

## 精神康复专栏

· 临床研究 ·

## 社交技能训练治疗残留期精神分裂症的疗效观察

王士良<sup>1</sup>, 陈建玲<sup>2</sup>, 钱敏才<sup>1</sup>, 沈鑫华<sup>1</sup>, 蒋永红<sup>1</sup>, 钟华<sup>1</sup>, 冯锐<sup>3</sup>

**【摘要】** 目的:探讨社交技能训练对残留期精神分裂症患者随访1年的疗效。方法:随机将57例残留期精神分裂症患者分为研究组29例和对照组28例,分别采用利培酮片+社交技能训练治疗及单用利培酮片治疗。采用前瞻性观察研究方法结合全病程管理模式对研究对象进行随访1年。采用阳性和阴性症状量表(PANSS)、日常生活能力量表(ADL)、社会功能缺陷量表(SDSS)分别评估患者的精神症状、日常生活能力及社会功能缺陷程度。结果:重复测量方差分析显示,研究组PANSS总分、阴性症状分、精神病理分、ADL总分、SDSS总分随时间变化呈线性下降趋势,且阴性症状分、ADL总分、SDSS总分变化趋势较对照组下降更显著( $P<0.05, 0.01$ )。与基线比较,研究组PANSS总分、阴性症状分、ADL及SDSS总分在治疗后3、6、9、12个月末均有明显下降( $P<0.01$ )。组间比较,12个月末研究组PANSS总分低于对照组( $P<0.05$ ),9、12个月末PANSS阴性症状分低于对照组( $P<0.01$ ),训练后不同时间点ADL、SDSS总分均明显低于对照组( $P<0.05, 0.01$ )。结论:系统而规范的社交技能训练不但能够在短期内改善残留期精神分裂症患者的总体病情、阴性症状及日常生活能力和社会功能,而且在长达1年的时间内仍然对患者有持续改善作用。

**【关键词】** 社交技能训练;精神分裂症;阳性与阴性症状量表

**【中图分类号】** R49;R749.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2016.05.001

**Clinical efficacy of social skill training in the treatment of residual schizophrenics** Wang Shiliang, Chen Jianling, Qian Mincai, et al. Department of Psychiatry, Huzhou Third People's Hospital, Huzhou 313000, China

**【Abstract】 Objective:** To explore one-year efficacy of social skill training in the treatment of residual schizophrenics. **Methods:** The patients were divided into research group and control group by a random number table. The patients in the research group were treated with the combination of risperidone tablets and social skill training, and those in the control group were treated with risperidone tablets alone. The prospective observational study method and the integrated case management were used during the one-year follow-up period. Two groups were assessed with Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Activity of Daily Living Scale (ADL) and Social Disability Screening Schedule (SDSS) for the evaluation of psychiatric symptoms, daily life ability and social function defects, respectively. **Results:** Repeated measures analysis of variance showed that the PANSS total scores, negative scores, general psychopathology scores, ADL total scores and SDSS total scores in the research group were descended linearly with time. Furthermore, the trends of negative scores, ADL total scores and SDSS total scores showed significant differences in the research group as compared with the control group ( $P<0.05$  or  $0.01$ ). As compared with the baseline, significant differences were detected in the total scores of PANSS, ADL, SDSS and PANSS negative scores at 3rd, 6th, 9th or 12th month after treatment in the research group ( $P<0.01$ ). As compared with the control group, PANSS total scores decreased significantly in the research group at 12th month after treatment ( $P<0.05$ ). In addition, PANSS negative scores were also decreased significantly at 9th or 12th month after treatment

( $P<0.01$ ). ADL and SDSS total scores in the research group were lower than those in the control group at each different time point ( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ). **Conclusion:** Systematic and normative social skill training can not only improve the general condition, negative symptom, daily life ability and social function of the residual schizophrenia patients, but also keep the improvement within one year.

