

肇事肇祸精神分裂症患者院内重返社会程式训练及其疗效的一年随访

王桂丽 潘 焱 蔡成华 林祥吉 李新英 杨 会 纪青松 史天涛

【摘要】目的 探讨重返社会程式训练对肇事肇祸精神分裂症患者的疗效。方法 采用随机数字表法,将 90 例康复期肇事肇祸精神分裂症患者分为研究组和对照组各 45 例,研究组接受 12 周的重返社会程式训练,出院后随访一年,并对两组进行阳性和阴性症状量表(PANSS)、外显攻击行为量表(MOAS)、社会功能缺陷评定量表(SDSS)评定。结果 研究组有 43 名完成随访,对照组有 44 名完成随访。①与入组时比较,住院期间研究组 PANSS 减分除第 2 周末外,其它各时间点(4 周、8 周、12 周末)减分的幅度均大于对照组($P < 0.01$);②出院时与随访第 12 月末评定差值的比较,研究组的 PANSS 总分、MOAS、SDSS 减分值分别为(3.16 ± 2.13)分、(0.42 ± 0.34)分、(4.04 ± 2.13)分,与对照组比较,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01);③研究组的复发率和再住院率均低于对照组,差异有统计学意义(11.6% vs. 25.0% 2.3% vs. 11.4% P 均 < 0.05);④研究组的攻击行为发生率低于对照组,差异有统计学意义(4.7% vs. 15.9% $P < 0.01$)。结论 重返社会程式训练对控制肇事肇祸精神分裂症患者的病情、提高社会功能、降低复发率和再住院率以及减少攻击行为的再次发生具有重要的作用。

【关键词】 精神分裂症; 攻击行为; 程式训练; 康复

中图分类号: R749.3

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2014.06.004

One year follow-up study of rehabilitation effect of the procedural skill training of re-entry into community in troublemaking in hospital schizophrenics:

WANG Gui-li, PAN Ye, CAI Cheng-hua, LIN Xiang-ji, LI Xin-ying, YANG Hui,

JI Qing-song, SHI Tian-tao

Beijing Ankang Hospital, Beijing 101300, China

【Abstract】Objective To explore the rehabilitation effect of the procedural skill training of re-entry into community in trouble-making schizophrenics. **Methods** A total of 90 inpatients with schizophrenia were randomly divided into training group and control

参 考 文 献

[1] Phillips MR, Zhang J, Shi Q, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey [J]. Lancet, 2009, 373(9680): 2041-2053.

[2] 蔡焯基. 谈我国当前精神卫生工作的形势与任务 [J]. 院长论坛, 2008, 5(5): 4-8.

[3] 刘彩萍, 谢斌, 韩慧琴, 等. 上海、昆明两城区居民精神卫生知识知晓与服务需求对比研究 [J]. 上海精神医学, 2008, 20(3): 152-155.

[4] 孙霞, 李献云, 费立鹏. 中国北方两地城乡居民常见精神卫生知识知晓情况现状调查 [J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(10): 729-741.

[5] Kuzman MR, Bosnjak D, Vokal P, et al. Can medical students recognize depression? A survey at the zagreb school of medicine [J]. Acad Psychiatry, 2014, 38(3): 312-315.

[6] Economou M, Richardson C, Gramandani C, et al. Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece [J]. Int J Soc Psychiatry, 2009, 55(4): 361-371.

[7] Kurumatani T, Ukawa K, Kawaguchi Y, et al. Teachers' knowl-

edge, beliefs and attitudes concerning schizophrenia - a cross-cultural approach in Japan and Taiwan [J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2004, 39(5): 402-409.

[8] 李献云, 费立鹏, 牛雅娟, 等. 公众对自杀的态度量表的编制及在社区和大学学生中的应用 [J]. 社会精神病学, 2011, 25(6): 468-475.

[9] 李献云, 费立鹏, 王安文, 等. 中国北方部分地区人群对自杀的态度与知识的定性研究 [J]. 中华流行病学杂志, 2004, 25(4): 296-301.

