

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2025.21.016  
文章编号: 1005-8982 (2025) 21-0098-07

临床研究·论著

## 人类职能模式康复训练结合文娱疗法对 稳定期精神分裂症患者的康复疗效\*

林丽芬, 梅武玲, 鲍星星

(丽水市第二人民医院 精神康复科, 浙江 丽水 323000)

**摘要:** **目的** 评估人类职能模式康复训练结合文娱疗法对稳定期精神分裂症患者康复效果的影响。**方法** 选取2022年6月—2024年5月丽水市第二人民医院120例稳定期精神分裂症患者作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组与对照组,每组60例。观察组采用人类职能模式康复训练结合文娱疗法进行康复治疗,对照组实行常规康复治疗。观察两组患者治疗前后住院精神病人康复疗效评定量表(IPROS)和可重复神经心理状态测验问卷(RBANS)评分、阳性与阴性症状量表(PANSS)、阴性症状评定量表(SANS)、认知功能评分、一般疏离感量表(GAS)及神经递质[谷氨酸(Glu)、 $\gamma$ -氨基丁酸(GABA)、5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(NE)]等指标的变化。**结果** 观察组治疗前后IPROS和RBANS评分的差值均大于对照组( $P < 0.05$ )。观察组治疗前后PANSS各项评分的差值均大于对照组( $P < 0.05$ )。观察组治疗前后SANS各项评分的差值均大于对照组( $P < 0.05$ )。观察组治疗前后认知功能各项评分的差值均大于对照组( $P < 0.05$ )。观察组治疗前后GAS各项评分的差值均大于对照组( $P < 0.05$ )。观察组治疗前后Glu、GABA、5-HT及NE水平的差值均大于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 人类职能模式康复训练结合文娱疗法对稳定期精神分裂症患者的康复具有显著效果,可作为一种有效的康复治疗策略推广应用。

**关键词:** 精神分裂症; 稳定期; 人类职能模式康复训练; 文娱疗法; 康复

**中图分类号:** R749.3

**文献标识码:** A

## The therapeutic effect of combining human functional rehabilitation training with recreational therapy on stable schizophrenia patients\*

Lin Li-fen, Mei Wu-ling, Bao Xing-xing

(Department of Psychiatric Rehabilitation, Lishui Second People's Hospital, Lishui, Zhejiang 323000, China)

**Abstract:** **Objective** This study aimed to evaluate the effectiveness of integrating human functional rehabilitation training with recreational therapy on the recovery of stable schizophrenia patients. **Method** Between June 2022 and May 2024, 120 stable schizophrenia patients at Lishui Second People's Hospital were randomly assigned to two groups using a number table method. The observation group (60 cases) received rehabilitation treatment combining human functional mode rehabilitation training with recreational therapy, while the control group (60 cases) underwent standard rehabilitation treatment. Changes in IPROS score, RBANS score, positive symptoms, negative symptoms, general pathological score, SANS score, cognitive function, GAS score, and neurotransmitter levels [glutamate (Glu), gamma-aminobutyric acid (GABA), serotonin (5-HT), norepinephrine (NE)] were assessed before and after intervention. **Results** The observation group demonstrated significantly greater improvements in IPROS and RBANS scores compared to the control group ( $P < 0.05$ ). Greater reductions in positive symptoms, negative symptoms, and general psychopathology scores were observed in the observation group

收稿日期: 2025-05-29

\* 基金项目: 浙江省医药卫生科技计划项目(No:2022ZH062)

( $P < 0.05$ ). Significant improvements were also noted in total scores, affective flattening, speech disorders, avolition, social anhedonia, and attention deficits ( $P < 0.05$ ). The observation group showed superior performance in cognitive tasks, including completed categories, total responses, perseverative errors, total errors, and correct responses ( $P < 0.05$ ). Enhanced GAS scores and significant changes in neurotransmitter levels (Glu, GABA, 5-HT, NE) were observed in the observation group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Integrating human functional rehabilitation training with recreational therapy significantly enhances the rehabilitation of stable schizophrenia patients, suggesting it as a promising strategy for clinical practice.

