

简述首发精神分裂症患者预后影响因素

刘丽荣

【中图分类号】 R749.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1007-3256 (2013) 01-0062-04

精神科疾病中精神分裂症是比较常见的一种疾病,约占我国住院精神病人的 50% 左右,慢性精神病院病人的 60% 左右^[1]。精神分裂症是一组常见的病因尚未完全阐明的精神病,病程多迁延,其发病主要表现为思维、感知、情感、认知及意识行为等多方面的障碍和精神活动与环境的不协调。其发生不仅影响病人生活工作,同时也给社会家庭带来沉重负担。20 世纪 50 年代以来,随着抗精神病药物的广泛应用,临床缓解率有明显提高,但是精神分裂症病人长期结局并不理想,多数残留有阴性症状,社会功能不同程度受损,因此,分析哪些因素影响精神分裂症的预后,有助于实施干预,故本文就首发精神分裂症预后影响因素作一简述。

1 患者一般情况与预后

患者的年龄、性别、出生胎次、职业、婚姻、性格特征、家庭背景均与预后有关。目前普遍的观点是病人起病年龄越小,其预后越差。精神分裂症的发育理论认为,个体病前的某些因素和特征,能帮助个体克服精神病态的影响。而病前职业功能水平的高低,通常是获得技能高低及自身素质基础好坏的标志,与教育程度、智力水平及职业状况等互为因果,有研究表明病前教育程度、智力水平、职业功能水平越高预后越好^[2]。而病人本身的某些性格特征也有助或者不利于疾病的恢复^[3]。

2 家族史与预后

有学者在 2 年的随访中得出结论,家族性精

神分裂症较散发性精神分裂症的稳定性差,复发者多,可能与家族性精神分裂症自知力恢复差,服药依从性不好等因素有关。学者的研究结论也不尽相同,李成林^[4]将病人家族中有无一、二级亲属精神病的分为散发性和家族性精神分裂症两组,研究结果发现两组在发病年龄、住院次数、复发次数、诱发因素、病前性格、临床综合征、疗效及目前社会功能方面均无显著性差异。

3 疾病特点与预后

Crow1980 年首先将精神分裂症分为阳性和阴性症状两大类,即以阳性症状群为主的称为 I 型,以阴性症状群为主的称为 II 型^[1]。以阴性症状为主要表现的分裂症预后不良已众所周知。近年来,有关阴、阳性症状的发生机制、对神经阻滞剂的反应及其与预后的关系研究认为,以阴性症状为主要表现的精神分裂症病人常存在脑结构的异常、多巴胺功能低下及对神经阻滞剂反应不佳,预后不良^[5,6,7]。起病较急者症状常较突出,易被旁人注意,较早接受医疗干预,这亦可能是预后较好的原因之一。起病急,治疗及时预后较好。而有攻击行为的病人则可更可能妨碍他们获得家庭社会支持而使其处于更为明显的社会隔离状态,不利于预后。

4 病程特点与预后

Johannessen^[8]等研究发现首发精神分裂症患者的 DUP(duration of untreated psychosis,未治疗的精神病期)越短,预后越好。研究发现短的双程和病前好的社会功能与好的治疗反应有关,提示早期的抗精神病药治疗是非常重要的^[9]。Tirupa-

ti^[10]等研究了 DUP 与多年未治疗的精神分裂症病人治疗结局的相关性,也得出了同样的结论,即较长的 DUP 与较差的预后有关。Harris^[11]等研究发现 DUP 超过 3 个月时,精神状况、生活质量、社会和职业功能显著差;DUP 超过 1 年,显示较差的结局。

5 生物学因素影响

较多研究提示,多巴胺和去甲肾上腺素(NA)等活动增加,易导致精神分裂症复发。在对于一些神经化学物质、神经内分泌和神经形态学研究发现,它们还可能预测病人对抗精神病药治疗(neuroleptic treatment, NT)的反应,从而对于复发产生影响,即:①神经化学物质:对血浆高香草酸(pHVA)的测定表明,对于 NT 有反应的病人与难治性病人相比,前者在治疗前 pHVA 水平较高。②神经内分泌:用药后血清催乳素(PRL)浓度相对低者易复发。③神经形态学:脑结构异常如脑室扩大、皮质及皮质下萎缩可能提示对于 NT 反应不佳,虽然两者关系尚不确定,但难治性病人常有脑结构异常。④药代动力学:病人对 NT 的不同反应,可能是不同的药代动力学的反映。比如在氟哌啶醇治疗中,其无活性的代谢产物血浆浓度越高,疗效越差。此外,有 2 年的随访研究发现:事件相关电位(ERPs)中 NA 的延迟很可能是在药物维持治疗下的缓解期预测精神分裂症复发的神经心理学指标,复发者较未复发者有明显的 NA 峰值潜伏期的延迟。

