

·综述·

## 社会独立技能训练程式在精神康复中的应用和效果评价\*

刘寒<sup>1</sup> 蔡军<sup>1,2</sup>

精神康复在传统理念中仍然停留在药物治疗控制为主的阶段,实际上多数精神疾病患者在临床症状缓解的同时,仍然存在社交及认知缺陷,影响生存质量。本文通过介绍国外社区康复的一种方法——社会独立技能训练,为开展相关治疗和研究提供参考。

### 1 社会独立技能训练程式原理<sup>[1]</sup>

精神康复的目标在于,帮助患者生活在最少限制的场所内、获得较高的生存质量、达到个体主观期望较高的功能水平,同时尽可能免于精神症状的困扰。

有研究显示,大约50%的精神疾病患者持续表现社交技能缺陷,表现为:不会主动发起谈话,难以表达自身情感,解决现实问题能力差等。社交技能模式理论把社交技能总结为:接受技能,处理技能,表达技能。接受技能是准确判读社交信息能力,包括对表情、声调、姿势和谈话内容、上下文关系的察觉判断;处理技能包括对社交信息的分析,对当前和历史信息(包括对方以前的社交行为和总结的社交经验)的整合;表达技能是合理的语言表述,恰当的姿势、表情、动作等。精神疾病患者缺乏流畅对配合使用以上三方面技能的能力,他们在建立和维护社会关系,以及独立生活和就业方面受到影响,并严重影响了他们的生存质量和社交功能<sup>[2]</sup>。社会技能训练程式则是帮助患者恢复这些功能。这种模式的技能训练基于社会学习理论,采用的是行为治疗的方法,训练的内容都是围绕着康复者在生活中可能遇到的实际问题进行的,该方法通过循序渐进的方法,提高康复者言语表达、人际沟通等社交技能。具体训练步骤:①由康复师指导康复者怎样使用某一种技能;②康复者之间在假定情景中进行角色扮演;③由康复师给予反馈,鼓励和指导康复者改进;④课程结束后要完成一定的课后作业。通过反复强化,使康复者掌握这项社交技能。

“社会独立技能训练程式”包括7个模块,即:药物自我管理、症状自控、药物滥用管理、娱乐和休闲、基本交谈、职场基础、回归社会。每一模块在主要领域的社会功能又有若干教学技巧。例如,“职场基础”模块要求教学9个技能,即:①

知道工作如何改变你的生活;②知道你的工作场所;③知道你的职场压力;④解决各种问题;⑤解决职场的健康和药物滥用问题;⑥解决职场的精神卫生问题;⑦应对管理和提高业绩;⑧与同事相处和非正式社交;⑨获得支持并保持工作热情。

“社会独立技能训练程式”在教学方法上也要求严格。每个模块采用七个成套学习活动的形式进行。这些练习包括教授实现假定目标所需的技能,以及在应用这些技能时解决可能遇到的问题。康复者接着在训练课程和社区中实践。在开始程式的课程前,同康复者仔细回顾学习活动从而得出现实、良好的期望。这7个学习活动分别是:①介绍技能领域:每个技能领域的第一个学习活动是介绍。康复师鼓励康复者明确程式和每个技能领域的目标、达到目标所需的步骤以及假如实现目标后将会得到的好处。介绍的目的是引起康复者学习的兴趣。②录像与问答:在每个技能领域的录像和问答部分提供合适的问题和正确回答的例子。康复者定期停下录像内容,以便通过提问来评估康复者的注意力和理解程度;录像可以重复放映内容,直到每个康复者都理解内容。③角色扮演:要求康复者练习在录像中看到的技能。康复者在角色扮演后,和康复者一起点评扮演的效果。在点评中,评估是否存在眼神交流、姿势、说话的音量。④资源管理:在正确角色扮演技能后,康复师教康复者如何确定具体技能所需的资源(任何一个可以帮助他们获得工作的资源,例如时间、人物、对象、电话、金钱、地点和交通)。首先,康复师讲述技能,接着询问从康复者方面引出必需的条件。对每个提到的条件,向康复者询问探讨将如何获得,例如他们如何找到具体某个活动的电话号码,或者他们如何安排交通。通过对每个资源利弊的判断,康复者评价该资源的获取方法。这里没有预定的回答。唯一的要求是要合适地引出资源。⑤解决新问题:在康复者学过安排必需资源后,教他们解决意外问题——指那些客观环境没有像计划那样进行时出现的问题。一个系统的解决问题策略能够教他们有效地处理僵局。首先,你阅读技能应用和意外困难的说明。然后你通过提问使他们积极地思考解决这类问题的多种替代

