

社会独立技能训练在老年精神康复领域中的远景展望

项玉涛 侯也之 翁永振

[关键词] 技能训练; 老年; 精神分裂症

中图分类号: R 749. 05; R 493 文献标识码: A 文章编号: 1006-9771(2003)06-0370-03

精神分裂症是目前最常见的重型精神病, 病因未明, 病程迁延, 进展缓慢, 多起病于青壮年^[1], 复发率及病残率均较高。20 世纪 50 年代氯丙嗪的问世, 给精神分裂症的治疗带来新的转机。此后半个世纪以来, 各类抗精神分裂症药层出不穷, 在精神分裂症急性期治疗方面发挥了巨大作用。

随着社会经济与医疗卫生事业的发展, 青年或成年早期起病的精神分裂症患者生活至老年的越来越多, 而老年期精神分裂症患者与青、壮年患者有着截然不同的特点。首先, 认知功能常随着年龄增长而逐渐减退^[2,3]。有资料显示, 精神分裂症的认知功能损害会随着病程的迁延而逐渐加重, 尤以患者的决策、信息处理加工、言语记忆表达、注意力、运动协调能力等方面为

著^[2]; 而年龄、病程、阴性症状及诊断亚型对精神分裂症的认知损害有明显影响, 尤其是年龄 60 岁以上、病程超过 10 年、阴性症状重及诊断为非偏执型的患者更容易出现认知功能缺损, 严重损害老年精神病患者的日常生活自理能力和社会功能, 影响他们的生活质量。其次, 老年期精神分裂症患者因受多种因素影响, 尤其是传统抗精神病药造成患者对药物的依从性、耐受性差, 使之在治疗过程中加量困难; 同时, 由于药物的副反应, 使患者在残留的慢性精神症状的基础上, 又叠加了药物所致的认知功能障碍, 出现情感更加平淡、过度镇静等问题。新型抗精神病药物在低剂量时老年患者的耐受性良好^[4], 但当根据临床需要不得不增加剂量时, 也会出现许多副反应而影响患者对药物的依从性, 从而使药物的疗效大打折扣。在一些西方国家, 用于治疗老年期精神分裂症等疾病的费用在政府的卫生支出中所占比例最大^[5]。因此, 探索一种适合老年精神分裂症患者的康复模式, 以增强老年患者的药物依从性, 提高其生活技能, 并且不但能延缓、阻止认知损害的进一步发展, 甚至可使受损的认知恢复, 已成为目前老年精神科工作者的当务之急。

基金项目: 1. 北京重点扶持学科基金资助项目(1999)卫科扶字 10 号; 2. 首都医学发展科研基金资助项目(ZD199816); 3. 首都医学发展科研基金资助项目(首都 TS199801; 特色专业)。

作者单位: 100088 北京市, 首都医科大学附属北京安定医院。作者简介: 项玉涛(1974-), 男, 北京市人, 硕士, 住院医师, 主要研究方向: 精神康复。

令人欣慰的是,目前有关精神分裂症心理社会干预方面的研究日益受到人们的重视,一些干预手段如家庭干预、技能训练、个案管理、个体化训练等,经实验证实,效果良好^[6]。其中,社会独立技能训练尤其引人注目。这种干预手段具有适用范围广、对训练者要求不高、易于推广^[6],易被老年精神分裂症患者所接受。

社会技能训练是近 20 年来逐渐发展起来的主要用于慢性精神分裂症的康复手段。社区中的精神分裂症患者通常会面临如下问题:人际关系处理困难、长期待业、生活质量下降等,社会技能训练正是针对这些患者在回归社会过程中所遇到的问题而设计的^[7]。社会技能训练的基本策略与人类的学习原理相同,都是通过校正错误假设和消极动机来建立正性期待,以此逐步改善患者的社会功能缺损,同时达到减少病情波动的目的^[8]。

1 社会技能训练分类

Bellack 等将社会技能训练分为 3 类:基本模式、解决现实问题模式和改善认知功能模式^[6]。

1.1 基本模式 此模式的基本原理是,把现实生活中复杂的问题分解为若干个细小、简单的部分(即分解靶行为),然后通过反复讲解、演示等手段,帮助患者逐一解决,最后帮助患者恢复解决复杂问题的能力,并鼓励其解决现实生活中的具体问题。此模式已多次被证实能有针对性地改善精神分裂症患者的生活技能^[6]。

