

用管理、预防、规范治疗、心理康复、回归社会为一体的管理模式,提高重性精神疾病的规范管理率,最大限度的防止肇事肇祸的发生,维护社会的和谐稳定。

参考文献

- [1] 殷大奎. 齐心协力脚踏实地全面推进新世纪精神卫生工作[J]. 中国心理卫生杂志, 2002, 16(1): 4-8.
- [2] 陈文姬, 李英辉. 综合医院精神心理障碍患者的心理咨询方法研究(附 11 例患者临床资料分析)[J]. 中国全科医学, 2011, 14(5): 1482.
- [3] 卫生部. 卫生部关于印发《重性精神疾病管理治疗工作规范》的通知[S]. 卫疾控发[2009]104 号.
- [4] 世界卫生组织. 国际疾病分类(ICD-10): 精神与行为障碍分类. 第 10 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 38-106, 177-182.
- [5] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 山东: 山东科学技术出版社, 2001: 31-140.
- [6] 《贵阳年鉴》编辑部. 贵阳年鉴(2012)[M]. 贵州: 贵阳年鉴社, 2012: 516.
- [7] 卫生部, 民政部, 公安部, 中国残疾人联合会. 中国精神卫生工

- 作规划(2002—2010 年)[S]. 卫疾控发[2002]96 号.
- [8] 黄萍, 吴子瑜, 刘铭涛. 澜沧县重性精神病流行病学调查[J]. 中华民康医学, 2012, 24(7): 840-841.
 - [9] 王强, 李丽, 杨艺, 等. 宁夏银川市兴庆区重性精神疾病现状调查分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2012, 34(2): 134-136.
 - [10] 刘育芳, 宋艾学, 于秀梅, 等. 北京市怀柔区精神障碍流行病学调查[J]. 临床心身疾病杂志, 2005, 11(1): 23-26.
 - [11] 宋志强, 杜欣柏, 韩国玲. 青海省 18 岁及以上人群精神障碍流行病学调查[J]. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(3): 168-174.
 - [12] 丁志杰, 王刚平, 裴根祥, 等. 甘肃省天水市 18 岁及以上人群精神障碍流行病学调查[J]. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(3): 183-189.
 - [13] 张维熙, 沈渔邨, 李淑然, 等. 中国七个地区精神疾病流行病学调查[J]. 中华精神科杂志, 1998, 31(2): 69-71.
 - [14] 陈贺龙, 胡斌, 陈宪生, 等. 2002 年江西省精神疾病患病率调查[J]. 中华精神科杂志, 2004, 37(3): 172-175.
 - [15] 潘国伟, 姜潮, 杨晓丽, 等. 辽宁省城乡居民精神疾病流行病学调查[J]. 中国公共卫生, 2006, 22(12): 1505-1507.

收稿日期: 2013-09-13

(张翠编辑 周欣琳校对)

· 专题报道之七 ·

社区精神分裂症患者暴力行为家庭干预效果评价*

江长旺, 朱春燕, 陶云海, 申变红, 徐婷婷, 施剑飞

摘要:目的 探讨家庭干预对控制社区精神分裂症患者暴力攻击行为的效果, 观察家庭干预对精神分裂症患者的病情、生活质量、家庭关怀度的影响。方法 将研究对象随机分为干预组和对照组各 50 例, 干预组给予家庭干预 + 常规抗精神病药物治疗, 对照组仅给予常规抗精神病药物治疗; 运用阳性和阴性症状评定量表(PANSS)、攻击行为问卷(MOAS)、生活质量指数问卷(QL-Index)、家庭关怀度指数问卷(Family APGAR Index)及治疗中的症状量表(TESS)等量表评估 2 组入组前后 1 年内的攻击行为及病情变化等情况。结果 研究组在入组后各随访期内的攻击行为问卷评分明显低于对照组($P < 0.01$), 在入组后第 12 个月, 干预组 MOAS 均分为(1.06 ± 0.65)分较对照组(8.12 ± 2.32)分低, 差异有统计学意义; 干预组的 PANSS 评分自入组后第 2 个月开始明显低于对照组, 干预组在入组后 1 年内总住院例次为 14 例次明显低于对照组 26 例次($P < 0.01$); QL-Index、Family APGAR Index 评分在入组后各随访期均明显高于对照组($P < 0.01$)。结论 社区精神分裂症患者发生暴力攻击行为的危险性较高, 家庭干预能有效减少社区精神分裂症患者的暴力攻击行为, 有利于患者病情恢复, 提高生活质量, 值得临床应用。