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.02.024

\*基金项目:上海市卫生局科研课题(2009099)

1 上海交通大学医学院附属精神卫生中心,200030; 2 通讯作者

作者简介:刘寒,男,主管医师,现工作单位:上海市静安区精神卫生中心,200040; 收稿日期:2012-04-12

方案。⑥实际练习:为了康复者掌握所学知识,他们必须尽量地在现实环境中实践。每个技能领域的实际练习能够让他们在真实的生活环境中实践,由此使他们广泛应用技能和提高独立性。在独立或朋友、组员陪同下,或者作为团体形式,康复者进行这些室外的训练课程练习。⑦布置家庭作业:最后,在每个技能领域中的家庭作业给康复者独立练习所学技能的机会。康复师可以通过检查每个练习的家庭作业表来评价成绩。

每个模块按照程式化套路及标准施行,其中包括有:①康复师手册(准确说什么和做什么来教学技能);②康复者手册(书面材料、表格和帮助学生学习技能的练习);③影像演示碟片(供课堂反复放映);④角色伴演手册(含有对话内容供指定场景演练);⑤要求1位康复师指导1—8位康复者及照料者(采取互动方式可最大限度调动教学资源)。

## 2 社会独立技能训练程式应用

### 2.1 适用人群

社会独立技能训练程式以社交技巧为基础内容,通过各种不同题材对康复者或患者进行眼神交流、姿势、脸部表情、说话音量和语言流畅等技巧训练。社交技能训练在国外被广泛用于精神分裂症、社交恐怖、儿童孤独症等精神障碍的治疗<sup>[3-5]</sup>。国内仅涉及精神分裂症患者的培训。绝大多数精神分裂症患者都可以从社交技能训练中获益,包括慢性患者、住院或门诊患者、存在阳性症状或阴性症状的患者<sup>[6-8]</sup>。虽然有的患者长期持续存在精神病性症状但仍然能完成训练。目前尚未发现由于进行社交技能训练出现精神症状加重或复发的报道。

### 2.2 国内外应用效果

国外发达国家在90年代初就已开始社会技能程式的训练。近年来国内在北京、上海、浙江等地精神疾病预防专业人员,采用了北京安定医院翁永振教授等引进的Lieberman针对社区康复期精神病患者开发的“社会独立技能训练程式”,通过专业课程和定式方法讲授社区生活技能,取得了良好的效果。实践证明,是行之有效、值得推行的一类精神康复的新方法。

**2.2.1 改善精神疾病患者精神症状:**社区独立技能训练有助于改善精神分裂症残留症状,降低社会残疾程度,对保持精神分裂症患者良好的远期疗效具有积极作用。马征等<sup>[9]</sup>对133例出院精神分裂症患者2年随访发现,接受技能训练的患者在末次观测点时简明精神病评定量表评分(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)和漏服药发生次数皆低于对照组,并且自知力与治疗态度问卷(insight and treatment attitudes questionnaires, ITAQ)、患者药物依从性评分和监护人药物依从性评分均优于对照组。张宇等<sup>[10]</sup>将120例临床康复

出院的精神分裂症患者随机分为技能训练组和对照组,采用精神分裂症阳性症状量表(scale for assessment of positive symptoms, SAPS)、阴性症状量表(scale for assessment of negative symptoms, SANS)、简明精神病评定量表(BPRS)、自知力及治疗态度问卷(ITAQ)和社会功能缺陷量表(social disability screening schedule, SDSS)对两组患者进行1年内康复状态的评估,结果1年末训练组BPRS、ITAQ、SDSS评分明显优于对照组,两组间差异有非常显著性意义( $P<0.01$ )。