基金项目:浙江省湖州市科技局一般科研计划项目(2011YS21);浙江省卫生厅骨干项目(2012RCA033)

收稿日期:2016-04-15

作者单位:1. 湖州市第三人民医院精神科,浙江 湖州 313000;2. 上海交通大学医学院附属精神卫生中心,上海 200030;3. 浙江大学医学院附属邵逸夫医院精神卫生科,杭州 310016

作者简介:王士良(1981-),男,主治医师,主要从事精神分裂症康复治疗方面的研究。

通讯作者:沈鑫华,shenxinhuasun@sina.com

【Key words】 social skill training; schizophrenia; positive and negative syndrome scale

精神分裂症是一种慢性迁延性疾病,部分患者经药物治疗后仍会有一定残留症状,甚至发展为精神衰退。社交技能训练(social skills training, SST)是采用行为治疗的方法由训练者指导患者在假定情景中进行角色扮演,再由训练者给予反馈,并指导患者改进,通过反复强化,使患者掌握这项社交技能<sup>[1-2]</sup>。有研究发现,SST能够改善急性期重症精神分裂症患者的社交技能,并减少其复发率和再住院率<sup>[3]</sup>。而有关SST对残留期精神分裂症患者的影响的研究较少。利培酮是治疗精神分裂症的首选药物之一,在临床应用多年,其疗效已得到广泛的认可<sup>[4]</sup>。本课题组前期的研究结果提示在利培酮治疗的基础上,短期内系统而规则的合并社交技能训练可改善残留期精神分裂症患者的生活质量<sup>[5]</sup>。本研究在此基础上进一步观察社交技能训练合并利培酮治疗,能否提高残留期精神分裂症患者的1年疗效。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2011年12月01日~2013年12月31日在浙江省湖州市第三人民医院住院的精神分裂症患者57例。入组标准:符合《中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)》精神分裂症残留期诊断标准<sup>[6]</sup>;男性,年龄18~60岁;初中及以上文化;至少有1个监护人和患者一起生活;患者或其监护人签署书面知情同意书。排除标准:器质性精神障碍;患有严重的躯体疾病;有精神活性物质或药物滥用史;智能障碍。脱落标准:中途换用除了利培酮以外的其他抗精神病药者;中途合并其他抗精神病药物者;患者或家属要求中途退出研究者;无法完成随访研究者。随机将患者分为2组。①研究组29例,年龄( $33.1 \pm 7.6$ )岁;受教育年限9( $6.0, 9.0$ )年;病程5( $5.0, 10.5$ )年。②对照组28例,年龄( $33.9 \pm 11.2$ )岁;受教育年限9( $6.0, 9.0$ )年;病程5( $5.0, 10.8$ )年。2组患者一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 研究组患者均接受利培酮片(维思通)+SST治疗,对照组患者仅接受利培酮片(维思通)治疗,治疗过程中不限定利培酮片(维思通)剂量,具体剂量由经治医生根据临床经验和患者的病情需要决定。SST训练:研究组采用统一治疗模式,以5人为一个治疗小组,每半个月训练一次,共6次,总训练时间3个月,每次训练时间为50~60min。SST的内容和步骤<sup>[7]</sup>:①语言表达能力,正确的沟通方式;成员间自我介绍、画图。②如何寻找帮助:平衡游戏、填图游戏。

③指导患者学习人际交往的基本技巧:社交距离、体态语言训练。④如何与人打交道:找朋友。⑤合作:夹球比赛及游戏心得。⑥社交问题的解决:角色扮演。采用前瞻性观察研究方法结合全病程管理模式对研究对象随访1年,访视点为入组时、治疗后3个月末、治疗后6个月末、治疗后9个月末、治疗后12个月末。全病程管理的具体实施:入组时医生告知患者及其家属有关精神分裂症的疾病特点、治疗计划及坚持治疗的必要性和原则,发放全病程管理联系卡,卡上记录有联系医生的姓名、联系方式及随访时间;患者及家属在治疗过程中有紧急事件或相关的问题,可随时联系医生;在患者预约随访日期前1周电话或短信通知患者或家属,如果患者未能及时来院随访,需再次预约随访时间。主要随访内容:记录患者的服药情况、药物不良反应、体检及必要的实验室检查、日常生活能力、社会功能及病情变化,并填写相应的临床研究记录表。

1.3 评定标准 由两名经过量表培训合格的专业人员于各访视点评定量表。①日常生活能力量表(activity of daily living scale, ADL)<sup>[8]</sup>:用于评定患者的日常生活能力,得分越高,功能障碍越严重。②社会功能缺陷筛选量表(social disability screening schedule, SDSS)<sup>[8]</sup>:用于评估患者的社会功能缺陷程度。SDSS包含10个项目,采用0~2级的3级评分法。0分为无异常或仅有不引起抱怨或问题的极轻微缺陷,1分为确有功能缺陷,2分为严重的功能缺陷。得分越高,社会功能缺陷越严重。若受检者对某些项目不适用,可记作9,不计入总分。③阳性与阴性症状量表(positive and negative syndrome scale, PANSS)中文版<sup>[9]</sup>:用于评估患者的精神症状。PANSS量表组成有阳性量表7项、阴性量表7项和一般精神病理量表16项,共30项及3个补充项目评定攻击危险性。每个项目按1~7分共7级评分,分数越高说明症状越重。评定的时间范围为评定前1周内的全部信息。

