

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.17.017

## 社交技能训练对非急性期青少年精神分裂症患者的疗效评估\*

郭明<sup>1</sup>, 喻芳<sup>2</sup>, 闫兰<sup>2</sup>, 付霞<sup>2</sup>, 黄佳<sup>1</sup>, 李梦倩<sup>1</sup>

(1. 南昌大学第一附属医院心身医学科 330006; 2. 江西省心理康复中心, 南昌 330029)

**[摘要]** **目的** 探讨社交技能训练对非急性期青少年精神分裂症患者精神症状及社会功能的干预效果。**方法** 将 60 例住院的非急性期青少年精神分裂症患者分为治疗组和对照组, 分别采用药物治疗结合社交技能训练和单独药物治疗的方法进行干预, 疗程 8 周。采用阳性和阴性症状量表(PANSS)和住院精神患者康复疗效评定量表(IPROS)中的 2 个分量表在干预前、干预后 4、8 周进行评估。**结果** 共 55 例患者完成干预; 与干预前比较, 治疗组和对照组 PANSS 各量表得分和总分以及 IPROS 中的 2 个量表得分在干预 4、8 周后均逐渐降低, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 除一般精神病理量表分外, 治疗组 PANSS 各量表得分和总分以及 IPROS 中的 2 个量表得分均明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 社交技能训练能改善非急性期青少年精神分裂症患者的阳性症状、阴性症状, 有助于患者社会功能恢复。

**[关键词]** 青少年; 精神分裂症; 社交技能训练**[中图分类号]** R749.3**[文献标识码]** A**[文章编号]** 1671-8348(2015)17-2354-03

## Treatment effect evaluation of social skill training for the non-acute phase of adolescent patients with schizophrenia\*

Guo Ming<sup>1</sup>, Yu Fang<sup>2</sup>, Yan Lan<sup>2</sup>, Fu Xia<sup>2</sup>, Huang Jia<sup>1</sup>, Li Mengqian<sup>1</sup>

(1. Department of Medical Psychology, the First Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang, Jiangxi 330006, China; 2. Jiangxi Psychological Rehabilitation Center, Nanchang, Jiangxi 330029, China)

**[Abstract]** **Objective** To evaluate the effects of social skill training on mental symptoms and social functions of non-acute adolescent patients with schizophrenia. **Methods** Sixty patients in hospital of the non-acute phase of adolescent patients with schizophrenia were randomly divided into treatment group and control group, using drug therapy combined with social skill training and single drug treatment in a course of 8 weeks respectively. Patients were assessed with Positive and Negative symptoms Scale (PANSS) and two scales of Inpatient Psychiatric rehabilitation Outcome Scale (IPROS) before intervention, intervention for 4 weeks and 8 weeks. **Results** A total of 55 patients completed intervention. Compared with before intervention, PANSS factor scores, total scores and IPROS factor scores in treatment group and control group significantly decreased after intervention of 4 weeks and 8 weeks ( $P < 0.05$ ); Except for general psychopathology scale points, PANSS factor scores, total scores and IPROS factor scores in the treatment group were lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Social skills training can improve the non-acute stage teenagers positive and negative symptoms of schizophrenia patients, and help patients recover their social function.

**[Key words]** adolescent; schizophrenia; social skills training

精神分裂症是一种常见而严重的精神疾病, 除阳性和阴性症状外, 社交技能缺陷也是精神分裂症患者常见而特征性的症状。在使用抗精神病药物改善患者认知、情感等精神症状的同时, 国内外许多学者尝试使用社交技能训练(social skills training, SST)以改善成年精神分裂症患者的社交技能缺陷, 但却少见针对青少年精神分裂症患者的社交技能训练研究。本研究采用药物结合社交技能训练的干预方法, 以观察社交技能训练对青少年精神分裂症的精神症状及社会功能的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 经医院伦理委员会的批准同意, 研究者选取 2013 年 8 月至 2014 年 2 月, 在江西省心理康复中心住院的青少年精神分裂症患者作为研究对象。入组标准: (1) 符合 ICD-10 精神与行为障碍分类中精神分裂症的诊断标准; (2) 年龄 13~18 周岁; (3) 近 1 个月来病情处于非急性期, 临床总体印象量表(clinical global impression, CGI) 严重程度评分小于或等于 5 分; (4) 无明显躯体检查或实验室检查阳性结果; (5) 患者合作, 自愿参加研究, 且患者监护人知情同意; 排除标准: 幻觉、妄想等精神症状明显, 兴奋不合作, 有明显抑郁焦虑情绪, 经医生评估无法参加训练者。共入组患者 60 例。治疗组 30 例, 对照组 30 例。研究过程中, 治疗组失访 2 例患者, 其中 1 名患者因在治疗过程中出现头痛、胸闷不适而终止治疗。对照组共失访 3 例患者。5 例失访患者未纳入统计。除治疗组失访的 1 名患者外, 余病例在研究过程中未见明显不适。最后, 完成 8 周干预的患者共 55 例。治疗组 28 例, 其中男 23 例, 女 5 例, 平均年龄( $15.82 \pm 1.52$ ) 岁; 对照组 27 例, 其中男 22 例, 女 5 例, 平均年龄( $15.59 \pm 1.47$ ) 岁。两组间的年龄( $t = 0.567, P = 0.573$ )、性别( $\chi^2 = 0.164, P = 0.686$ )及干预前各量表评分差异无统计学意义(均  $P > 0.05$ ); 病程、家庭经济、教育状况基本相似。两组患者维持治疗药物的种类及药量差异无统计学意义(均  $P > 0.05$ ), 见表 1。