关键词: 精神分裂症; 家庭干预; 攻击行为; 社区

中图分类号: R 749.059 文献标志码: A 文章编号: 1001-0580(2014)05-0544-04 DOI: 10.11847/zgggws2014-30-05-02

Effects of family intervention on aggressive behavior of schizophrenics in community

JIANG Chang-wang, ZHU Chun-yan, TAO Yun-hai, et al (Psychiatry Department, Hangzhou Seventh Hospital, Hangzhou, Zhejiang Province 310013, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effects of family intervention on aggressive behavior, life quality, and family care of schizophrenics in community. **Methods** A total of 100 schizophrenics (diagnosed based on the International Classification of Disease, 10th Revision [ICD-10]) in community were randomly divided into two groups. Fifty patients in study group were subjected to family intervention and conventional antipsychotics, while 50 patients in control group were only treated with conventional antipsychotics. All patients were followed-up and assessed with aggressive behavior questionnaire, Modified Over Aggression Scales (MOAS), Positive and Negative Symptom Scale (PANSS), Quality of

* 基金项目: 浙江省医药卫生科技计划项目(2011KAY133)

作者单位: 杭州市第七人民医院精神科, 浙江 310013

作者简介: 江长旺(1970-), 男, 江西人, 副主任医师, 本科, 研究方向: 精神医学。

通讯作者: 施剑飞, E-mail: shijf659293@sina.com.

数字出版日期: 2014-3-17 8:35

数字出版网址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/21.1234.R.20140317.0835.002.html>

Life Index Questionnaire (QL-Index), Family Adaptation Partnership/Growth/Affection/Resolve (APGAR) Index, and Treatment Emergent Symptom Scale (TESS) before and one year after the follow-up. **Results** The total number of attack and MOAS score for patients in the study group were significantly lower than those in the control group at each follow-up assessment during one year period ($P < 0.01$). The PANSS score in the study group was lower than that in the control group from the second month of the follow-up. The total hospital attendance (14) in the study group was lower than that (26) in control group during one year period. The scores of QL-Index and Family APGAR Index in the study group were higher than those in the control group at each follow-up assessment ($P < 0.01$). **Conclusion** The risk of aggressive behaviors for schizophrenics in community is quite high. Family intervention can effectively reduce the severity of aggressive behaviors of community schizophrenics, and improve life quality of the schizophrenics.

Key words: schizophrenia, family intervention; aggressive behavior; community

精神分裂症患者在社区常有暴力行为的发生,致人死亡或受伤,给社会安全和人民的生命财产造成那很大的危害^[1-2]。精神分裂症患者发生暴力行为的危险因素主要与精神症状及暴力行为史有关^[3],精神分裂症患者的暴力行为也可能因受家庭因素或邻居纠纷等不良因素刺激发生^[4]。家庭干预能显著改善精神分裂症患者的阳性、阴性症状,提高问题解决技能,改善家庭成员间的关系,降低复发率和再入院率,减少不良事件的发生率,促进就业^[5]。进一步研究家庭干预对控制精神分裂症患者暴力行为的作用,有助于减少精神分裂症患者对社会安全和人民的生命财产造成危害,因此,本研究于 2011 年 10 月—2013 年 6 月,对浙江省杭州市社区内发生过攻击行为的 100 例精神分裂症患者进行了相关的研究。现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 于 2011 年 10 月—2012 年 6 月,课题组根据杭州市精神疾病防治网络提供的信息,利用分层抽样的方法,对杭州市的 16 个社区中 482 例精神分裂症患者,按入组标准及排除标准进行了筛查。入组标准为:生活在杭州市各社区的患者;符合 DSM-IV 精神分裂症诊断标准^[6];年龄在 15 ~ 65 岁;近 1 年内有一次暴力伤人或毁物史或有酒精滥用史;PANSS 量表评分幻觉或妄想等阳性精神病性症状有一项评分 ≥ 2 分;能配合服药维持治疗;排除标准:有严重躯体疾病;有其他精神或智能障碍者;有严重自杀企图者。最终入选 100 例精神分裂症患者,将入选患者随机分为干预组和对照组,各 50 例,干预组采用家庭干预 + 常规抗精神病药物治疗,对照组仅给予常规抗精神病药物治疗。干预时间为 1 年。研究对象均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 家庭干预 家庭干预人员由 5 位主治及主治以上职称的精神科专业医生,经家庭干预相关技术培训后组成家庭干预小组,对干预组患者实施家庭干预。家庭干预分为个别家庭干预及团体家庭干预,个别家庭干预每月 1 次,团体家庭干预每 2 个月