1.4 统计学方法 全部数据均采用SPSS 16.0统计学软件包进行统计分析。计数资料用百分率表示, $\chi^2$ 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, $t$ 检验,重复测量方差分析,非正态分布采用Mann-Whitney秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 随访完成情况 研究组有27例完成随访,1例因出国无法联系而脱落,1例因换用其他抗精神病药物而脱落,脱落率为6.9%。对照组有26例完成随

访,2例因合并其他抗精神病药物而脱落,脱落率为7.1%。2组脱落率比较差异无统计学意义。研究组利培酮平均剂量为 $(4.3 \pm 0.8)$ mg/d,对照组利培酮平均剂量为 $(4.5 \pm 0.7)$ mg/d,2组差异无统计学意义。研究组住院期间社交技能训练平均 $(3.3 \pm 0.7)$ 次,出院后门诊训练 $(2.7 \pm 0.7)$ 次。

**2.2 2组 PANSS 评分比较** 重复测量方差分析显示,研究组 PANSS 总分、阴性症状分、精神病理分随时间变化呈线性下降趋势(均  $P < 0.01$ ),对照组 PANSS 总分、阴性症状分随时间变化呈线性下降趋势(均  $P < 0.05$ ),研究组阴性症状分变化趋势较对照组更明显( $P < 0.05$ )。PANSS 总分、阴性症状分、精神病理分的研究分组与时间之间存在交互效应(均  $P < 0.01$ )。与基线比较,研究组 PANSS 总分、阴性症状分在治疗后3、6、9、12个月末均明显下降(均  $P < 0.01$ ),精神病理分在治疗后9、12个月末明显下降( $P < 0.05, 0.01$ );对照组 PANSS 总分、阴性症状分在治疗后6、9、12个月末有明显下降( $P < 0.05, 0.01$ )。组间比较,研究组在治疗后12个月末 PANSS 总分低于对照组( $P < 0.05$ ),阴性症状分在治疗后9、12个月末低于对照组(均  $P < 0.01$ )。见表1。

**2.3 2组 ADL、SDSS 总分比较** 重复测量方差分析显示,研究组 ADL、SDSS 总分随时间变化呈线性下降趋势,且较对照组明显(均  $P < 0.01$ )。研究分组与随访时间点对 ADL、SDSS 总分的变化存在交互效应(均  $P < 0.01$ )。与基线比较,研究组 ADL、SDSS 总分在经

训练后3、6、9、12个月末均明显降低(均  $P < 0.01$ ),且各时间点研究组各项评分均更低于对照组( $P < 0.05, 0.01$ )。见表1。

### 3 讨论

残留期精神分裂症患者,常持续存在思维贫乏、情感淡漠、社会性退缩等阴性症状,不但严重影响了患者的社会功能和生命质量,也加重了家庭及社会的经济负担。此外,封闭式住院模式,使患者长时间不能与社会接触,会导致不同程度的日常生活能力、社会功能下降<sup>[10-14]</sup>。

本研究结果显示,相比单用利培酮治疗,利培酮联合社交技能训练对于残留期精神分裂症的 PANSS 量表总分和阴性症状评分的改善起效更早,且在治疗结束后的1年内仍有持续改善作用。提示社交技能训练不但能够在短期内协助加速改善精神分裂症患者的阴性症状,而且从长远来看,也对改善精神分裂症患者的阴性症状有益。国外有研究认为社交技能训练能够改善精神分裂症患者的认知功能、工作记忆和情感<sup>[15-18]</sup>。SST 主要训练患者发起和维持谈话,表达积极或消极的感受,处理冲突和决断的技能等,因而能针对性的改善患者的情感迟钝、情感交流障碍、社交退缩、抽象思维困难及刻板思维等,据此我们推测残留期精神分裂症患者阴性症状的改善可能与社交技能训练有直接的相关性。