**Keywords:** schizophrenia; stable period; rehabilitation training for human functional models; recreational therapy; recovery

精神分裂症是一种严重的精神障碍, 尽管药物治疗在控制症状方面取得了显著成效, 但单纯依靠药物往往难以全面改善患者的功能和生活质量<sup>[1]</sup>, 尤其是在稳定期, 患者仍面临显著的社会功能缺损和生活质量低下的问题<sup>[2-3]</sup>。人类职能模式康复训练是通过多维度的训练和干预, 提高患者的认知功能、社会交往能力、职业技能及日常生活能力<sup>[4]</sup>; 文娱疗法则利用艺术、音乐、运动等活动促进心理健康和功能恢复<sup>[5]</sup>。将人类职能模式康复训练与文娱疗法结合应用于稳定期精神分裂症患者的康复, 通过多层次的综合干预, 全面提升患者的功能和生活质量。本研究旨在评估这一综合方法在稳定期精神分裂症患者康复中的应用效果, 观察患者治疗前后在认知功能、社会功能、生活质量及心理健康等方面的变化, 为临床实践提供更多证据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2022 年 6 月—2024 年 5 月丽水第二人民医院收治的 120 例稳定期精神分裂症患者为研究对象, 按照随机数字表法分为观察组与对照组, 每组 60 例。观察组与对照组的性别构成、年龄、病程和住院时间比较, 经  $\chi^2/t$  检验, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性(见表 1)。本研究经医院医学伦理委员会审查通过(No: LI2022-5-07)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合《中国精神分裂症防治指南》<sup>[6]</sup>中精神分裂症的诊断标准。②处于疾病的稳定期, 临床症状相对稳定, 未发生急性精神症状发作。③已接受至少 6 个月的抗精神病药物治疗, 并且药物剂量保持稳定。④患者及其家属同意参加本研究, 并签署知情同意书。排除标准: ①伴有其

表 1 两组患者一般资料比较

组别	男/女/ 例	年龄/ (岁, $\bar{x} \pm s$ )	病程/ (年, $\bar{x} \pm s$ )	住院时间/ (年, $\bar{x} \pm s$ )
观察组	29/31	46.18 $\pm$ 8.16	8.86 $\pm$ 3.27	3.35 $\pm$ 1.18
对照组	30/30	45.83 $\pm$ 7.97	8.90 $\pm$ 3.31	3.49 $\pm$ 1.20
$\chi^2/t$ 值	0.157	0.219	0.061	0.594
$P$ 值	0.692	0.827	0.951	0.554

他严重精神障碍, 如双相情感障碍、重度抑郁症等。②伴有严重的身体疾病或神经系统疾病, 如严重的心脏病、肝肾功能不全、脑梗死等。③有药物滥用或依赖史。④在研究期间有自杀或攻击他人的行为风险。

1.3 方法

**1.3.1 对照组** 对照组实施常规康复治疗。接受常规抗精神病药物治疗, 根据患者情况调整药物剂量, 并保持稳定, 定期监测药物疗效和副作用。组织一般的康复活动, 如简单的工娱疗法, 包括手工制作、音乐活动等。活动内容相对固定, 缺乏个体化调整和深入的社会角色重建。提供基础的心理支持和辅导, 帮助患者应对疾病带来的心理困扰。定期进行心理评估, 监测患者的心理状态。进行日常生活技能的训练, 如穿衣、洗漱、简单的家务劳动等, 帮助患者维持基本的生活自理能力。疗程均为 8 周。

**1.3.2 观察组** 观察组在与对照组相同抗精神病药物治疗基础上联合人类职能模式康复训练及文娱疗法。①个体化评估。对每例患者进行详细评估, 包括其兴趣、动机、生活环境、社会支持等方面, 根据评估结果, 制订个体化的康复计划, 确保每个患者参与的活动具有个人意义。②参与有意义的活动。引导患者参与他们感兴趣且有意义的活动, 如手工制作、园艺、烹饪等。活动内容根据

