后,能够提高他们的服药依从性,改善阴性症状,预防疾病复发,有利于提高独立生活能力和社会技能,促进康复。本研究通过对社区与住院精神分裂症患者实施行为技能训练后,表1显示,训练前两组间ADL、BPRS、MRSS的量表总分比较差异均无显著性意义($P>0.05$)。表2显示,训练后12周末两组ADL、BPRS、MRSS的量表总分分别与训练前比较,差异均有显著性意义($P<0.01$)。提示,行为技能训练后与训练前比较,两组患者的MRSS康复状态均有明显提高。技能训练能转移患者的注意力,摆脱病态思维的纠缠,从而改善病情[7],并且使住院患者的生活变得丰富充实,同时提高了他们的独立生活和社交活动能力,提高了生存质量[8],促进社会康复。从表1还看到,训练第12周末两组间比较,ADL、BPRS的总分比较差异均无显著性意义($P>0.05$),结果虽然与陈贻华等[9]报道的基本一致。但从本研究中,MRSS的社区组量表总分低于住院组(MRSS总分愈低,表示康复状态愈好),差异有显著性意义($P<0.05$),可以看出,病情稳定的社区患者,如能继续予以技能训练等干预措施,那么其康复疗效可以进一步提高。

3.2 行为技能训练中的心理支持促进心理康复

临床实践中发现,大多数住院精神分裂症患者随着精神症状的消失,自知力不断恢复,其心理压力愈加突出(如担心前途、婚姻家庭等),对重返社会缺乏信心,产生自卑心理。出院后回到社区,通常又会

面临人际关系处理困难、社会偏见和家庭监护乏力等问题。文献报道,社会心理因素占再入院诱因的15%[10]。而行为技能训练针对患者回归社会过程中所遇到的问题而设计的,并将心理疏导贯穿于整个训练过程。从表2看到,训练后两组患者BPRS的总分均低于训练前,差异有显著性意义($P<0.01$),提示,行为技能训练中的心理支持,有利于稳定患者情绪,改善病情。通过角色扮演、情景模拟训练,指导患者如何应对各类社会问题和提高应对处置能力,并组织社会实践活动,从中看到自身价值,消除自卑感,增强自信心,改善了精神面貌,从而改善他们的心理状态,促进了心理康复[7—8]。

3.3 循序渐进的技能训练,有利于降低复发,提高康复水平。

本研究的单因素分析结果显示,组别、性别、文化程度、依从性、性格均不是影响各期ADL、BPRS、MRSS量表总分的因素;病程对各期ADL总分的影响有显著性意义($P<0.05$),病程越长,ADL总分越高,说明干预效果越差;年龄对各期BPRS总分的影响有显著性意义($P<0.01$),年龄越小,其总分分值越低,此可能受文化、社会、环境因素及疾病本身等方面影响,技能训练中加强了行为激励机制,对表现进步者及时给予适当精神鼓励与物质奖励,调动了患者的积极性[11]。住院次数、婚姻对各期MRSS总分的影响有显著性意义($P<0.05$)。从表3中看到,干预时间对ADL、BPRS、MRSS量表总分的影响有显著性意义($P<0.01$),干预时间越长,各总分分值越低,康复效果越好,此与徐文炜等[3]研究报道一致。训练中采用先易后难、由简到繁、循序渐进,反复锻炼的原则,巩固良好的行为及技能状态,有利于降低疾病复发,提高康复水平。

4 结论

精神病患者院内康复和社区康复是不可分割的两个组成部分,对住院精神分裂症患者实施行为技能训练,有利于改善他们对疾病正确认识的态度,为他们回归社会、促进心理和社会功能全面康复打下基础。行为技能训练对社区患者的康复状态更理想,如能够将获痊愈或好转出院的精神分裂症患者,在社区相对自由的环境下持续性的参加技能训练,可以帮助他们将学得的技能,持久保留或广泛应用,并可降低疾病复发,对促进精神患者的康复水平具有更积极意义。

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] 张明园.精神科评定量表手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1998:268—298.

[3] 徐文炜,袁国桢,张紫娟,等.慢性精神分裂症社会技能训练的研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):241—244.

[4] 张宇,李书光,冯娟.社区独立技能训练预防精神分裂症复发的研究[J].中华护理杂志,2004,39(8):573—575.

[5] 周建初,邱继红,江波,等.精神分裂症综合治疗效果的临床对照研究[J].中国康复医学杂志,2009,24(3):261—262.

[6] 张亚红,钮伟芳,李杰.心理社会综合干预对精神分裂症患者预后的影响[J].精神医学杂志,2009,22(4):303—304.

[7] 林辉,王成东.1169例慢性精神分裂症的院内康复治疗[J].中国民康医学,2008,20(21)上半月:2500—2503.

[8] 倪郁兰,金依群.社会技能训练对住院精神分裂症患者的康复疗效[J].上海护理,2008,8(3):25—27.

[9] 陈贻华,林振东,欧阳晓青,等.精神分裂症患者长期住院与社区康复治疗对照研究[J].中国康复医学杂志,2009,24(3):263—264.

[10] 金秋莲.100例精神分裂症再入院诱因分析[J].上海精神医学,2002,14(4):223—225.

[11] 李转清,王玉婷,张冬红,等.阳性强化行为疗法改善Ⅱ型精神分裂症患者社会功能的对照研究[J].中华护理杂志,2003,38(8):596—598.