**1.2 方法**

**1.2.1 干预方法** 采用计算机产生随机数字表法将入组患者随机分为治疗组和对照组。治疗组在使用抗精神病药物治疗

\* 基金项目: 江西省卫生计生基金资助项目(20142048)。 作者简介: 郭明(1977-), 副主任医师、副教授, 硕士, 主要从事儿童青少年心理卫生预防、保健研究。

的基础上联合使用社交技能训练,对照组单纯使用抗精神病药物治疗。研究期间,两组患者使用的抗精神病药物种类为利培酮、奥氮平和阿立哌唑。药物剂量和种类在研究过程中保持不变。

**1.2.2 社交技能训练内容和方法** 训练内容参照翁永振<sup>[1]</sup>编写的《精神分裂症的康复操作手册》中的训练方案开展。包括语言交流技能训练、人际交往的基本技能训练、自信心训练、解决问题的技巧训练、帮助他人与寻求帮助的技能训练共 5 个方面的社交技能训练。治疗组患者开展为期 8 周的训练,每周 2 次,每次 30 min,总共 16 次。训练采用集体治疗的形式,6~10 例 1 组,由 2 位治疗师主持。治疗师具有心理咨询师或康复治疗师的教育背景,治疗过程医师参与指导。

**1.2.3 心理评估工具** 使用阳性和阴性症状量表(positive and negative syndrome scale,PANSS)<sup>[2]</sup>和住院精神患者康复疗效评定量表(inpatient psychiatric rehabilitation outcome scale,IPROS)<sup>[3]</sup>对患者进行临床疗效评定。由 1 名经过培训且不参与干预训练的临床精神科医师对所有患者在干预前、干预 4 周末及 8 周末分别评定 1 次。PANSS 量表由阳性量表 7 项、阴性量表 7 项和一般精神病理量表 16 项共 30 项组成,每项按精神病理水平递增的 7 级评分标准评定,分值越高表示症状越重。IPROS 含工疗情况、生活能力、社交能力、讲究卫生能力及关心和兴趣 5 个分量表,共 36 个项目,从“正常”到“重度”采用 5 级评分法,分值越高表示症状越重,是评定住院精神患者社会功能缺陷严重程度的重要量表之一。本研究使用其中的生活能力和社交能力两个分量表对患者进行评估。

**1.3 统计学处理** 用 EXCEL 建立数据库,采用 SPSS13.0 软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,两组间不同时间点的计量资料均数比较采用重复测量的方差分析。组内不同时间点上数据两两比较采用 LSD-*q* 检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 治疗前、后两组 PANSS 量表评分比较** 治疗组与对照组除一般精神病理量表得分差异无统计学意义外( $F = 0.096, P = 0.758$ ),PANSS 量表的阳性量表得分、阴性量表得分及总分差异有统计学意义(均  $P < 0.05$ );两组患者各自不同时间点的各分量表得分差异有统计学意义(均  $P < 0.01$ );时间与处理因素的交互作用差异有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。分别对两组患者在 3 个时间点上各分量表得分使用 LSD-*q* 法进行两两比较发现,两组患者在干预后 4 周及 8 周得分呈逐渐下降趋势,干预后 8 周得分比干预后 4 周低,且均低于干预前得分,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。见表 1。

**表 1 治疗组与对照组干预前后 PANSS 量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)**

量表	<i>n</i>	干预前	干预后 4 周	干预后 8 周
<b>阳性量表</b>				
治疗组	28	14.43±3.19	10.54±1.95 <sup>a</sup>	7.75±0.75 <sup>ab</sup>
对照组	27	15.22±3.32	12.63±2.32 <sup>a</sup>	10.33±1.64 <sup>ab</sup>
组间		$F = 11.465$	$P = 0.001$	
不同时间点		$F = 191.244$	$P = 0.000$	
组间且不同时间点		$F = 4.867$	$P = 0.021$	
<b>阴性量表</b>				
治疗组	28	14.79±2.57	11.21±1.75 <sup>a</sup>	7.82±0.72 <sup>ab</sup>

