

DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2013.09.003

·专题·

## 社区综合康复对精神分裂症总体疗效的影响

杨雀屏<sup>1a</sup>, 张国富<sup>1b</sup>, 李达<sup>1b</sup>, 包绍华<sup>1a</sup>, 张恒<sup>1a</sup>, 许林峰<sup>1a</sup>, 张紫娟<sup>1a</sup>, 王妙妙<sup>1a</sup>, 周玉英<sup>1a</sup>

**[摘要]** **目的** 探讨社区综合康复对精神分裂症患者总体疗效的影响。**方法** 4个社区中精神分裂症患者100例分为干预组(n=50)和对照组(n=50)。干预组行社区综合康复干预治疗6个月。所有患者随访1年。两组治疗前后采用阳性和阴性症状量表(PANSS)、个人和社会功能量表(PSP)、生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)进行评定。**结果** 两组完成研究的有效人数为干预组48例, 对照组44例。干预组阴性症状分及一般精神病理学明显低于对照组( $P<0.01$ ); 干预组PSP评分明显高于对照组( $P<0.01$ ); 干预组GQOLI-74总分、躯体功能维度、心理健康维度及社会功能维度均高于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 社区综合康复能够控制精神分裂症患者精神症状, 提高其社会功能和生活质量。

**[关键词]** 精神分裂症; 社区康复; 精神症状; 社会功能; 生活质量

**Effects of Community-based Rehabilitation on Schizophrenia** YANG Que-ping, ZHANG Guo-fu, LI Da, et al. Wuxi Mental Health Center of Nanjing Medical University, Wuxi 214151, Jiangsu, China

**Abstract: Objective** To explore the effects of the community-based rehabilitation on schizophrenia. **Methods** 100 patients with schizophrenia from 4 communities were assigned to intervention group (n=50) and control group (n=50). The intervention group accepted comprehensive intervention for 6 months. All the patients were followed up for 12 months, and assessed with the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS), Personal and Social Function Scale (PSP), the General Quality of Life Inventory (GQOLI-74). **Results** 48 cases of the intervention group and 44 of the control group finished the study. The scores of negative symptoms and general spirit pathology were less in the intervention group than in the control group ( $P<0.01$ ). The score of PSP was more in the intervention group than in the control group ( $P<0.01$ ), as well as the total score and score of dimensions of physical function, mental health and social function ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Community-based rehabilitation can control the mental symptoms, and improve the social function and the quality of life of patients with schizophrenia.

**Key words:** schizophrenia; community-based rehabilitation; mental symptoms; social function; quality of life

**[中图分类号]** R749.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-9771(2013)09-0809-04

**[本文著录格式]** 杨雀屏, 张国富, 李达, 等. 社区综合康复对精神分裂症总体疗效的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(9): 809-812.

目前精神分裂症仍是主要致残疾病, 需要整合治疗<sup>[1]</sup>。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、支持性就业以及对双重诊断患者的整体规划<sup>[2]</sup>。据美国的调查显示, 精神分裂症住院者不超过30%, 绝大多数在社区长期生活; 住院治疗患者一旦病情控制或缓解, 至少70%~80%的时间回到社区。社区治疗和功能康复是精神分裂症患者整个康复治疗过程的重中之重。国外研究表明, 社区干预可以在更自由的环境中和更少代价下, 减轻患者症状, 减少复发和痛苦, 提高生活质量, 增强社会功能<sup>[3]</sup>。本院借助国家重性精神病管理的社区精神病防治网络, 由社会防治科专职医生及护士联合社区精防医生于2011年11月起对社区精神分

裂症患者实施社区综合康复, 并进行1年随访。

### 1 对象与方法

#### 1.1 对象

本研究对象均来自国家重性精神病管理无锡市社区精神病防治网络管理的精神分裂症患者, 以随机方式选择4个社区, 每个社区以抛硬币法选择一组患者为综合康复干预治疗组, 另一组患者为对照组。对照组只作常规随访及健康宣教。

入组标准: ①符合中国精神障碍分类与诊断标准第3版(CCMD-3)精神分裂症诊断标准; ②生活在社区中, 接受并同意进行重性精神病治疗管理; ③年龄20~50岁; ④有照料者共同生活, 同意签署协议书。

排除标准: ①衰退期精神分裂症; ②并发精神发

作者单位: 1.无锡市精神卫生中心, a.社会防治科; b.精神康复科, 江苏无锡市 214151。作者简介: 杨雀屏(1973-), 女, 汉族, 江苏无锡市人, 副主任医师, 主要研究方向: 精神疾病治疗、康复与社区防治。通讯作者: 李达。