[10] Christopher JLM, Alan DL. Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary [M]. Havard School of Public Health, 1996.

[11] Munizza C, Argentero P, Coppo A, et al. Publicbeliefs and attitudes towards depression in Italy: a national survey [J]. Plos One, 2013, 8(5): e63806.

[12] Chan KW, Hui LM, Wong HY. Medication adherence, knowledge about psychosis, and insight among patients with a schizophrenia-spectrum disorder [J]. J Nerv Ment Dis, 2014, 202(1): 25-29.

[13] 郝伟. 酒精相关障碍的诊断与治疗指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 6-10.

(收稿日期: 2014-10-14)

group, 45 cases respectively. This procedural skill training was carried out only in training group for 12 weeks. Then, all of them were followed up for 12 months. Positive and Negative Symptom Scale (PANSS), Modified Overt Aggression Scale (MOAS) and Social Disability Screening Schedule (SDSS) were adopted. **Results** Eighty-seven subjects completed the 1-year follow-up. According to the reduction score of PANSS, the study group demonstrated better improvement at the 4th, 8th, 12th week ($P < 0.01$). The training group was demonstrated significantly better improvement in total score in PANSS (3.16 ± 2.13), MOAS (0.42 ± 0.34) and SDSS (4.04 ± 2.13) scores at the ends of 12th month after training (all $P < 0.01$). The rates of relapse and rehospitalization were significantly lower (11.6% vs. 25.0%, 2.3% vs. 11.4%, $P < 0.05$), and the rate of the recurrence of aggressive behavior was also lower than the control group (4.7% vs. 15.9%, $P < 0.01$). **Conclusion** The community re-entry program is helpful in relieving symptoms, improving social function, reducing the rates of relapse, rehospitalization and recurrence of aggressive behavior of the troublemaking schizophrenics.

【Key words】 Schizophrenia; Aggressive behavior; Procedural skill training; Rehabilitation

肇事肇祸精神分裂症患者作为危害社会的重点人群, 他们的攻击行为不仅给家庭带来沉重负担, 而且给社会带来巨大的不稳定, 已成为突出的公共卫生问题和社会问题。该人群出院后存在服药依从性较差、家庭社会支持差等情况, 病情容易波动, 甚至再次发生攻击行为, 从而给社会带来更大的危害, 如何更有效地控制这类病人出院后疾病反复, 防止肇事肇祸行为的再次发生迫在眉睫。国内外一些研究显示^[1-4] 技能训练是院内和社区康复的一种有效手段, 能够有效预防疾病的复发及恢复社会功能, 但尚缺乏技能训练对肇事肇祸精神病人疗效尤其是出院后再次发生攻击行为影响的随访研究。基于此, 本研究在这方面进行探讨。

1 对象和方法

1.1 对象 系 2009 年 7 月 - 2012 年 7 月在北京市安康医院住院治疗且病情稳定处于康复期的肇事肇祸精神分裂症患者。入组标准: ①符合《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10) 精神分裂症诊断标准; ②阳性和阴性症状量表 (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) 评分 ≤ 60 分; ③年龄 18 ~ 60 岁; ④初中以上受教育程度。排除标准: ①伴有严重躯体疾病或物质滥用者; ②因合并智能障碍等原因无法完成程式训练者。符合入组排除标准共 90 例, 采用随机数字表法分为研究组和对照组各 45 例, 其中研究组男性 33 例, 女性 12 例; 平均年龄 (38.0 ± 21.0) 岁; 已婚 19 例, 未婚 19 例, 离异或丧偶 7 例; 高中以下受教育程度 34 例, 高中及其以上 11 例; 平均住院次数 (3.3 ± 2.5) 次; 有精神病阳性家族史 9 例; 肇事肇祸: 杀人致死 3 例, 伤人等刑事案件者 20