**续表 1 治疗组与对照组干预前后 PANSS 量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)**

量表	<i>n</i>	干预前	干预后 4 周	干预后 8 周
对照组	27	16.22±1.95	14.41±1.99 <sup>a</sup>	12.48±1.97 <sup>ab</sup>
组间		$F = 58.063$	$P = 0.000$	
不同时间点		$F = 192.776$	$P = 0.000$	
组间且不同时间点		$F = 17.527$	$P = 0.000$	
<b>一般精神病理量表</b>				
治疗组	28	25.93±3.88	20.79±1.79 <sup>a</sup>	17.61±1.37 <sup>ab</sup>
对照组	27	23.74±2.97	21.04±2.59 <sup>a</sup>	20.04±2.07 <sup>ab</sup>
组间		$F = 0.096$	$P = 0.758$	
不同时间点		$F = 123.339$	$P = 0.000$	
组间且不同时间点		$F = 17.659$	$P = 0.000$	
<b>总分</b>				
治疗组	28	58.96±6.67	45.93±3.52 <sup>a</sup>	36.29±1.74 <sup>ab</sup>
对照组	27	59.26±6.89	51.52±4.61 <sup>a</sup>	46.00±3.73 <sup>ab</sup>
组间		$F = 22.432$	$P = 0.000$	
不同时间点		$F = 419.635$	$P = 0.000$	
组间且不同时间点		$F = 28.742$	$P = 0.000$	

<sup>a</sup>: $P < 0.05$ ,与干预前比较;<sup>b</sup>: $P < 0.05$ ,与干预 4 周后比较。

**2.2 治疗前、后两组 IPROS 量表评分比较** 治疗组与对照组 IPROS 量表的生活力量量表、社交技能量表得分差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ );两组患者不同时间点之间的各分量表得分差异有统计学意义(均  $P < 0.01$ );时间与处理因素的交互作用有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。分别对两组患者在 3 个时间点上生活力量量表及社交力量量表得分使用 LSD-*q* 法进行两两比较发现,两组患者在干预 4 周后及 8 周后得分呈逐渐下降趋势,干预后 8 周得分比干预后 4 周低,且均低于干预前得分,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

**表 2 治疗组与对照组干预前后 IPROS 量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)**

量表	<i>n</i>	干预前	干预后 4 周	干预后 8 周
<b>生活力量量表</b>				
治疗组	28	4.43±0.96	2.68±0.55 <sup>a</sup>	1.39±0.50 <sup>ab</sup>
对照组	27	4.48±0.96	3.93±0.87 <sup>a</sup>	2.96±0.90 <sup>ab</sup>
组间		$F = 44.363$	$P = 0.000$	
不同时间点		$F = 125.715$	$P = 0.000$	
组间且不同时间点		$F = 15.486$	$P = 0.000$	
<b>社交力量量表</b>				
治疗组	28	6.43±1.62	3.75±0.93 <sup>a</sup>	1.96±0.84 <sup>ab</sup>
对照组	27	6.22±1.63	4.70±1.10 <sup>a</sup>	2.81±0.88 <sup>ab</sup>
组间		$F = 5.875$	$P = 0.019$	
不同时间点		$F = 176.724$	$P = 0.000$	
组间且不同时间点		$F = 4.696$	$P = 0.011$	

<sup>a</sup>: $P < 0.05$ ,与干预前比较;<sup>b</sup>: $P < 0.05$ ,与干预 4 周后比较。

**3 讨 论**

本研究发现在对青少年精神分裂症患者进行为期 8 周的

干预过程中,治疗组及对照组患者 PANSS 量表的总分及各量表得分均较干预前明显降低,并且患者的精神症状随着干预时间的延长能够得到进一步缓解。而接受了社交技能训练的患者相比未接受训练的患者,阳性症状和阴性症状缓解更为明显,临床疗效更好,疾病恢复更为理想。表明社交技能训练有助于控制青少年精神分裂症患者的精神症状。