本研究结果还发现,在治疗后3个月末利培酮联合

表1 2组治疗前后 PANSS、ADL、SDSS 评分比较

分,  $\bar{x} \pm s$

| 项目      | 治疗前        | 治疗后                      |                          |                          |                          | F 值                 |                     |                     |
|---------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
|         |            | 3个月末                     | 6个月末                     | 9个月末                     | 12个月末                    | 时点                  | 分组                  | 时点×分组               |
| PANSS总分 |            |                          |                          |                          |                          | 27.875 <sup>c</sup> | 0.238               | 7.340 <sup>c</sup>  |
| 研究组     | 73.52±6.66 | 71.48±5.46 <sup>a</sup>  | 70.93±5.34 <sup>a</sup>  | 69.00±4.47 <sup>a</sup>  | 65.41±5.58 <sup>ab</sup> |                     |                     |                     |
| 对照组     | 72.23±8.16 | 71.35±6.32               | 70.62±6.06 <sup>a</sup>  | 70.42±5.72 <sup>a</sup>  | 69.46±6.78 <sup>a</sup>  |                     |                     |                     |
| 阳性症状分   |            |                          |                          |                          |                          | 2.508               | 0.270               | 1.045               |
| 研究组     | 13.30±1.17 | 13.19±1.08               | 13.15±0.99               | 13.07±0.92               | 12.96±0.98               |                     |                     |                     |
| 对照组     | 13.35±1.50 | 13.23±1.34               | 13.31±1.19               | 13.42±1.21               | 13.15±1.35               |                     |                     |                     |
| 阴性症状分   |            |                          |                          |                          |                          | 34.116 <sup>c</sup> | 4.399 <sup>c</sup>  | 6.740 <sup>c</sup>  |
| 研究组     | 26.52±2.65 | 24.41±2.47 <sup>a</sup>  | 24.04±2.39 <sup>a</sup>  | 23.30±1.86 <sup>ab</sup> | 21.59±2.10 <sup>ab</sup> |                     |                     |                     |
| 对照组     | 26.19±3.33 | 25.46±2.64               | 25.04±2.31 <sup>a</sup>  | 24.77±2.12 <sup>a</sup>  | 24.35±2.73 <sup>a</sup>  |                     |                     |                     |
| 精神病理分   |            |                          |                          |                          |                          | 13.631 <sup>c</sup> | 0.605               | 6.085 <sup>c</sup>  |
| 研究组     | 33.70±3.01 | 33.89±2.68               | 33.74±2.64               | 32.63±2.51 <sup>a</sup>  | 30.85±3.34 <sup>a</sup>  |                     |                     |                     |
| 对照组     | 32.69±3.87 | 32.65±3.29               | 32.27±3.07               | 32.23±3.14               | 31.96±3.55               |                     |                     |                     |
| ADL 总分  |            |                          |                          |                          |                          | 68.386 <sup>c</sup> | 10.961 <sup>c</sup> | 41.671 <sup>c</sup> |
| 研究组     | 30.85±3.47 | 27.19±4.06 <sup>ab</sup> | 26.11±3.63 <sup>ab</sup> | 24.04±3.50 <sup>ab</sup> | 22.56±3.83 <sup>ab</sup> |                     |                     |                     |
| 对照组     | 29.92±4.07 | 29.62±3.86               | 29.42±3.66               | 29.31±3.67               | 28.81±4.93               |                     |                     |                     |
| SDSS 总分 |            |                          |                          |                          |                          | 29.163 <sup>c</sup> | 9.091 <sup>c</sup>  | 12.602 <sup>c</sup> |
| 研究组     | 14.33±2.13 | 12.44±2.19 <sup>ab</sup> | 11.89±1.72 <sup>ab</sup> | 11.22±1.58 <sup>ab</sup> | 10.74±1.65 <sup>ab</sup> |                     |                     |                     |
| 对照组     | 14.00±2.61 | 13.69±2.20               | 13.50±1.96               | 13.42±1.45               | 13.23±2.37               |                     |                     |                     |

与组内治疗前比较,<sup>a</sup>  $P < 0.05$ ;与同期对照组比较,<sup>b</sup>  $P < 0.05$ ;重复测量方差分析的交互效应或主效应,<sup>c</sup>  $P < 0.05$

社交技能训练组患者的日常生活能力量表评分和社会功能缺陷量表评分即有改善,随着时间推移持续得到改善。提示社交技能训练有利于残留期精神分裂症患者的日常生活能力和社会功能。与此类似,一项有关社交技能训练对精神分裂症患者影响的荟萃分析也提示,社交技能训练能够改善精神分裂症患者的社交技能,减少复发率<sup>[3]</sup>。SST 没有专门针对患者的日常生活能力进行训练的项目,且本研究发现研究组和对照组患者的 PANSS 阳性症状分均没有显著性改变,但我们仍发现患者的日常生活能力提高,社会功能缺陷减轻。提示残留期精神分裂症患者的日常生活能力和社会功能改善可能与其阴性症状的改善有关。此外,本研究还提示精神分裂症患者所残留的阳性症状可能不影响患者的日常生活能力和社会功能,残留期精神分裂症患者可以带着部分残留的阳性精神症状来生活。