例, 治安案件 22 例; 病程 3 ~ 15 年; 入组时服用利培酮 28 例, 平均剂量为 (3.1 ± 2.2) mg/d, 阿立哌唑 10 例, 平均剂量 (17.1 ± 5.3) mg/d, 其他 7 例。对照组: 男性 35 例, 女性 10 例; 平均年龄 (39.0 ± 20.0) 岁; 已婚 21 例, 未婚 18 例, 离异或丧偶 6 例; 高中以下受教育程度 32 例, 高中及其以上 13 例; 平均住院次数 (3.2 ± 2.1) 次; 有精神病阳性家族史 8 例; 肇事肇祸: 杀人致死 5 例, 伤人等刑事案件者 22 例, 治安 18 例; 病程 2 ~ 17 年; 入组时服用利培酮 25 例, 平均剂量为 (3.3 ± 2.1) mg/d, 阿立哌唑 14 例, 平均剂量 (18.2 ± 5.6) mg/d, 其他 6 例。两组性别、年龄、病程、文化程度、阳性家族史、婚姻及住院次数、肇事肇祸情况、服药差异均无统计学意义 (P 均 > 0.05)。

1.2 方法

1.2.1 干预措施和形式 研究组患者随机分为 7 组, 每组由 6 ~ 8 例患者组成。研究组除传统的药物与康复治疗外, 接受 3 个月的重返社会程式训练, 在其出院后继续进行为期 12 个月的随访与相应的干预措施; 技能训练程式选自翁永振主编《精神分裂症的康复操作手册》内容。重返社会程式主要包括: ①初步了解回归社会技能训练的内容及意义; ②初步了解精神残疾的定义及表现; ③了解在训练前所需进行的必要准备; ④药物自我管理技能; ⑤症状自我监控技能; ⑥学会与周围人的正常交往; ⑦学会应付来自生活中的压力; ⑧制定回归社会的具体计划; ⑨学会制定日常活动计划表; ⑩学会和医生保持联系等。训练由 1 名精神科医师和 1 名助手共同完成。采用社会独立技能训练规定的训练步骤, 包括训练前介绍、观看录像并提问、角色扮演、家庭作业和正性反馈等。每次训练 1.5 ~ 2h, 每周 3 次, 共 12 周。患者出院后, 小组工作制成员每个月与患者及其监护人面谈或电话随访 1 次, 指导其治疗和康复并鼓励患者融入社会。对照组在普通病房只接受传

作者单位: 101300 北京市安康医院

统的药物与康复治疗,出院后也只进行随访。

1.2.2 观测指标 由经过统一培训的 2 名精神科主治医师进行各量表的评定,评定的一致性检验的 Kappa 值为 0.8 ~ 0.9 ($P < 0.01$)。于院内干预前、干预后 2 周、4 周、8 周、12 周末和出院后随访第 1、3、6、9 和 12 个月时进行 PANSS、社会功能缺陷筛选量表(Social Disability Screening Schedule,SDSS)、外显攻击行为量表(Modified Overt Aggression Scales,MOAS) 评定,并随时记录患者复发、再住院和再次发生攻击行为等情况。复发标准: PANSS 中的联想散漫(P2)、幻觉行为(P3)、猜疑(P6)、装相和作态(G5)和不寻常思维内容(G9)评分,1 项 ≥ 5 分和/或 2 项 ≥ 4 分,或因精神症状加重必须住院治疗者,或因精神症状出现暴力行为者。再次发生攻击行为标准: 外显量表评分 ≥ 4 分。

1.3 统计方法 采用 SPSS17.0 进行数据分析。脱落者未纳入统计,复发病例以末次观测推进法处理数据,即以入组时与末次观测的差值来反映各观测

指标入组前后的变化。对两组年龄、病程、住院次数等计量资料的比较采用 t 检验,对文化程度、阳性家族史、婚姻等计数资料比较采用 χ^2 检验。对两组观察指标(PANSS、MOAS、SDSS) 某一时点的减分值比较采用独立样本 t 检验,对同组观察指标某一时点与基线的比较采用配对 t 检验,两组间复发率、再住院率及攻击行为发生率比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结 果