育迟滞；③伴痴呆或其他严重器质性疾病；④文盲。

100 例患者符合入组标准并参加试验，因失访或缺课过多脱落 8 例，实际完成 92 例。脱落病例不纳入统计分析。实际纳入干预组 48 例，对照组 44 例。所服抗精神病药以氯丙嗪 100 mg 为等效价折算。两组间在性别、年龄、婚姻状况、受教育年限、抗精神病药物剂量、经济状况及工作情况情况方面无显著性差异 ( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1 两组一般情况比较

| 特征        | 干预组<br>(n=48) | 对照组<br>(n=44) | $\chi^2/t$ | P     |
|-----------|---------------|---------------|------------|-------|
| 性别(n)     |               |               | 0.027      | >0.05 |
| 男         | 27            | 24            |            |       |
| 女         | 21            | 20            |            |       |
| 婚姻状况(n)   |               |               | 0.20       | >0.05 |
| 无配偶       | 34            | 33            |            |       |
| 有配偶       | 14            | 11            |            |       |
| 工作情况(n)   |               |               | 0.66       | >0.05 |
| 在工作       | 5             | 7             |            |       |
| 未工作(含病假)  | 43            | 37            |            |       |
| 受教育程度(年)  | 12.8±3.4      | 13.8±4.9      | 1.15       | >0.05 |
| 年龄(岁)     | 45.3±7.2      | 47.6±6.5      | 1.60       | >0.05 |
| 经济收入(元/月) | 670.7±210.4   | 720.1±280.7   | 0.96       | >0.05 |
| 氯丙嗪等量(mg) | 320.8±145.3   | 312.4±130.5   | 0.29       | >0.05 |

1.2 工具

在原有社区重性精神病管理患者健康档案的基础上进一步完善相关资料，并自制调查问卷，内容包括人口学资料、精神症状、社会功能、生活质量等四个方面。精神症状评估采用阳性与阴性症状量表(Positive and Negative Symptoms Scale, PANSS)评定<sup>[4]</sup>。社会功能评估采用个人和社会功能量表(Personal and Social Function Scale, PSP)<sup>[5]</sup>，该量表是在功能大体评定量表及社会和职业功能量表基础上开发的一个专门评估精神分裂症患者社会功能的量表。生活质量评估使用生活质量综合评定问卷(General Quality of Life Inventory, GQOLI-74)<sup>[6-7]</sup>，由李凌江等编制，内容包括躯体功能、心理功能、社会功能和物质生活 4 个维度，20 个因子，共 74 个条目，按公式换算成 0~100 分，评分越高，生活质量越好。

1.3 方法

两组均维持原定抗精神病药治疗，由专职精神科医生根据其病情对药物进行调整。对干预组患者和家属讲明训练的目的、意义与方法，要求患者和家属共

同参加学习。

每社区医院派 1 名精神科主治医师负责康复治疗全过程，并根据社区精神分裂症人数配备若干名精神科医生和护士，联合社区卫生服务中心的精防医生一起开展社区综合康复干预治疗。课前采取集体统一备课方式进行规范化培训。于入组前以及每半年进行相应量表的评定。评定前进行一致性测验，要求 Kappa 值 $\geq 0.80$ 。负责康复的医师不参与评估工作，评估者不参加康复工作。

在社区卫生服务中心设立康复治疗站。每 2 周上课 1 次，每次 90 min。采用集中性训练方式，为期 6 个月，春节前后暂停 1 个月。

由 1 名精神科医师和 1 名主管护师和社区精防医生一起负责训练(授课)。干预组对每位患者发放“同舟共济联系卡”，卡上有专职精神科医生、护士、社区精防医生、社区民警、居委会主任的姓名、联系方式及职能(能帮助解决的问题种类)，以及同一研究组其他患者的姓名及联系方式(事先征得患者家属同意)。训练时采用看录像、角色扮演、正性反馈和布置课外作业等方法，以互动形式进行；每节课结束时及时进行点评和鼓励，评选课堂之星若干名，在康复表现榜上粘贴小红星及“集点奖励卡”，集满相应点数可兑换不同等次的日常用品作为奖励。每一训练主题结束，都会评选表现优秀的康复明星为组长，与工作人员一起制定每月的社区康复联谊会活动方案。

6 个月训练结束后继续进行每 2 周 1 次的工娱锻炼及每 2 个月 1 次的社区康复联谊会，并行干预性指导。

对照组仅接受重性精神病管理实施的社区精防医生每季度 1 次随访服务及半年 1 次的社区心理咨询及健康讲座，利用随访进行患者精神症状、社会功能及生活质量评定。

干预治疗期内未参加集体培训次数 $>50\%$ 者为脱落病例。

社区综合康复干预训练内容参照《精神分裂症住院康复管理手册》<sup>[8]</sup>改编，主要包括集体家庭治疗、日常生活功能训练、基本社交功能训练；训练结束后定期开展的工娱锻炼、社区康复联谊会。