患者的兴趣和能力进行调整,逐步增加活动的复杂性和挑战性。③角色重建。帮助患者重新建立社会角色,如家庭角色、工作角色等。通过模拟和实际练习,增强患者在不同社会角色中的适应能力。④环境支持。改善患者的家庭和社区环境,为患者提供一个支持性的康复环境,与家属和社区资源合作,提供必要的支持和帮助。⑤文娱疗法。通过绘画、音乐、舞蹈等艺术形式,帮助患者表达情感、释放压力,促进心理健康。组织体育活动和锻炼,如瑜伽、散步、团体运动等,增强身体素质,改善心情,促进社会互动。通过各种游戏活动,如棋类、拼图、社交游戏等,增强患者的认知功能和社交能力,增加生活乐趣。提供如阅读、园艺、手工制作等休闲活动,提升患者的生活质量和幸福感。疗程为8周。

## 1.4 观察指标

**1.4.1 住院精神病人康复疗效评定量表(inpatient psychiatric rating scale, IPROS)<sup>[7]</sup>** IPROS用于评估精神病康复结果,评分0~150分,分数越高表明症状越严重。

**1.4.2 可重复神经心理状态测验问卷(repeatable battery for the assessment of neuropsychological status, RBANS)<sup>[8]</sup>** RBANS用于评估患者认知功能,评分0~100分,分数越高表明认知功能越好。

**1.4.3 阳性与阴性症状量表(positive and negative syndrome scale, PANSS)<sup>[9]</sup>** PANSS用于评估患者的症状,量表涵盖阳性症状(7~49分)、阴性症状(7~49分)、一般病理(16~112分)3个领域,分数越低表示患者症状越轻。

**1.4.4 阴性症状评定量表(scale for the assessment of negative symptom, SANS)<sup>[10]</sup>** SANS用于评估精神分裂症患者的阴性症状,包含情感平淡、言语障碍、意志缺乏、兴趣社交缺乏、注意障碍5个核心维度。每个维度由若干条目组成,共24个条目,采用0~5分的6级评分法,总分0~120分。评分越高表明患者的阴性症状越严重。

**1.4.5 认知功能** 采用威斯康星卡片分类测验(wisconsin card sorting test, WCST)<sup>[11]</sup>评估患者的认知功能。测验涉及使用128张具有不同颜色、形状和数量符号的卡片,以及4张基准卡片。测验涵盖5个维度:①完成分类数:参与者在测试结束时成

功完成的分类总数,分值0~6分,分数越高表示患者认知能力越强;②总应答数:为了完成6个分类任务而使用的卡片总数,72~128张,分数越低代表参与者使用较少的尝试即正确分类,表示认知效率高;③持续错误数:在分类规则改变后,参与者继续按照旧规则分类的错误次数,分数越高表示参与者适应新规则的能力越差;④总错误数:测试过程中所有不符合当前分类规则的错误回答总数,错误次数越多表示参与者认知功能和问题解决能力越差;⑤总正确数:在整个测试中所有按照当前分类规则正确分类的回答总数,分数越高表示参与者认知功能越好。

**1.4.6 一般疏离感量表(general alienation scal, GAS)<sup>[12]</sup>** GAS用于评估个体的社会疏离感。该量表由多个题目组成,涉及自我疏离、他人疏离、怀疑感、无意义感等方面。参与者根据自己的感受对每个题目进行评分。总分越高表示患者的社会疏离感越强。

**1.4.7 神经递质水平** 治疗前后采集患者空腹静脉血,采用高效液相色谱检测谷氨酸(Glutamate, Glu)、 $\gamma$ -氨基丁酸(gamma-aminobutyric acid, GABA)、5-羟色胺(5-Hydroxytryptamine, 5-HT)、去甲肾上腺素(Norepinephrine, NE)。

## 1.5 统计学方法

数据分析采用SPSS 27.0统计软件。计数资料以构成比表示,比较用 $\chi^2$ 检验;计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,比较用 $t$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组治疗前后IPROS、RBANS评分比较