2.1 两组治疗前后 PANSS 评分减分值比较 3 例脱落者未纳入统计。研究组和对照组分别有 43 例、44 例完成研究。与入组时比较,住院期间两组 PANSS 评分从住院的第 2 周开始至第 12 周末均降低($P < 0.01$); 与对照组比较,除第 2 周末外,研究组其它各个观察时点减分幅度均大于对照组($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 研究组与对照组治疗前后 PANSS 评分减分值比较($\bar{x} \pm s$,分)

组 别	PANSS 评分减分值					
	基线期	第 2 周末	第 4 周末	第 6 周末	第 8 周末	第 12 周末
研究组($n=43$)	41.35 \pm 13.24	5.69 \pm 2.29	10.23 \pm 4.03	15.59 \pm 7.14	20.46 \pm 8.56	30.25 \pm 10.34
对照组($n=44$)	42.25 \pm 15.83	5.27 \pm 2.91	7.74 \pm 3.15	11.36 \pm 6.09	15.25 \pm 7.76	21.23 \pm 9.46
t	1.361	1.521	8.384	11.035	15.032	13.248
P	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.2 出院时点与随访最后观测时点两组间各观测指标评分差值比较 研究组 PANSS、SDSS、MOAS 随访期末评分降低,而对照组随访期末评分都增加,两组的 PANSS、SDSS 评分减分值在随访一年各时点

差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01),MAOS 减分值在出院后随访第 1 月末差异无统计学意义($P > 0.05$),其它各时点差异均有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2、3、4。

表 2 两组出院时点与随访最后观测时点 PANSS 评分减分值比较($\bar{x} \pm s$,分)

组 别	PANSS 评分减分值					
	基线期	第 2 周末	第 4 周末	第 6 周末	第 8 周末	第 12 周末
研究组($n=43$)	15.35 \pm 10.11	1.32 \pm 1.16	1.56 \pm 1.12	2.01 \pm 1.37	2.67 \pm 1.89	3.16 \pm 2.13
对照组($n=44$)	17.33 \pm 10.93	-0.27 \pm 0.21	-0.58 \pm 0.36	-1.36 \pm 1.09	-2.21 \pm 1.34	-2.83 \pm 1.78
t	0.671	2.311	7.365	8.132	12.135	15.115
P	>0.05	<0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 3 两组出院时点与随访最后观测时点 SDSS 评分减分值比较($\bar{x} \pm s$,分)

组 别	SDSS 评分减分值					
	基线期	第 2 周末	第 4 周末	第 6 周末	第 8 周末	第 12 周末
研究组($n=43$)	8.31 \pm 2.36	1.72 \pm 1.35	2.13 \pm 1.62	2.45 \pm 1.78	3.26 \pm 2.32	4.04 \pm 2.13
对照组($n=44$)	9.13 \pm 2.45	-1.27 \pm 0.91	-1.84 \pm 1.05	-2.35 \pm 1.99	-3.25 \pm 2.12	-3.19 \pm 2.46
t	1.112	2.352	7.253	11.163	15.032	18.248
P	>0.05	<0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 4 两组出院时点与随访最后观测时点 MOAS 评分减分值比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组 别	MOAS 评分减分值					
	基线期	第 2 周末	第 4 周末	第 6 周末	第 8 周末	第 12 周末
研究组($n=43$)	1.23 ± 0.56	0.13 ± 0.10	0.28 ± 0.12	0.32 ± 0.14	0.39 ± 0.13	0.42 ± 0.34
对照组($n=44$)	1.47 ± 0.63	-0.12 ± 0.11	-0.21 ± 0.15	-0.36 ± 0.17	-0.54 ± 0.35	-0.83 ± 0.46
t	1.352	1.421	7.565	12.013	13.037	15.149
P	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.3 两组间复发率、再住院率及攻击行为发生率比较 在 1 年随访中,研究组有 5 例复发(11.6%),对照组有 11 例(25%) 复发,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.256, P < 0.05$)。研究组 1 例再住院(2.3%),对照组再住院 5 例(11.4%),差异有统计学意义($\chi^2 = 3.992, P < 0.05$)。研究组发生攻击行为的 2 例(4.7%),对照组为 7 例(15.9%),差异有统计学意义($\chi^2 = 6.721, P < 0.01$)。