1 次。家庭干预内容:(1)根据当前病人表现,进行针对性的分析讲解和指导;(2)支持性心理治疗,家庭气氛与亲属态度干预;(3)讲解抗精神病药物作用、用法、副反应、维持治疗的重要性、复发先兆;(4)创造良好的家庭环境,协调家庭关系,调整家庭成员交流中存在的问题,鼓励家庭成员给予健康支持;(5)训练问题处置能力,提高解决问题技巧。(6)建立自理模式,调动患者主观能动性,矫正各种不良行为,促进社会功能的恢复,提高生活质量。(7)突发事件的处理,如病情出现复发苗头或遇重大应激事件,家属可及时与医师联系、及时家访,对症处理或危机干预。

1.2.2 评估 评估人员由 4 位住院及住院以上职称的精神科医生经相关量表测评培训后组成测评小组,在患者入组时及入组后第 1、2、3、6、12 个月进行随访,负责相关量表的评定和问卷的填写,研究对象的分组类别对测评小组成员实施保密。评价工具为自编一般情况和攻击行为调查问卷,主要包括患者的性别、年龄、文化程度、婚姻状况、工作/学习状况、居住情况、诊断、病程、使用的抗精神病药物、躯体疾病史、攻击行为次数、住院次数等;阳性和阴性症状评定量表 (Positive and Negative Symptom Scale, PANSS)^[7];修订后的攻击行为问卷 (Modified Over Aggression Scales, MOAS)^[8];酒精依赖疾患识别测验 (The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT)^[9];生活质量指数问卷 (Quality of Life Index Questionnaire, QL-Index)^[10];家庭关怀度指数问卷 (Family Adaptation/Partnership/Growth/Affection/Resolve Index, Family APGAR Index)^[11];治疗中的症状量表 (Treatment Emergent Symptom Scale, TESS)^[12]。

1.3 统计分析 采用 SPSS 16.0 统计软件。采用 χ^2 检验进行定性资料的统计检验,采用非参数检验、 t 检验完成定量资料的统计检验。

2 结果

2.1 基本情况 (表 1) 干预组患者中年龄 16 ~ 65 岁,平均 (37.04 \pm 9.83) 岁;病程 3 个月 ~ 10 年,平

均(6.80 ± 5.91)年;过去 1 年发生攻击行为的次数为 1~4 次,平均(2.56 ± 0.86)次。对照组患者年龄 15~65 岁,平均(37.78 ± 9.43)岁;病程 3 个月~11 年,平均(7.02 ± 6.07)年,过去 1 年发生攻击行为的次数为 1~5 次,平均(2.72 ± 0.86)次,2 组的年龄、病程及在过去 1 年内的攻击行为次数、性别、文化程度、居住情况等因素经统计学 χ^2 检验,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 2 组基本情况比较

项目		干预组	对照组	χ^2 值	P 值
性别	男性	28	27	0.040	0.841
	女性	22	23		
文化程度	文盲	4	4	0.199	0.978
	小学	14	13		
	中学	18	17		
婚姻状况	大专及以上	14	16	0.794	0.672
	未婚	16	12		
	已婚	26	29		
工作状况	离异	8	9	0.161	0.841
	在职	22	24		
居住情况	离职或无业	28	26	0.300	0.861
	与配偶或子女同住	23	21		
	与父母同住	24	27		
	独居	3	2		

2.2 2 组患者各量表评分比较(表 2) 干预组与对照组在入组时 MOAS、PANSS、Family APGAR Index、QL-Index、AUDIT 及 TESS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。入组后研究组 MOAS、AUDIT 及 TESS 评分逐步下降,较对照组在入组后的第 1 个月起的各随访期内均低,差异有统计学意义($P < 0.05$),Family APGAR Index 及 QL-Index 评分逐步增加,均较对照组评分在入组后各随访期内高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 住院情况比较 干预组在入组前 1 年内住院例次为 29 例次,对照组住院例次为 28 例次,2 组在入组前 1 年内住院例次差异无统计学意义($\chi^2 = 0.040, P > 0.05$);干预组在入组后 1 年内住院例次为 14 例次,较入组前 1 年住院例次有明显减少,差异有统计学意义($\chi^2 = 9.890, P < 0.01$);对照组在入组后 1 年住院例次为 26 例次,较入组前 1 年无明显减少($\chi^2 = 0.160, P > 0.05$)。干预组在入组后 1 年内住院例次明显低于对照组($\chi^2 = 6.112, P < 0.01$)。结果表明家庭干预能有效减少精神分裂症患者的住院率。