**2.2.2 提高治疗依从性以及减少症状复发率和再住院率:**目前能够有效控制精神疾病的方法之一是维持服药治疗,精神疾病患者在医院治疗期中一般会遵循医嘱,按时服药,但是在出院后往往会忘记或拒绝服药,这是许多患者复发的原因。社会技能训练程式中专门针对患者设计了药物管理模块,能够通过生动和实用的方法,帮助患者在康复期也能够认识到服药对稳定病情的重要性。Thad A Eckman等<sup>[11]</sup>研究中有172例康复者参加社会独立技能训练——药物管理训练,每周3h课时,持续15—20周,最终160例完成培训。经过培训后,技能应用比例由培训前40%增加到培训后56%( $t=6.68, P<0.001$ )。随访3个月,发现58%的康复者继续应用药物管理技能,能够熟悉药物的疗效、副作用以及能够和医务人员咨询讨论药物问题。药物依从性评价中发现康复者遵循医嘱从培训前67%提高至82%( $\chi^2=7.14, P<0.05$ )。同样,Smith等和Kopelowics等<sup>[12-13]</sup>的研究中对44例和59例患者进行回返社会和医疗依从性技能培训,并进行培训前和培训后评价,发现康复者社会技能知识有显著提高,技能培训后随访发现70%的康复者有很好的治疗依从性。社会技能训练程式能有效降低社区康复者的精神症状复发率和再住院率。项玉涛等<sup>[14]</sup>对100例出院患者一年随访发现,接受技能训练的患者病情复发率(20%)和(再)住院率(2%)低于对照组(分别为40%和19%; $P<0.105$ )。马征等<sup>[9]</sup>研究中训练组有22例复发(34.4%),其中13例再次住院(20.3%),对照组复发52例(81.3%),再次住院44例(68.8%),训练组的复发率和再次住院率均低于对照组,有非常显著性差异。在日本Nobuo Anzai等<sup>[15]</sup>研究发现,技能训练组再次住院率显著低于对照组。对于那些易肇事肇祸的患者,经过技能训练,肇事复发率也显著降低<sup>[16]</sup>。

**2.2.3 改善社交技能和社会功能:**社区康复者或住院患者经过较长时间的社会技能训练,可以取得学习新技能、提高生存质量的疗效。翁永振等<sup>[17]</sup>研究中发现经过技能训练的康复者社会功能改善明显,康复者会按照收入计划支出。从最初购物以食品为主,逐步购买生活用品、娱乐消费等。患者消费需求从低级转为高级水平。Lieberman等<sup>[18]</sup>在对80例慢性精神分裂症患者(40例获得职业治疗和40例获得技能训练)研究中,经过6个月,每周12h的干预后,获得技能训练的

患者在个人卫生、家庭料理、个人财务管理等社会技能有显著进步,尤其是在社区6个月随访中发现,这些基本社会功能有更佳表现。Kopelowicz等<sup>[19-25]</sup>研究发现康复者18个月技能训练后个人财产管理、食物料理和财务管理等生活技能上有显著提高,并且会合理安排独立就诊,接受技能训练的85%患者合理安排自己的首次复诊,对照组只有37%。Galderisi等<sup>[26-30]</sup>对90例康复者进行症状处理、娱乐技能和人际沟通技能训练,结果发现,干预组较对照组在药物管理、社会技能、认识功能有显著进步。其中,干预组社会技能和自知力评分2倍于对照组。社会独立技能训练最大的优势教会康复者妥协和协商、恰当的情绪表达等解决冲突技能和自我压力管理功能,同时不断巩固康复者学习到的社会技能,提高社会适应能力,最终帮助康复者获得自信,回归社会<sup>[31]</sup>。

### 2.3 训练效果评价工具

传统的训练效果评定工具主要是精神症状量表评估(例如BPRS、PANSS等)和社会功能缺陷量表SDSS以及自知力及治疗态度问卷(insight and treatment attitudes questionnaires, ITAQ)等。目前,RP Liberman根据社会功能各项详细内容,设计了康复者力量和目标评价量表(client's assessment of strengths and goals, CASIG)用于评估康复者技能训练的效果和计划。CASIG评估6个关键领域:康复者提高社会功能的目标、患者目前的功能、医疗(依从性和副反应)、生存质量和疗效、症状和不被接受的社会行为。CASIG的使用可随着训练开始并对训练效果反复评估;汇总对康复者的CASIG的项目评估;用其他变量来调整研究假设<sup>[32]</sup>。