3 讨 论

程式化心理社会干预主要能改善社交能力、家庭职能、学习(或工作)职能、实用性角色功能或其他社会活动能力和各种独立生活技能。所谓程式化(或定式化)即必须具有一定结构与内容的定式操作程序^[5]。本研究显示,程式化训练组在出院前接受 12 周的技能训练程式期间,除第 2 周末外 PANSS 减分幅度均大于对照组($P < 0.05$),表明住院期间接受程式化训练能够在一定程度上减轻精神症状。研究组 PANSS、SDSS 在随访一年末评分降低,而对照组两项指标在随访末都增加,且两组的 PANSS、SDSS 评分减分值在随访一年各时点差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明经过重返社会程式化技能训练和院外指导,患者院外的病情和社会功能较对照组得到改善,而且具有持续性,这与国内学者的研究结果类似^[6-7]。

研究组的复发率和再住院率均低于对照组($P < 0.05$)与国内研究报道相近^[8-9],表明程式化训练和院外指导能有效减少患者的病情复发和再住院。两组 MAOS 减分值在出院后除第 1 月末外其它各时点差异均有统计学意义($P < 0.05$)。研究组随访 12 月末攻击行为发生率也低于对照组,表明程式化技能训练和院外指导能够有效降低攻击行为的发生。出院后随访第 1 月末两组 MAOS 减分值差异无统计学意义($P > 0.05$)分析可能与随访时间偏短治疗效果尚未显现有关。随访 12 月末研究组攻击行为发生率为 4.7%与国外报道的坚持服药的社区精神分裂症患者攻击行为发生率(5.07%)接近^[10]。

综上所述,本研究初步探讨了重返社会程式训

练对肇事肇祸精神分裂症患者的效果,初步表明它对肇事肇祸精神分裂症患者的治疗与康复是一种行之有效的、能缓解病情、提升患者的社会适应能力、降低复发率及攻击行为的发生。但仍存在不足之处,比如非盲法、研究样本还不够大、随访时间偏短以及未对干预后研究组的服药依从性、就业率有提高进行研究等,以致研究结果还存在一定局限性。本研究小组将在目前研究的基础上,克服以上不足,对重返社会程式训练在这类患者中的应用进行更深入的探索。

参 考 文 献

- [1] 王格斐,潘月英,周瑛.生活技能训练对慢性长期住院精神分裂症患者社会功能的影响[J].精神医学杂志,2013,26(3):207-208.
- [2] 程亮.康复训练对慢性精神分裂症患者日常生活能力和社会功能的影响[J].临床心身疾病杂志,2013,19(3):212-213.
- [3] 张伟波,朱益,刘寒,等.家庭教育联合技能训练对社区精神分裂症患者康复的作用及其社会功能影响[J].中国健康心理学杂志,2014,22(2):176-179.
- [4] 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.
- [5] Lak DC, Tsang HW, Kopelowicz A, et al. Outcomes of the Chinese Basic Conversation Skill Module (CBCSM) for people with schizophrenia having mild to moderate symptoms and dysfunction in Hong Kong[J]. Int J Psychiatry Clin Pract, 2010, 14(2):137-144.
- [6] 张伟波,张国芳,沈文龙,等.社会技能训练对社区精神分裂症患者的作用[J].中国健康心理学杂志,2011,19(10):1153-1154.
- [7] 沙蓉,蔡军,朱卫明.《重返社区技能训练程式》对慢性精神分裂症康复效果的分析[J].精神医学杂志,2010,23(5):340-342.
- [8] 陈斌,马辛,向应强,等.《药物、症状和回归社会技能训练程式》精神康复技术对精神分裂症患者康复的作用[J].中国科技成果,2009,10(24):61.
- [9] 张敏,李俊亚.程式化训练在治疗慢性精神分裂症中的作用[J].中国基层医药,2012,19(21):3228-3229.
- [10] Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors[J]. Acta Psychiatr Scand, 2009, 119(3):218-225.

(收稿日期:2014-07-27)