集体家庭治疗(第 1 个月)：向患者及家属通俗讲解有关精神分裂症的基本知识，常见副反应的处理；与患者及家属讨论如何应对遇到的有关心理社会问题，并加以具体指导；布置作业，鼓励患者从事适当的家务劳动，参加一定的社会活动。以上均由家属督

促完成并记录, 医护人员定期检查。

日常生活功能训练(第 2、3 个月): 自我管理教育及药物自我处置技能训练, 包括掌握抗精神病药物作用的有关知识、学会正确管理和使用自己所服用的药物、学会识别和处理药物的副作用、学习与医务人员商讨与药物作用有关的问题; 症状自我监控技能训练, 包括识别自己病情复发的先兆症状、学会监控自己病情复发的先兆症状、学会处置持续症状的常用技能。

基本社交能力训练(第 5、6 个月): 学会自我照料自觉服药, 对家人或朋友没有无理要求, 主动与家属和基层精防人员接触并得到他们的帮助和支持; 在家属的支持帮助下, 逐步学会参与家务劳动(如购物、做饭等)和社会活动(如走亲访友等); 在社区康复活动点中进行场景模拟及角色扮演训练, 模拟生活中的一些场景, 如购物、走亲访友、打电话、上公共汽车等, 让患者作为其中一员进行相应的训练, 不断强化学习; 工娱锻炼, 在社区康复活动站参加音乐治疗和书法、绘画习作、体操运动等; 开展康复联谊活动及家属座谈会活动, 分享康复经验; 开展集体讨论, 让患者自己讲解康复心得, 表现良好者给与一定奖励。

每一学习步骤都以过去所学到的知识为基础, 循序渐进, 并将精神分裂症患者的认知特点考虑在内, 在训练中以不同方法帮助患者克服认知功能障碍。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 17.0 软件进行统计学分析, 计数资料用 $\chi^2$ 检验, 计量资料组间比较用  $t$  检验, 组内比较采用单因素方差分析(LSD 法)。

2 结果

入组时两组 PANSS 总分、阳性症状因子分、阴性症状因子分、一般精神病理分均无显著性差异( $P>0.05$ ); 治疗后 6 个月及 1 年时, 干预组阴性症状因子分、一般精神病理分明显低于对照组( $P<0.01$ ), 1 年时 PANSS 总分明显低于对照组( $P<0.01$ ); 阳性症状因子分两组间无显著性差异( $P>0.05$ )。见表 2~表 5。

表 2 两组治疗前后 PANSS 总分比较

| 组别  | n  | 入组时      | 6 个月     | 1 年      | F    | P     |
|-----|----|----------|----------|----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 63.4±8.4 | 55.9±7.7 | 53.5±6.5 | 8.71 | <0.01 |
| 对照组 | 44 | 62.7±7.5 | 58.7±7.2 | 60.3±6.8 | 1.76 | >0.05 |
| t   |    | 0.42     | 1.80     | 4.90     |      |       |
| P   |    | >0.05    | >0.05    | <0.01    |      |       |

入组时两组 PSP 评分无显著性差异( $P>0.05$ ); 治疗后 6 个月及 1 年时, 干预组 PSP 评分高于对照组( $P<$

0.05)。见表 6。

表 3 两组治疗前后 PANSS 阳性症状分比较

| 组别  | n  | 入组时      | 6 个月     | 1 年      | F    | P     |
|-----|----|----------|----------|----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 14.5±4.7 | 11.7±5.3 | 11.4±4.8 | 2.76 | >0.05 |
| 对照组 | 44 | 14.1±4.2 | 12.1±4.4 | 12.2±4.6 | 1.92 | >0.05 |
| t   |    | 0.43     | 0.39     | 0.81     |      |       |
| P   |    | >0.05    | >0.05    | >0.05    |      |       |

表 4 两组治疗前后 PANSS 阴性症状分比较

| 组别  | n  | 入组时      | 6 个月     | 1 年      | F    | P     |
|-----|----|----------|----------|----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 19.3±4.6 | 15.1±5.3 | 12.7±5.1 | 7.22 | <0.01 |
| 对照组 | 44 | 20.7±5.8 | 19.2±6.1 | 20.1±7.2 | 0.74 | >0.05 |
| t   |    | 1.29     | 3.45     | 5.70     |      |       |
| P   |    | >0.05    | <0.01    | <0.01    |      |       |