表 2 2 组入组后 1 年内各随访期量表评分比较($\bar{x} \pm s$)

量表	时间	干预组	对照组	t 值	P 值
MOAS	入组时	11.50 ± 1.71	11.71 ± 1.51	-0.741	0.460
	入组后 1 月	8.44 ± 1.34	9.40 ± 2.71	-2.244	0.020
	入组后 2 月	7.16 ± 1.09	8.86 ± 2.71	-4.112	0.000
	入组后 3 月	2.76 ± 0.72	9.22 ± 3.09	-14.391	0.000
	入组后 6 月	1.56 ± 1.11	8.94 ± 2.27	-20.643	0.000
	入组后 12 月	1.06 ± 0.65	8.12 ± 2.32	-20.733	0.000
PANSS	入组时	49.61 ± 7.04	49.90 ± 6.66	-0.19	0.851
	入组后 1 月	47.41 ± 5.25	48.20 ± 5.3	-0.83	0.400
	入组后 2 月	47.20 ± 3.80	49.41 ± 3.32	-3.08	0.000
	入组后 3 月	42.81 ± 5.78	46.20 ± 4.45	-3.33	0.000
	入组后 6 月	42.80 ± 5.68	47.01 ± 4.84	-1.35	0.000
	入组后 12 月	42.71 ± 4.04	46.20 ± 4.04	-4.31	0.000
FamilyAPGARindex	入组时	2.80 ± 0.99	2.92 ± 0.81	-0.66	0.507
	入组后 1 月	5.64 ± 0.80	3.34 ± 0.77	14.60	0.000
	入组后 2 月	4.84 ± 0.89	3.08 ± 0.83	10.24	0.000
	入组后 3 月	6.28 ± 0.73	3.44 ± 0.58	21.59	0.000
	入组后 6 月	6.04 ± 0.88	2.82 ± 0.75	19.72	0.000
	入组后 12 月	6.40 ± 1.18	2.92 ± 0.92	16.45	0.000
QL - Index	入组时	2.72 ± 0.67	2.72 ± 0.71	0.01	1.001
	入组后 1 月	3.96 ± 0.88	3.08 ± 0.72	5.46	0.000
	入组后 2 月	4.32 ± 1.33	3.18 ± 0.77	5.23	0.000
	入组后 3 月	6.04 ± 0.92	3.22 ± 0.68	17.38	0.000
	入组后 6 月	6.16 ± 0.74	2.72 ± 0.88	21.15	0.000
	入组后 12 月	6.64 ± 0.85	2.84 ± 0.84	22.44	0.000
AUDIT	入组时	6.48 ± 3.17	6.74 ± 2.71	-0.44	0.661
	入组后 1 月	4.68 ± 1.33	5.72 ± 2.38	-2.69	0.000
	入组后 2 月	4.01 ± 1.40	6.02 ± 2.13	-5.55	0.000
	入组后 3 月	1.80 ± 0.86	5.46 ± 2.13	-11.27	0.001
	入组后 6 月	1.46 ± 0.65	5.72 ± 2.04	-14.07	0.000
	入组后 12 月	1.34 ± 0.59	6.06 ± 1.99	-16.04	0.000
TESS	入组时	7.04 ± 1.26	6.98 ± 1.04	0.26	0.802
	入组后 1 月	6.08 ± 1.18	6.72 ± 1.21	-2.68	0.000
	入组后 2 月	6.52 ± 0.81	7.28 ± 1.14	-3.83	0.000
	入组后 3 月	4.72 ± 0.78	7.62 ± 1.28	-13.70	0.000
	入组后 6 月	4.80 ± 1.31	7.22 ± 1.37	-9.01	0.000
	入组后 12 月	4.16 ± 0.98	7.06 ± 1.32	-12.52	0.000

3 讨论

精神分裂症患者暴力行为的危险因素包括幻觉、妄想等阳性精神病症状及暴力攻击史^[3], 本研究所选的研究对象均包含以上 2 个危险因素, 则预示着研究对象均有较高的攻击危险性。研究结果表明, 社区中精神分裂症患者的暴力攻击行为仍较多见。