1.2 解决现实问题模式 此模式的设计者认为,精神分裂症患者摄取信息能力的损伤,是造成其社会功能下降的重要原因。故该模式的学习过程是根据精神分裂症患者的认知特点设计的,如运用多种媒介、视觉、听觉等输入通路,代偿其注意和记忆困难,在每一次的训练过程中,使用各种方法帮助精神分裂症患者加强学习效果。此训练模式又分为不同的部分,包括药物自我处置程式、症状处置程式、娱乐消遣程式、基本交谈技巧程式、服饰和个人卫生程式、重返社区程式等^[8],每一种程式都包括一本训练者手册、一本患者手册和一盘录像带,推广起来十分方便。

Liberman 等曾对解决现实问题模式和职业康复训练进行了对照试验,让两组精神分裂症患者同时接受同等强度的心理社会干预,干预期同为 6 个月,随访期 2 年,结果解决现实问题模式组患者的社会独立生活技能明显优于职业康复组^[9]。20 世纪 80 年代以来,Liberman 等已将此训练模式系列化,而且,此训练模式在美国部分社区已获成功^[6]。

1.3 改善认知功能模式 此模式的基本思想是,如果潜在的或已经存在的认知功能损伤得到纠正,精神分裂症患者就可以更好地学习、掌握传统的技能训练,并

能在现实生活中更好地应用所学到的技能。此模式是从改善患者的基本认知功能(如注意力、计划性等)入手,循序渐进,使受损的社会功能逐步得到恢复。

近年来,Spaulding 等进行了一项对照试验,入组患者均为社会功能严重受损、因不能在社区中正常生活而不得不长期住院的精神分裂症患者,试验组接受改善认知功能模式和解决现实问题模式训练,对照组接受一般支持性治疗和解决现实问题训练,两组患者的训练强度相同(均为每周训练 3h,共训练 6 个月),结果试验组在技能获得和社会功能恢复方面明显优于对照组^[10]。因此,对那些病情较重、社会功能严重受损、不能很好地在社区中生活的患者,同时接受改善认知功能训练和解决现实问题训练,往往效果较好。

2 社会技能训练的具体步骤(以解决现实问题模式为例)^[11]

2.1 内容简介 简单介绍所要讲授的技能以及学会之后可能获得的益处。训练者通过询问一些平时生活中经常遇到的问题了解患者对所学资料的理解程度。如果患者回答的不理想,训练者要运用标准的方法如鼓励、指导、阳性强化等予以指正。若能准确完成这一部分内容,将会使患者对下面的学习产生动力。

2.2 播放录像、提问 通过放录像的形式播放一系列所要学习的技能。训练者要多次暂停播放录像,并询问患者一些事先准备好的、与录像内容有关的问题,以鼓励患者的参与并评估他们的理解能力。对错误的或不全面的回答,同样可以采用上述方法进行纠正。

2.3 角色扮演练习 给患者提供机会让他们练习那些刚刚从录像中学到的技能,以及有效地应用交流技巧。要注意鼓励所有患者反复进行角色扮演练习,直至他们真正将录像中所看到的技能和信息学到手。此外,还可应用塑型和示范技能手段,必要时选择具体内容进行重播。对正确的表演要及时给予鼓励。

2.4 选择必备资源 这一步骤是为患者在现实生活中应用所学技能做准备,仍然是通过提问的方式,教会患者在生活中如何获取应用学到的技能时须具备的资源。

2.5 新出现的问题 患者在试图应用所学技能时可能会出现新问题,因此,一定要学会技能训练程式中解决意外情况的应急步骤,以便处置意外情况。

2.6 实际联系 就是让患者在训练环境以外的场所中练习新学到的技能。训练者可以和患者同去,以便给患者以精神支持、鼓励和反馈。

2.7 家庭作业 患者在没有任何训练者支持的情况下,并在一种“真实的生活环境”中应用学到的技能。每一学习步骤都是以过去所学到的知识为基础,并将老年期精神分裂症的认知特点考虑在内。如运用多种媒介帮