表 5 两组治疗前后 PANSS 一般精神病理分比较

| 组别  | n  | 入组时      | 6 个月     | 1 年      | F    | P     |
|-----|----|----------|----------|----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 30.7±5.8 | 26.3±5.4 | 25.1±4.8 | 6.98 | <0.01 |
| 对照组 | 44 | 31.2±6.4 | 29.8±5.9 | 29.6±5.4 | 1.12 | >0.05 |
| t   |    | 0.39     | 2.97     | 4.23     |      |       |
| P   |    | >0.05    | <0.01    | <0.01    |      |       |

表 6 两组治疗前后 PSP 评分比较

| 组别  | n  | 入组时      | 6 个月     | 1 年      | F    | P     |
|-----|----|----------|----------|----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 68.6±7.0 | 71.7±6.8 | 75.3±6.4 | 4.72 | <0.05 |
| 对照组 | 44 | 65.9±6.8 | 68.7±5.9 | 67.9±5.6 | 2.41 | >0.05 |
| t   |    | 1.87     | 2.25     | 5.88     |      |       |
| P   |    | >0.05    | <0.05    | <0.01    |      |       |

入组时两组 GQOLI-74 总分及各因子分均无显著性差异( $P>0.05$ )。6 个月及 12 个月后, 干预组 GQOLI-74 总分、躯体功能维度、心理健康维度及社会功能维度均提高( $P<0.05$ ), 并高于对照组( $P<0.05$ )。对照组随访期间 GQOLI-74 总分及各维度分均无显著性差异( $P>0.05$ )。见表 7~表 11。

表 7 两组治疗前后 GQOLI-74 总分比较

| 组别  | n  | 入组时      | 6 个月     | 1 年      | F    | P     |
|-----|----|----------|----------|----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 43.7±3.1 | 47.5±3.3 | 46.1±4.0 | 4.19 | <0.05 |
| 对照组 | 44 | 42.6±5.4 | 43.1±5.3 | 42.9±4.2 | 1.43 | >0.05 |
| t   |    | 1.21     | 4.80     | 3.74     |      |       |
| P   |    | >0.05    | <0.01    | <0.01    |      |       |

表 8 两组治疗前后 GQOLI-74 物质生活维度分比较

| 组别  | n  | 入组时      | 6 个月     | 1 年      | F    | P     |
|-----|----|----------|----------|----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 45.2±6.8 | 44.5±6.2 | 44.9±5.6 | 1.41 | >0.05 |
| 对照组 | 44 | 46.3±5.4 | 45.5±5.1 | 44.8±4.8 | 1.82 | >0.05 |
| t   |    | 0.85     | 0.84     | 0.09     |      |       |
| P   |    | >0.05    | >0.05    | >0.05    |      |       |

表 9 两组治疗前后 GQOLI-74 躯体健康维度分比较

| 组别  | n  | 入组时      | 6 个月     | 1 年      | F    | P     |
|-----|----|----------|----------|----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 41.5±6.2 | 44.2±6.5 | 44.5±5.9 | 4.06 | <0.05 |
| 对照组 | 44 | 41.8±5.1 | 40.4±5.3 | 40.8±4.9 | 1.35 | >0.05 |
| t   |    | 0.25     | 0.91     | 3.25     |      |       |
| P   |    | >0.05    | >0.05    | <0.01    |      |       |

表 10 两组治疗前后 GQOLI-74 心理健康维度分比较

| 组别  | n  | 入组时      | 6 个月     | 1 年      | F    | P     |
|-----|----|----------|----------|----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 40.1±4.1 | 44.3±4.4 | 43.8±4.5 | 4.12 | <0.05 |
| 对照组 | 44 | 39.3±3.1 | 40.1±3.2 | 39.6±3.2 | 1.18 | >0.05 |
| t   |    | 1.05     | 5.19     | 5.1      |      |       |
| P   |    | >0.05    | <0.01    | <0.01    |      |       |

表 11 两组治疗前后 GQOLI-74 社会功能维度分比较

| 组别  | n  | 入组时       | 6 个月      | 1 年       | F    | P     |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|------|-------|
| 干预组 | 48 | 40.1± 4.2 | 43.8± 4.5 | 42.3± 4.1 | 3.97 | <0.05 |
| 对照组 | 44 | 39.7± 3.1 | 40.3± 3.3 | 39.6± 3.5 | 0.98 | >0.05 |
| t   |    | 0.52      | 4.22      | 3.38      |      |       |
| P   |    | >0.05     | <0.01     | <0.01     |      |       |