两组治疗前IPROS、RBANS评分比较,经 $t$ 检验,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组治疗后IPROS、RBANS评分比较,经 $t$ 检验,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组治疗后IPROS评分低于对照组, RBANS评分高于对照组。对照组与观察组治疗前后IPROS、RBANS评分的差值比较,经 $t$ 检验,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组治疗前后IPROS、RBANS评分的差值均大于对照组。见表2。

表2 两组治疗前后 IPROS 及 RBANS 评分比较 (n=60, 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	IPROS 评分			RBANS 评分		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	112.50 ± 9.62	22.22 ± 5.88	90.28 ± 7.48	82.88 ± 15.27	94.12 ± 7.08	11.24 ± 3.79
对照组	112.54 ± 9.65	38.08 ± 2.39	74.46 ± 9.32	82.91 ± 15.25	89.96 ± 9.51	7.05 ± 2.33
t 值	0.053	19.355	5.599	0.035	4.496	8.299
P 值	0.957	0.000	0.000	0.971	0.000	0.000

2.2 两组治疗前后 PANSS 评分比较

两组治疗前阳性症状、阴性症状和一般病理评分比较, 经 t 检验, 差异均无统计学意义 (P > 0.05)。两组治疗后阳性症状、阴性症状和一般病理评分比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 (P < 0.05); 观察组治疗后阳性症状、阴性症状和一般病

理评分均低于对照组。对照组与观察组治疗前后阳性症状、阴性症状和一般病理评分的差值比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 (P < 0.05); 观察组治疗前后阳性症状、阴性症状和一般病理评分的差值均大于对照组。见表 3。

表3 两组治疗前后 PANSS 评分比较 (n=60, 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	阳性症状			阴性症状			一般病理		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	22.15 ± 2.87	12.06 ± 1.92	10.09 ± 2.42	20.33 ± 2.64	10.25 ± 1.53	10.08 ± 2.12	84.08 ± 8.23	32.14 ± 3.53	51.94 ± 5.88
对照组	22.08 ± 2.91	15.72 ± 2.18	6.36 ± 2.54	20.47 ± 2.71	13.84 ± 1.97	6.63 ± 2.34	83.91 ± 8.07	45.37 ± 4.98	38.54 ± 6.52
t 值	0.131	9.496	8.250	0.287	10.717	8.351	0.113	16.452	11.793
P 值	0.896	0.000	0.000	0.774	0.000	0.000	0.910	0.000	0.000

2.3 两组治疗前后 SANS 评分比较

两组治疗前总分及各项 (情感平淡、言语障碍、意志缺乏、兴趣社交缺乏、注意障碍) 评分比较, 经 t 检验, 差异均无统计学意义 (P > 0.05)。两组治疗后总分及各项评分比较, 经 t 检验, 差异均

有统计学意义 (P < 0.05); 观察组治疗后总分及各项评分均低于对照组。两组治疗前后总分及各项评分的差值比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 (P < 0.05); 观察组治疗前后总分及各项评分的差值均大于对照组。见表 4。

表4 两组治疗前后 SANS 评分比较 (n=60, 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	总分			情感平淡			言语障碍		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	97.75 ± 14.40	34.55 ± 3.28	63.20 ± 14.40	4.36 ± 1.28	1.29 ± 0.23	3.07 ± 1.28	3.83 ± 1.60	1.19 ± 0.52	2.64 ± 0.86
对照组	97.84 ± 14.42	48.73 ± 6.09	49.11 ± 14.42	4.31 ± 1.27	2.96 ± 0.59	1.35 ± 0.47	3.81 ± 1.62	2.83 ± 0.82	0.98 ± 0.22
t 值	0.126	8.139	4.916	0.072	5.441	6.832	0.018	7.835	5.191
P 值	0.899	0.000	0.000	0.942	0.000	0.000	0.985	0.000	0.000