### 2.4 社会独立技能训练程式的在国内社区康复的发展前景

通过在社区中开展社会技能训练,填补了社区精神康复的实质操作内容,对康复者和家属有极其重要意义。但是,目前精神康复的大环境背景是停留在药物治疗为主的阶段,对于社交技能缺陷症状认识尚不足,且缺乏提高患者生存质量的康复机构及社区防治机构,另一方面,精神疾病患者的社区康复是漫长的过程,即使已经开展技能训练的社区往往也会因为在短时间内看不到效果而遇到各方面的阻力。不过,近年来一些有条件的地区,如北京、上海等地,已经在社区中大力推广该技术,这些地区依靠已建立起来的社区康复机构为平台,使社会技能训练程式成为常规康复技术。

目前,精神疾病患者社区康复的执行人往往是专业医疗人员,包括临床医生、公共卫生医生和护士等。实际上,开展独立技能训练程式不一定必须是医疗专业人员,也不一定需要高深、专业的心理学知识,可以是经过培训的非专业人员,就目前我国社区中的社工、志愿者等完全可以胜任培训工作,这样就可以弥补了社区精神康复中医疗专业人员人力资源不足的缺陷<sup>[33]</sup>。随着该项技术实施者的扩大,必能够为更多精

神康复者服务。

在国内,社会独立技能训练程式中只开发应用了《药物自我管理》和《症状自控》模块,尚有药物滥用管理、娱乐和休闲、基本交谈、职场基础、回归社会等模块未开发,这些后续模块知识着眼点更关注于康复者的社会需求,而不再停留医疗需求上,并且更加贴近于生活,这些模块通过细致的生活技能教学,帮助精神疾病康复者提高社会功能,回归社会。所以,可以预见,今后这些后续模块知识必然会应用在社区康复中,成为康复者分阶段社会能力训练的操作手册。

### 参考文献

- [1] Glenn O.Gabbard, Treatment for psychiatric disorders[M]. Washington: American Psychiatric Publishing CO, 2001.1093—1099.
- [2] Mueser KT, Bellack AS, Douglas MS et al. Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia[J]. Schizophr Res, 1991, 1(5): 167—176.
- [3] Turner TH. Long term outcome of treating schizophrenia[J]. BMJ, 2004, 329: 1058—1059.
- [4] Figueira ML, Brissos S. Measuring psychosocial outcomes in schizophrenia patients[J]. Curr Opin Psychiatry, 2011, 24(2): 91—95.
- [5] Wallace CJ, Tauber R. Supplementing supported employment with workplace skills training[J]. Psychiatry Services, 2004, 55(5): 513—516.
- [6] 杜荣荣, 徐燕, 陈思思. 心理技能训练对慢性精神分裂症患者社会适应能力的影响[J]. 护理与康复, 2011, 10(12): 1023—1025.
- [7] 高云, 王坤. 慢性精神分裂症患者回归社会后不同方式康复干预的效果对照[J]. 中国临床康复, 2006, 10(42): 176—177.
- [8] 齐巧玲, 文素荣, 张平. 社交技能训练路径对康复期精神分裂症患者社交技能的影响研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2011, 19(1): 8—10.
- [9] 马征, 向应强, 翁永振, 等. <技能训练程式>对133例出院精神分裂症患者康复作用的2年随访[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2004, 30(5): 336—338.
- [10] 张宇, 李书光, 冯娟. 社区独立技能训练预防精神分裂症复发的研究[J]. 中华护理杂志, 2004, 38(8): 573—575.
- [11] Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC, et al. Teaching medication management skills to schizophrenic patients[J]. Journal of clinical psychopharmacology, 1990, 10(1): 33—35.
- [12] Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: A brief method of improving the continuity of care[J]. Psychiatric Serv, 1998, 49: 1313—1316.
- [13] Smith TE, Hull JW, MacKain SJ, et al. training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills [J]. Psychiatric Serv, 1996, 47: 1099—1103.
- [14] 项玉涛, 李文咏, 翁永振, 等. 社区精神分裂症患者应用重返社