目前大多数学者提倡在药物治疗的同时,结合生活技能训练可较好地改善精神分裂症患者的社会功能<sup>[4-8]</sup>。而 IPROS 量表的总分和各分量表均能够良好地反映精神分裂症患者的社会功能状况,可较直观地反映出患者的治疗效果,且其各个分量表一致性较高,可以单独使用<sup>[9]</sup>。为有针对性地评估青少年精神分裂症患者的社会功能,减少量表中不适用的项目,充分发挥 IPROS 量表的灵活性,本研究根据青少年群体的社会功能及社会交往特点,选用了 IPROS 量表中的生活能力和社交能力两个分量表来评估患者的社会功能。研究结果与 PANSS 量表评分相似,干预后两组患者的生活能力及社交技能量表得分较干预前明显降低,患者住院期间与他人的语言交流、参加集体活动、日常生活自理能力等社会功能得到逐渐恢复,且治疗组患者社会功能水平较对照组恢复得更为理想。可见处于非急性期青少年精神分裂症患者可从 4~8 周的社会技能训练中获益。生活技能训练不仅有助于控制他们的阳性和阴性症状,在恢复他们的社会功能方面也发挥了积极的作用。近年来国内外针对青少年精神分裂症患者的社交技能训练研究较少,但陈重琳<sup>[10]</sup>、赵晶媛等<sup>[11]</sup>、陈建峰等<sup>[12]</sup>研究发现小组工作、康复技能培训等非药物疗法能有效改善儿童青少年精神分裂症患者的精神症状,提高他们的日常生活能力和生活质量,与本文的研究结果相类似。国外学者近期也有相似的研究结果<sup>[13]</sup>。

Kumra 将起病年龄在 13~18 周岁的精神分裂症患者称为“青少年期起病的精神分裂症”<sup>[14]</sup>。起病于青少年时期的精神分裂症虽然相对少见,但严重影响了患者的社会功能,预后较差。有研究显示,青少年精神分裂症的社会功能缺陷是其高遗传性的表现之一<sup>[15]</sup>。这提示着青少年精神分裂症患者可能较成年患者表现出更为明显而突出的社会功能缺陷。使用抗精神病药物虽然可在不同程度上缓解患者的精神病性症状,但却不能重塑他们的社会生活,对患者社会功能的恢复作用较小。鉴于目前尚未发现由于开展社交技能训练导致患者精神症状加重或复发的报道。因此,对于青少年精神分裂症患者,建议在采取药物治疗的同时,也应积极开展社会功能康复训练。各级医院应加大康复训练师的培养力度,并将社交技能训练纳入精神分裂症治疗规范中,在青少年患者住院期间常规开展社交技能训练。这对控制他们的精神症状,改善社会功能,提高生活质量,全面回归社会具有重要的意义。

由于条件所限,本研究存在一些不足,如研究病例数偏少,训练周期较短,未对入组患者使用的抗精神病药物进行限制,且青少年患者社会技能训练的远期疗效也需进一步观察。这些都是将来重要的研究方向。

## 参考文献

[1] 翁永振. 精神分裂症的康复操作手册[M]. 北京:人民卫

生出版社,2009:4-5.

- [2] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册增订版[M]. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:267-275.
- [3] 王善澄. 实用康复精神医学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1997:300-301.
- [4] Matthew MK, Christi LR. Social cognitive training for schizophrenia; a Meta-Analytic investigation of controlled research[J]. Schizophr Bull, 2012, 38(5): 1092-1104.
- [5] Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, et al. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations 2003[J]. Schizophr Bull, 2004, 30(2): 193-217.
- [6] Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia; II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation[J]. Psychol Med, 2002, 32(5): 783-791.
- [7] 吴桂华. 康复期精神分裂症患者实施社交技能训练的效果评价[J]. 中国民康医学, 2013, 25(15): 88-90, 120.
- [8] 姚贵忠,耿彤,王涌. 精神分裂症住院患者社交技能训练效果的初步评估[J]. 中国心理卫生杂志, 2011, 25(2): 84-88.
- [9] 李功安,胡雄,金德珍,等. 住院精神病人康复疗效评定量表——(2)效度检验[J]. 中国康复医学杂志, 1990, 5(5): 198-200.
- [10] 陈重琳. 小组工作对恢复期儿童精神分裂症康复的影响[D]. 武汉:华中科技大学, 2012.
- [11] 赵晶媛,张红星,郭素芹,等. 康复技能培训对青少年儿童精神分裂症康复的效果[J]. 实用儿科临床杂志, 2009, 24(12): 933-935.
- [12] 陈建峰,吴体华. 康复训练在青少年期精神分裂症患者治疗中的应用[J]. 中国实用医药, 2009, 4(26): 208-209.
- [13] Granholm E, Holden J, Link PC, et al. Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia; improvement in functioning and experiential negative symptoms[J]. J Consult Clin Psychol, 2014, 82(6): 1173-1185.
- [14] Kumra S, Wiggs E, Bedwell J, et al. Neuropsychological deficits in pediatric patients with childhood-onset schizophrenia and psychotic disorder not otherwise specified [J]. Schizophr Res, 2000, 42(2): 135-144.
- [15] Gibson CM, Penn DL, Prinstein MJ, et al. Social skill and social cognition in adolescents at genetic risk for psychosis[J]. Schizophr Res, 2010, 122(1/3): 179-184.

(收稿日期:2014-12-08 修回日期:2015-02-28)