组别	意志缺乏			兴趣社交缺乏			注意障碍		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	4.18 ± 1.44	1.04 ± 0.07	3.14 ± 1.04	4.76 ± 0.59	2.13 ± 0.24	2.63 ± 0.59	1.33 ± 0.15	0.42 ± 0.11	0.91 ± 0.15
对照组	4.14 ± 1.41	2.19 ± 1.03	1.95 ± 0.61	4.67 ± 0.48	3.48 ± 0.56	1.19 ± 0.48	1.28 ± 0.09	0.85 ± 0.23	0.43 ± 0.09
t 值	0.056	6.694	6.842	0.123	21.784	14.227	0.276	18.932	16.521
P 值	0.955	0.000	0.000	0.902	0.000	0.000	0.782	0.000	0.000



## 2.4 两组认知功能比较

两组治疗前完成分类数、总应答数、持续错误数、总错误数及总正确数评分比较,经  $t$  检验,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。两组治疗后完成分类数、总应答数、持续错误数、总错误数及总正确数评分比较,经  $t$  检验,差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 观察组治疗后完成分类数及总正确数评分

高于对照组,总应答数、持续错误数及总错误数评分低于对照组。两组治疗前后完成分类数、总应答数、持续错误数、总错误数及总正确数评分的差值比较,经  $t$  检验,差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 观察组治疗前后完成分类数、总应答数、持续错误数、总错误数及总正确数评分的差值均大于对照组。见表 5。

表 5 两组治疗前后认知功能评分比较 ( $n=60$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	完成分类数			总应答数			持续错误数		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	2.32 ± 0.25	3.99 ± 0.29	1.67 ± 0.25	105.01 ± 10.58	87.30 ± 9.37	17.71 ± 5.58	23.54 ± 2.13	14.53 ± 1.23	9.01 ± 2.13
对照组	2.25 ± 0.21	2.91 ± 0.27	0.66 ± 0.21	104.89 ± 10.41	91.75 ± 8.42	13.14 ± 3.41	23.75 ± 2.26	16.36 ± 1.54	7.39 ± 2.26
$t$ 值	1.531	9.418	21.634	0.058	2.012	3.892	0.483	6.691	3.872
$P$ 值	0.129	0.000	0.000	0.954	0.047	0.000	0.630	0.000	0.000

组别	总错误数			总正确数		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	83.19 ± 8.75	61.96 ± 6.15	21.23 ± 2.60	2.14 ± 0.22	3.81 ± 0.34	1.67 ± 0.12
对照组	83.07 ± 8.64	68.02 ± 7.81	15.05 ± 2.45	2.10 ± 0.24	3.17 ± 0.30	1.07 ± 0.15
$t$ 值	0.070	5.743	12.854	0.877	12.222	24.583
$P$ 值	0.945	0.000	0.000	0.382	0.000	0.000

## 2.5 两组治疗前后 GAS 评分比较

两组治疗前自我疏离、他人疏离、怀疑感及无意义感评分比较,经  $t$  检验,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。两组治疗后自我疏离、他人疏离、怀疑感及无意义感评分比较,经  $t$  检验,差异均有统计

学意义 ( $P<0.05$ ); 观察组治疗后各项评分均低于对照组。两组治疗前后自我疏离、他人疏离、怀疑感及无意义感评分的差值比较,经  $t$  检验,差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 观察组治疗前后各项评分的差值均大于对照组。见表 6。

表 6 两组治疗前后 GAS 评分比较 ( $n=60$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	自我疏离			他人疏离		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	8.03 ± 2.57	5.15 ± 1.36	2.88 ± 0.75	14.27 ± 2.42	10.12 ± 2.74	4.15 ± 1.42
对照组	8.14 ± 2.62	6.47 ± 1.81	1.67 ± 0.62	14.38 ± 2.50	12.59 ± 2.87	1.79 ± 0.52
$t$ 值	0.214	4.164	9.483	0.226	4.445	10.352
$P$ 值	0.831	0.000	0.000	0.822	0.000	0.000