3 讨论

精神分裂症是一种易复发、易致残的慢性迁延性疾病，预后较差，严重影响患者的社会功能，明显降低患者的生活质量<sup>[9]</sup>。降低复发率，提高患者生活质量及社会功能，是生物-心理-社会医学模式主导下，精神卫生工作者追求的目标。

本研究显示，持续抗精神病药物治疗及重性精神病管理项目，能有效控制和改善精神症状，且社会功能也能随着精神症状的改善而有所提高，但作用有限。另外，药物治疗对残留的阴性症状疗效甚微<sup>[10]</sup>，生活质量也无明显提高。

社区综合康复干预治疗包括集体家庭治疗、日常生活功能训练、基本社交功能训练。

集体家庭治疗中，家属整个过程共同学习及陪伴，有利于家属认识疾病，理解与支持患者，进一步增加彼此间情感上的交流与沟通；且多个家庭参与的心理干预比单个家庭更为有效<sup>[11]</sup>。

我们采用互动形式来进行生活功能及社交功能训练，使患者在与医护人员及组内成员的人际交互作用下，通过观察、学习、体验，重新认识调整自我，改善与他人的关系<sup>[12]</sup>。患者之间互相交流对疾病的认识，及时分享其他病友成功经验，增强了患者的自信心及自尊；患者共同探讨现实日常生活中遇到的困难，互相提供支持与理解，提高了生活质量。在医护人员的鼓励引导下，通过模仿及角色扮演，学会处理各种社会问题，重建社会行为，改善了社会功能。

我们注意到，干预组随访期间，社会功能及生活质量改善更明显，提示综合干预康复训练的效果至少能延续至训练结束后半年。这可能与本研究在规范化训练结束后，继续在社区康复站工娱锻炼及社区康复联谊会活动，复习强化学习过的内容有关。干预组患者还可以通过“同舟共济联系卡”与医务人员保持沟通和联系，遇到问题时能及时得到疏导及帮助，降低了疾病复发的可能。

受疾病影响，精神分裂症患者康复积极性不高，影响训练效果。本研究设立奖励机制，及时进行正性强化，巩固其适应性行为，调动患者的积极性；患者通过自己的努力获得一定回报，赢得他人认可，更增强了自信<sup>[13]</sup>。

综合康复干预对物质生活维度改善不明显，原因是物质生活与经济收入及工作等有密切关系，基本的社交技能训练并不能真正使患者获得竞争性工作，并改善物质生活条件。这提示我们今后对恢复期的精神分裂症患者可以进一步做与职业相关的社交技能训练(W SST)，帮助其获得竞争性工作，从而更好的改善物质生活，提高生活质量<sup>[14]</sup>。

【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] 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.

[3] 梁春莲. 美国精神疾病的社区治疗[J]. 临床精神医学杂志, 1998, 8 (1): 50-52.

[4] 何燕玲. 阳性与阴性症状量表[J]. 中国行为医学科学, 2001, 10(特): 143-148.

[5] Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, et al. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning [J]. Acta Psychiatr Scand, 2000, 101(4): 323-329.

[6] 李凌江,郝伟,杨德森,等. 社区人群生活质量研究:生活质量问卷的编制[J]. 中国心理卫生杂志, 1995, 9(3): 227-231.

[7] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册增订版[J]. 中国心理卫生杂志, 1999(增): 88-100, 109-115.

[8] 姚贵忠,耿彤,王涌. 精神分裂症住院康复管理手册[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 12(增2).

[9] 金鑫. 综合康复治疗对慢性精神分裂症患者社会功能的影响[J]. 中国民康医学, 2013, 25(3): 95-96.

[10] 刘敏东,张玲,谢焱,等. 社区监管和程序化训练对首发精神分裂症康复效果研究[J]. 精神医学杂志, 2012, 25(3): 200-203.

[11] McFarlane WR, Lukens E, Link B, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia [J]. Arch Gen Psychiatry, 1995, 52(8): 679-687.

[12] 杜芳,魏春香,楚平华. 以自我管理为中心团体教育对精神分裂症患者自理、幸福度及自尊的影响[J]. 中国护理管理, 2010, 10(1): 18-21.

[13] 周玉英,吴琴华,王学庆. 精神分裂症患者职业技能训练中使用代币激励法的效果分析[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(10): 952-953.

[14] 李达,杨雀屏,周德祥,等. 竞争性就业状态下的城市男性精神分裂症患者生活质量调查[J]. 临床精神医学杂志, 2011, 21(5): 323-325.

(收稿日期:2013-03-08 修回日期:2013-05-13)