助及视觉、听觉输入通路,在一个程式中通过重复不同的方法帮助老年精神残疾患者代偿其注意和记忆困难。

3 社会技能训练的有效性

至今,各国学者对社会独立技能训练进行了深入、系统的研究,成果颇丰。Thomas 等运用“重返社区技能训练”对 84 名慢性精神分裂症患者进行系统化训练后发现,患者的阳性症状、阴性症状以及生活技能均有明显改善^[12]。在国内,徐志达等进行了类似研究,72 名精神分裂症患者被随机分为技能训练组和对照组,对照组接受同等强度的心理治疗,两组患者在接受不同的干预后,均进行了 6 个月的随访,结果显示,技能训练组患者在接受技能训练后,其阳性症状、阴性症状及社会功能的改善明显优于对照组,其中尤以阴性症状的改善为著^[8]。这对病情反复发作、大多已呈慢性化并逐渐走向衰退的老年精神分裂症患者而言,无疑显得更有意义。

向应强等将 133 例精神分裂症患者随机分为每月 3 次的技能训练组和相同频率的支持性集体心理治疗组,共训练 20 周,并接受为期 1 年的随访,结果训练组患者对药物的依从性明显优于对照组,随访 1 年后训练组患者的病情复发率、再住院率亦明显低于对照组^[13]。这一结果显示,技能训练对于众多身边无子女照顾、缺乏家庭支持的老年精神分裂症患者显得尤为重要。目前,针对精神分裂症患者的各种社会心理干预日益受到人们的重视,药物治疗与康复相结合已日渐成为治疗精神分裂症的主流^[1,14]。近 20 年来,社会独立技能训练以其效果显著、对训练者要求不高、易于推广等特点吸引了众多精神科工作者的注意^[7]。

目前,我国的社区精神康复尚未普及^[14],适用于老年精神病患者的社区康复模式尤为缺乏。技能训练的引入,对我国处于起步阶段的精神病康复事业非常重要;而结合我国具体国情,进一步开发技能训练在老年精神康复领域的潜力,对于广大老年精神病学工作者、老年精神分裂症患者而言,则更具有特殊意义。

[参考文献]

[1] 项玉涛. 促进精神分裂症患者回归社会的心理社会干预[J].

国外医学精神病学分册 2002, 29(1): 31—34.

[2] 左小光, 杨甫德, 吉中孚. 50 岁以上精神分裂症患者的认知特征[J]. 临床精神医学杂志 2001, 11(3): 132—133.

[3] Goldstein G, Allen DN, Van Kammen DP. Individual differences in cognitive decline in schizophrenia[J]. Am J Psychiatry, 1998, 155(8): 1117—1118.

[4] 金弘敏, 冀成君. 利培酮在 50 岁以上老年期精神分裂症的临床应用[J]. 上海精神医学, 1999, 11(2): 98—99.

[5] Smith K, Shah A, Wright K, et al. The prevalence and costs of psychiatric disorders and learning disabilities[J]. Br J Psychiatry, 1995, 166(1): 9—18.

[6] Bustillo JR, Lauricello J, Horan WP, et al. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update[J]. Am J Psychiatry, 2001, 158(2): 163—175.

[7] Robert K, Liberman RP, Kopenowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory[J]. Schizophrenia Bulletin, 2000, 26(1): 21—46.

[8] 徐志达, 翁永振, 侯也之, 等. 药物自我处置模式训练对精神分裂症疗效的随访研究[J]. 中华精神科杂志, 1999, 32(2): 96—99.

[9] Liberman RP, Charles J, Wallace CJ, et al. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia[J]. Am J Psychiatry, 1998, 155: 1087—1091.

[10] Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, et al. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation[J]. Schizophren Bull, 1999, 25(4): 657—676.

[11] 徐志达, 翁永振. 精神分裂症行为治疗的研究进展[J]. 国外医学精神病学分册, 1999, 26(3): 146—150.

[12] Smith TE, Hull JW, MacKain SJ, et al. Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills[J]. Psychiatric Services, 1996, 47(10): 1099—1103.

[13] 向应强, 翁永振, 侯也之, 等. 药物自我处置和症状自我监控技能训练对预防精神分裂症复发的作用初探[J]. 中华精神科杂志, 2001, 34(3): 153—156.

[14] 翁永振, 向应强, 陈学诗, 等. 精神分裂症院内康复措施及其疗效的一年随访[J]. 中华精神科杂志, 2002, 35(1): 32—35.

(收稿日期: 2002-11-26)