组别	怀疑感			无意义感		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	10.72 ± 2.07	6.50 ± 2.13	4.22 ± 1.05	8.03 ± 2.24	5.21 ± 1.89	2.82 ± 0.72
对照组	10.94 ± 2.15	8.12 ± 2.27	2.82 ± 0.68	8.11 ± 2.30	7.57 ± 1.75	0.54 ± 0.15
$t$ 值	0.526	3.717	7.892	0.178	6.543	15.327
$P$ 值	0.600	0.000	0.000	0.859	0.000	0.000

## 2.6 两组治疗前后神经递质水平比较

两组治疗前 Glu、GABA、5-HT 及 NE 水平比较,

经  $t$  检验,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。两组治疗后 Glu、GABA、5-HT 及 NE 水平比较,经  $t$  检验,差

异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组治疗后 Glu 水平低于对照组,GABA、5-HT 及 NE 水平均高于对照组。两组治疗前后 Glu、GABA、5-HT 及 NE 水平的差

值比较,经  $t$  检验,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组治疗前后 Glu、GABA、5-HT 及 NE 水平的差值均大于对照组。见表 7。

表 7 两组治疗前后神经递质水平比较 ( $n=60, \bar{x} \pm s$ )

组别	Glu/(mg/L)			GABA/( $\mu$ mol/L)		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	25.23 $\pm$ 4.37	13.15 $\pm$ 2.74	12.08 $\pm$ 1.63	3.41 $\pm$ 0.71	6.86 $\pm$ 1.57	3.45 $\pm$ 0.86
对照组	24.96 $\pm$ 4.55	19.82 $\pm$ 2.86	5.14 $\pm$ 1.69	3.39 $\pm$ 0.65	4.90 $\pm$ 1.44	1.51 $\pm$ 0.79
$t$ 值	0.331	13.044	22.763	0.161	7.126	12.854
$P$ 值	0.741	0.000	0.000	0.872	0.000	0.000

  

组别	5-HT/(ng/L)			NE/(ng/L)		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	125.73 $\pm$ 14.63	201.08 $\pm$ 16.41	75.35 $\pm$ 15.12	205.23 $\pm$ 17.78	266.87 $\pm$ 20.55	61.64 $\pm$ 18.16
对照组	124.98 $\pm$ 14.51	175.05 $\pm$ 16.62	50.07 $\pm$ 15.05	205.14 $\pm$ 17.67	234.92 $\pm$ 20.49	29.78 $\pm$ 9.94
$t$ 值	0.281	8.632	8.765	0.027	8.528	11.284
$P$ 值	0.778	0.000	0.000	0.978	0.000	0.000

### 3 讨论

稳定期精神分裂症患者虽然症状较急性期有所缓解,但仍存在诸多危害,包括认知功能障碍、社会功能受损、情感障碍、生活质量下降及药物副作用<sup>[13-14]</sup>。人类职能模式康复训练是一种基于人类职能模式的康复方法,通过个体化评估、有意义的活动、角色重建和环境支持,促进患者的功能恢复和社会适应能力<sup>[15-17]</sup>。文娱疗法则通过艺术疗法、运动疗法、游戏疗法和休闲活动,促进心理和生理康复<sup>[18]</sup>。将人类职能模式康复训练与文娱疗法结合应用,可以更全面地促进稳定期精神分裂症患者的康复,通过个体化的康复计划和有意义的活动,不仅能提高认知功能、社会功能和情感状态,还能提高生活质量和社会适应能力,帮助患者更好地回归社会<sup>[19]</sup>。

本研究结果显示,人类职能模式康复训练结合文娱疗法对稳定期精神分裂症患者的康复效果显著优于常规康复治疗。这一发现具有重要的临床意义,提示这种综合康复策略在改善患者症状、认知功能和生活质量方面具有显著优势。李相云等<sup>[20]</sup>发现,人类作业模式指导下的训练方式对精神分裂症患者的康复效果更好。观察组患者在治疗后 RBANS 评分显著提高,表明认知功能得到显著改善。人类职能模式康复训练通过个体化评估