本研究同时发现,PANSS 总分、阴性症状分、精神病病理分的研究分组与时间之间存在交互效应,研究分组与随访时间点对 ADL、SDSS 总分的变化存在交互效应,提示不同的干预方法对不同时间的评分有影响。

对于残留期精神分裂症患者来说,进一步改善其精神症状,延缓社会功能衰退,提高生活质量,降低复发率和再住院率是促使患者康复的重要目标。本研究结果表明,系统而规范的社交技能训练不但能够在短期间改善残留期精神分裂症患者的总体病情、阴性症状及日常生活能力和社会功能,而且在长期 1 年内仍然对患者有持续改善作用。

本研究的不足之处在于,一是没有针对不同患者的需求采取不同的社交技能训练;二是未将患者生活环境等因素考虑在内,因而不能排除因患者生活环境不同而对研究结果造成的干扰。在今后的研究中,我们将针对患者的需求类别和生活环境进行分类,再分别对不同类别的患者进行社交技能训练,以进一步明确这两方面的因素对研究结果的影响。

### 【参考文献】

- [1] Conachie H, Parr JR, Glod M, et al. Systematic review of tools to measure outcomes for young children with autism spectrum disorder [J]. *Health Technol Assess*, 2015, 19(41):1-506.
- [2] Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, et al. Individual placement and support in Sweden—a randomized controlled trial[J]. *Nord J Psychiatry*, 2015, 69(1):57-66.
- [3] Dean M, Weston AR, Osborn DP, et al. Activity groups for people with schizophrenia: a randomized controlled trial[J]. *J Ment Health*, 2014, 23(4):171-175.
- [4] Melink T, Soares BG, Puga ME, et al. Efficacy and safety of atypical antipsychotic drugs (quetipine, risperidone, aripiprazole and paliperidone) compared with placebo or typical antipsychotic drugs for treating refractory schizophrenia: overview of systematic reviews [J]. *Sao Paulo Med J*, 2010, 128(3):141-166.
- [5] 蒋永红,陈建玲,钟华,等. 社交技能训练对残留期精神分裂症患者生活质量的影响[J]. *中国现代医生*, 2013, 5(18):148-150.
- [6] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 第 3 版. 济南:山东科学技术出版社, 2001, 77-78.
- [7] 陶庆兰,邓红,张树森,等. 精神分裂症患者的社交技能训练小组活动方案[J]. *中国组织工程研究与临床康复*, 2007, 11(30):5958-5961.
- [8] 张明园. 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, 163-168.
- [9] 何燕玲,张明园. 阳性与阴性症状量表的中国常模和因子分析[J]. *中国临床心理学杂志*, 2000, 8(2):65-69.
- [10] Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, et al. The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia[J]. *Qual Life Res*, 2011, 20(7):1079-1089.
- [11] Wölwer W, Lowe A, Frommann N. Training of social-cognitive functions——new approaches towards the avoidance of psychosocial disabilities in schizophrenia[J]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2014, 82(4):203-209.
- [12] Celis-Rodriguez E, Birchenall C, de la Cal MA, et al. Clinical practice guidelines for evidence-based management of sedoanalgesia in critically ill adult patients[J]. *Med Intensiva*, 2013, 37(8): 519-574.
- [13] Valencia M, Fresan A, Juárez F, et al. The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia[J]. *J Psychiatr Res*, 2013, 47(12):1886-1892.
- [14] Omish CE, Burrows EL, Hannan AJ. Identifying novel interventional strategies for psychiatric disorders: integrating genomics, 'enviromics' and gene-environment interactions in valid preclinical models[J]. *Br J Pharmacol*, 2014, 171(20):4719-4728.
- [15] Santosh S, Roy DD, Kundu PS. Cognitive self-regulation, social functioning and psychopathology in schizophrenia[J]. *Ind Psychiatry J*, 2015, 24(2):129-134.
- [16] Kern RS, Glynn SM, Horan WP, et al. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia[J]. *Schizophr Bull*, 2009, 35(2):347-361.
- [17] 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.
- [18] Kurtz MM, Mueser KT, Thime WR, et al. Social skills training and computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia [J]. *Schizophr Res*, 2015, 162(1-3):35-41.