精神分裂症患者的攻击行为除了与精神症状有密切关系, 王洪明等^[13]研究发现, 社区精神分裂症患者的攻击行为的发生是偏执冲动人格、心理社会因素、精神症状交互作用的结果, 生活事件作为心理刺激因素不仅影响病情的变化, 而且使患者面对这些负性生活事件时采取攻击行为。由此可见, 要预防和减少社区中精神分裂症患者的攻击行为, 不仅要依靠药物控制患者的精神症状, 还必须要从调整患者的不良人格, 改善患者的家庭关系和社会支持, 提高患者及其家属解决问题的能力入手。家庭干预是一项综合性的干预措施, 包括了药物指导, 健康宣教, 认知行为及其他心理疗法, 应激事件的危机干预等等, 它对促进患者的心理健康和人格完善, 改善患者的精神症状, 提高患者的社会支持水平等多方面有效^[14-16]。本研究结果表明, 家庭干预能快速、有效的减少社区精神分裂症患者的攻击行为, 降低攻击行为的严重程度, 并且能起到提高患者的家庭关怀度, 改善生活质量, 缓解精神症状, 减少住院, 减少患者对酒精依赖的不良行为, 降低药物不良反应等作用, 表明家庭干预是目前比较有效的控制社区精神分裂症患者暴力攻击行为的方法。

本研究在实施过程中也发现, 家庭干预是一项非常复杂的技术工作, 要求家庭干预人员要具备扎实的心理治疗专业技术, 良好的沟通技巧, 快速的危机处理能力等, 因此希望相关部门今后能加强培养

这方面的专业技术人员, 为社区精神病患者提供更有效的专业服务。

参考文献

- [1] Fzel S, Långström N, Hjern A, et al. Schizophrenia, substance abuse and violent crime[J]. JAMA, 2009, 301: 2016 - 2023.
- [2] Fzel S, Gulati G, Linsell L, et al. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2009, 6: 1 - 15.
- [3] 方传荣. 117 例精神分裂症患者暴力行为的临床资料分析[J]. 中国民康医学, 2010, 22: 2256.
- [4] 刘世华. 65 例精神病人暴力行为特征分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2008, 16: 613 - 614.
- [5] Giron M, Fernandez-Yanez A, Mana-Alvarenga S, et al. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study [J]. Psychological Medicine, 2010, 40: 73 - 84.
- [6] Frances A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition): schizophrenia and other psychotic disorders [M]. American Psychiatric Association Washington, DC, 1994, 273 - 286.
- [7] 汪向东. 阳性和阴性症状评定量表. 心理卫生评定量表手册 [M]. 北京, 中国心理卫生杂志 (增订版), 1999: 267 - 276.
- [8] 张作记. 修订后的攻击行为问卷. 行为医学量表手册 [M]. 北京, 中华医学电子音像出版社, 2005: 352 - 353.
- [9] 汪向东. 酒精依赖疾患识别测验. 心理卫生评定量表手册 [M]. 北京, 中国心理卫生杂志 (增刊), 1993: 308 - 311.
- [10] 张作记. 生活质量指数问卷. 行为医学量表手册 [M]. 北京, 中华医学电子音像出版社, 2005: 99 - 101.
- [11] 张作记. 家庭关怀度指数问卷. 行为医学量表手册 [M]. 北京, 中华医学电子音像出版社, 2005: 156.
- [12] 张明园. 治疗中的症状量表. 精神科评定量表手册 [M]. 长沙, 湖南科学技术出版社, 1998: 197 - 202.
- [13] 王洪明, 胡世辉, 段明君, 等. 社区精神分裂症患者攻击行为的相关因素研究 [J]. 四川精神卫生, 2010, 23(1): 26 - 29.
- [14] 赵宝龙, 沈静静, 施永斌, 等. 精神分裂症患者家庭干预的三年随访 [J]. 中华精神科杂志, 2000, 33(4): 233 - 236.
- [15] 姚华华, 夏金校, 曹世林, 等. 系统性家庭干预对慢性精神分裂症患者生活质量的影响 [J]. 中国医师杂志, 2011, 13(11): 1509 - 1511.
- [16] 杜召云, 张丽, 陈景清, 等. 家庭干预前后精神分裂症病人家庭支持和生活质量变化的研究 [J]. 中国护理管理, 2005, 5(3): 32 - 34.

收稿日期: 2013-09-24

(韩仰欢编辑 周欣琳校对)