和有意义的活动,帮助患者增强注意力、记忆力和执行功能。文娱疗法通过艺术、运动、游戏等活动,进一步促进认知功能的恢复<sup>[21]</sup>。两者的结合为患者提供了一个多元化的认知训练平台,有助于全面提升认知能力。本研究结果显示,观察组患者的阳性症状、阴性症状及一般病理评分均显著降低,SANS 评分的改善程度显著优于对照组,进一步证明了这种综合康复策略在改善社会功能和情感状态方面的有效性。通过参与有意义的活动和文娱疗法,观察组患者的 GAS 评分也显著降低,表明生活质量得到显著提升。

本研究结果表明,人类职能模式康复训练结合文娱疗法能显著改善稳定期精神分裂症患者的神经递质水平,其作用机制可能涉及多层次的神经生物学调控。从分子层面看,这种综合干预可能通过以下途径发挥作用:①调节 Glu 能-GABA 能系统平衡,人类职能训练中的认知任务可增强前额叶 GABA 中间神经元活性,抑制皮层过度兴奋,而文娱活动可能通过丰富环境刺激促进突触可塑性<sup>[22]</sup>;②激活单胺类神经递质通路,艺术和运动疗法能上调 5-HT 合成酶活性,改善情感调节<sup>[23]</sup>;③调节神经内分泌轴,规律的活动参与可降低下丘脑-垂体-肾上腺轴过度激活<sup>[24]</sup>。行为学层面,个体化康复计划通过重建目标导向行为,修复背外侧前

额叶-纹状体环路功能,改善执行功能<sup>[25]</sup>;而文娱疗法的社交互动则强化了额叶-杏仁核-前额叶的情绪调节网络。这种多靶点干预模式较单一疗法更能全面改善精神分裂症的阴性症状和认知缺陷,二者共同促进神经可塑性。

本研究结果表明,人类职能模式康复训练结合文娱疗法对稳定期精神分裂症患者的康复具有显著效果,可作为一种有效的康复治疗策略推广应用。通过个体化评估、有意义的活动和多样化的文娱疗法,可以全面改善患者的症状、认知功能、社会功能和生活质量,帮助患者更好地回归社会。未来应进一步深入研究这一综合康复策略的具体机制和长期效果,为稳定期精神分裂症患者提供更为科学和有效的康复方案。