- 会程式训练的一年随访研究[J].中华精神科杂志,2004,37(1), 37—40.
- [15] Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, et al. Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan[J]. Psychiatr Serv, 2002, 53(5): 545—547.
- [16] 安孝群, 陈圣祺, 张怀惠, 等. 技能训练程式对易肇肇肇肇精神分裂症患者疗效的随访研究[J]. 上海精神医学, 2009, 21(4): 221—223.
- [17] 翁永振. 慢性精神分裂症所致社会交往技能缺陷的康复治疗[J]. 中国康复, 1994, 8(2): 68—70.
- [18] Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, et al. skill training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia[J]. AM J Psychiatry, 1998, 155(8): 1087—1091.
- [19] Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care[J]. Psychiatr Serv, 1998, 49(10): 1313—1315.
- [20] McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia[J]. Am J Psychiatry, 2007, 164(12): 1791—1802.
- [21] Medalia A, Choi J. Cognitive remediation in schizophrenia[J]. Neuropsychol Rev, 2009, 19(3): 353—364.
- [22] Granholm E, Ben-Zeev D, Link PC. Social disinterest attitudes and group cognitive-behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia[J]. Schizophr Bull, 2009, 35(5): 874—883.
- [23] Granholm E, Mcquaid JR, Link PC, et al. Neuropsychological predictors of functional outcome in Cognitive Behavioral Social Skills Training for older people with schizophrenia[J]. Schizophr Res, 2008, 100(1—3): 133—143.
- [24] Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social cognition in schizophrenia: an overview[J]. Schizophr Bull, 2008, 34(3): 408—411.
- [25] Green MF, Leitman DI. Social cognition in schizophrenia[J]. Schizophr Bull, 2008, 34(4): 670—672.
- [26] Galderisi S, Piega G, Mucci A, et al. Social skills and neuro-cognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities[J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (online first), 2009.
- [27] Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia[J]. Schizophr Bull, 2006, 32(Suppl 1): S12—23.
- [28] Granholm E, Mcquaid JR, Mcclure FS, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 122 month follow up [J]. J Clin Psychiatry, 2007, 68(5): 730—737.
- [29] Seo JM, Ahn S, Byun EK, et al. Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia[J]. Arch Psychiatr Nurs, 2007, 21(6): 317—326.
- [30] Horan WP, Kern RS, Shokat-Fadai K, et al. Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized out patients[J]. Schizophr Res, 2009, 107(1): 47—54.
- [31] 陈世珍, 蔡卓珊. 社会技能训练对康复期精神分裂症患者社会适应能力的影响[J]. 海南医学, 2010, 21(11): 52—53.
- [32] RP Liberman. Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation[M]. USA, American Psychiatry Publishing, Inc, 2008: 172—180.
- [33] 李达, 张国富, 毛智群, 等. 非专业人员开展药物自我处置技能训练的对照研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2012, 20(1): 28—29.

## 欢迎订阅2013年《中国康复医学杂志》

本刊是中国康复医学会主办的国家级医学核心期刊(<http://www.rehabi.com.cn>), 1986年创刊, 月刊, 每期96页。主编: 卓大宏, 副主编: 励建安、王茂斌、孙启良、纪树荣、李常威。本刊为中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊、《中文核心期刊要目》收录期刊、美国《化学文摘》(CA)、荷兰《医学文摘》(EM)等收录期刊, 并新近成为国际物理医学与康复医学学会(ISPRM)合作杂志。

本刊内容为涉及康复医学科、神经内外科、骨科、儿科、心血管内外科、呼吸科、肿瘤科、疼痛科、中医相关各科、精神科等的临床康复及基础研究。设有述评、论著(基础研究、临床研究)、社区康复、康复工程、康复护理、病例报告、讲座、综述、ISPRM学术动态等栏目。读者对象为康复医学专业人员、神经内外科、骨科、心血管内外科、疼痛科、儿科等医师、全科医师及康复工程专业人员。

2013年定价: 25.8元/本, 全年价: 309.6元。本社全年办理补订业务。地址: 北京朝阳区樱花东街中日友好医院内, 《中国康复医学杂志》编辑部, 邮编: 100029, E-mail: [rehabi@263.net](mailto:rehabi@263.net), 订阅联系电话: 010-84205510, 联系人: 杨洪强。