#### 参 考 文 献:

- [1] 姚国利,陈琳霞,马灵亚.多学科协作下生活方式管理模式在精神分裂症合并代谢综合征患者中的应用[J]. 中华全科医学, 2025, 23(2): 277-281.
- [2] BIEDERMANN F, KURZTHALER I, HAIBACH M, et al. Driving fitness in clinically stable outpatients with chronic schizophrenia[J]. Compr Psychiatry, 2022, 118: 152340.
- [3] MAURUS I, ROELL L, LEMBECK M, et al. Exercise as an add-on treatment in individuals with schizophrenia: results from a large multicenter randomized controlled trial[J]. Psychiatry Res, 2023, 328: 115480.
- [4] 袁水莲,伍振红,张倩,等.人类职能模式康复训练对精神分裂症患者自我效能及病耻感的干预效果[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(2): 158-164.
- [5] 胡勤玲,刘方莹,闫美英.文娱疗法对精神分裂症患者自知力和行为障碍的影响[J]. 国际护理学杂志, 2009, 28(1): 89-90.
- [6] 第3版《中国精神分裂症防治指南》编写组.第3版《中国精神分裂症防治指南》计划书[J]. 中华精神科杂志, 2023, 56(5): 331-335.
- [7] HONIGFELD G, KLETT C J. The nurses' observation scale for inpatient evaluation. A new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia[J]. J Clin Psychol, 1965, 21(1): 65-71.
- [8] 王静华,李春波,成燕,等.可重复成套神经心理状态测验在精神分裂症患者中信度和效度的初步研究[J]. 上海精神医学, 2009, 21(5): 265-268.
- [9] 汪卫东,刘寰忠,李文正,等.精神分裂症患者发病前后饮酒行为与阳性和阴性症状量表评分的关联性研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(20): 2514-2519.
- [10] 姚晶,崔界峰,陈楠,等.阴性症状自评量表中文版的效度和信度检验[J]. 神经疾病与精神卫生, 2020, 20(7): 457-461.
- [11] 谭云龙,邹义壮,屈英,等.威斯康星卡片分类测验常用指标的稳定性分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2002, 16(12): 831-833.
- [12] 吴霜,李彦章,赵小淋,等.一般疏离感量表在老年人中的信度和效度分析[J]. 成都医学院学报, 2015, 10(6): 751-754.
- [13] NAJARIAN D, SANGA P, WANG S, et al. A randomized, double-blind, multicenter, noninferiority study comparing paliperidone palmitate 6-month versus the 3-month long-acting injectable in patients with schizophrenia[J]. Int J Neuropsychopharmacol, 2022, 25(3): 238-251.
- [14] 郭蕊,成杰,李霞,等.稳定期精神分裂症患者QTc间期延长发生情况及风险因素[J]. 国际精神病学杂志, 2025, 52(1): 65-67.
- [15] 孙丹丹,任京科,刘麦仙,等.人类职能模式康复训练对抑郁症病人心理资本及生活质量的影响[J]. 护理研究, 2024, 38(15): 2797-2801.
- [16] 冯娜,陈艳芳,赵获,等.人类职能模式康复训练结合药物治疗对精神分裂症患者社会功能及病耻感的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2022, 3(22): 159-161.
- [17] 林榕,陈俊雄,林琼静,等.职能模式康复训练联合病友自我训练小组方案对精神分裂症病人康复的影响[J]. 循证护理, 2023, 9(8): 1502-1506.
- [18] 袁雪瓶.团体绘画艺术疗法对精神分裂症患者精神症状、认知功能和睡眠质量的影响[J]. 临床与病理杂志, 2023, 43(6): 1183-1189.
- [19] 竺腾,莫苡楠,金瑞琳,等.数字疗法在精神科的临床应用与发展[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2023, 49(10): 625-630.
- [20] 李相云,张燕红,王雨,等.基于人类作业模式理论的社交训练联合书画训练干预在慢性精神分裂症病人中的应用[J]. 护理研究, 2025, 39(2): 291-296.
- [21] 单福双,袁琼,孙琳.绘画艺术干预联合社交技能训练在精神分裂症患者中的应用效果[J]. 实用临床医药杂志, 2024, 28(19): 145-148.
- [22] BRITTON M K, JENSEN G, EDDEN R A, et al. "Surviving and thriving": evidence for cortical GABA stabilization in cognitively-intact oldest-old adults[J]. Transl Psychiatry, 2025, 15(1): 79.
- [23] LI Y L, WANG L L, HUANG J C, et al. Serum neuroactive metabolites of the tryptophan pathway in patients with acute phase of affective disorders[J]. Front Psychiatry, 2024, 15: 1357293.
- [24] MANDELLI L, MILANESCHI Y, HILES S, et al. Unhealthy lifestyle impacts on biological systems involved in stress response: hypothalamic-pituitary-adrenal axis, inflammation and autonomous nervous system[J]. Int Clin Psychopharmacol, 2023, 38(3): 127-135.
- [25] 顾悦文,刘晓帆,范靖雯,等.额顶网络功能改变与精神分裂症认知损害的相关性[J]. 放射学实践, 2024, 39(8): 1007-1013.

(张西倩 编辑)

本文引用格式: 林丽芬,梅武玲,鲍星星.人类职能模式康复训练结合文娱疗法对稳定期精神分裂症患者的康复疗效[J]. 中国现代医学杂志, 2025, 35(21): 98-104.

Cite this article as: LIN L F, MEI W L, BAO X X. The therapeutic effect of combining human functional rehabilitation training with recreational therapy on stable schizophrenia patients[J]. China Journal of Modern Medicine, 2025, 35(21): 98-104.