6 神经心理缺损与预后

诸多研究提示神经心理缺损可预测精神分裂症病人对治疗的反应。Goldstein 将 81 例首发精神分裂症病人和分裂情感病人分为治疗有反应组和治疗无反应组,并比较两组的神经心理测查,结果显示,治疗有反应组显示较高的言语智力评分和阅读评分,而韦氏成人智力的某些方面、威斯康星卡片分类测验的持续反应数降低。治疗有反应组较治疗无反应组前额叶体积增大。提示神经心理缺损与精神分裂症病人治疗的反应有关^[12]。

7 药物治疗与预后

从第一个抗精神病药氯丙嗪诞生至今已过了半个世纪,目前临床药物治疗包括经典抗精神病药和非经典抗精神病药。前者对控制阳性症状有效,但对阴性症状则疗效不佳,不良反应多见。后者对于阳性、阴性症状均有效,且不良反应较小,故而药物依从性优于前者,可能是服用后者复发率较低的原因之一。首次住院疗效正是反映早期系统规则生物学治疗的成果,以缓解症状,防止复发目的的早期治疗阻止疾病的进展并改善长期预后。临床大量统计资料表明,大多数精神分裂症的复发与自行停药有关。坚持维持量服药的病人复发率为 40%。而未坚持维持量服药者复发率高达 80%^[13]。我国精神科专家一致认为,病人对治疗的不依从或部分依从是导致精神分裂症复发和再住院的最主要因素。

8 季节变化影响

精神分裂症病人常有周期性行为紊乱,并且还有一定的季节性,如躁动不安、攻击或暴怒等等。有观点认为,春季精神疾患多发的原因主要是因为春季冷空气活动频繁,气温高、低,天气晴、雨和气压高、低等变化无常,容易影响人的情绪,加上天气转暖,代谢进入旺盛期,引起人体的一些内环境和内分泌活动发生变化。

9 物质滥用与预后

许多研究发现大约一半达到精神分裂症诊断标准的病人同时也符合物质滥用的诊断标准。多数研究认为精神分裂症合并物质滥用者的复发率远远高于未合并物质滥用者。据报道,持续使用酒精或其他精神活性物质对于精神分裂症病人的结局是一个不利因素。最常见的物质滥用为酒精滥用,患病率为 17.4% 和 34.6%^[14]。从具体的成瘾物质方面考查,在现在和既往住院精神病人中为了达到心情愉快、放松和消除烦闷而使用酒精的为 45% ~ 60%。

10 社会的偏见和歧视

精神分裂症病人大脑功能紊乱,精神活动异常,特别在幻听、幻视、妄想等精神症状支配下,发生伤人、自伤、自杀、毁物行为,破坏家庭、社区、工作单位的和谐和正常秩序,给家人、邻里、同事造成伤害,甚者影响社会治安。社会舆论对他们怀有恐惧、不理想、不宽容的心理。他们为保护自己,对周围人敏感、多疑,存有敌意,孤独、退缩,脱离现实,人际关系紧张,而学习、工作、家庭遭受排挤或挫折,生活质量下降。一方面他们必须面对精神症状本身带来的各种痛苦,另一方面不得不忍受社会对他们的误解而产生的种种偏见。当他们不能正确对待及处理生活中的事件及相关的社会矛盾时就会复发。病人及家属对疾病耻辱感是阻止病人康复的一大障碍。这种歧视来源于社区人群和医护人员,表现在对病人的态度,就业、升学、住房、婚姻等生活的方方面面。这种歧视严重妨碍了病人与社会接触,给病人的心理造成极大的负面影响,有可能导致病人社会功能的退化、疾病复发甚至出现消极自杀行为。这种耻辱感的成因一方面可能来源于病人本人的心理认知,另一个重要的原因是社会公众对疾病的一贯看法和态度^[15]。

11 家庭、社会关爱与预后的关系

社会心理学研究指出,家庭社会情感表达对于精神分裂症的疗效及预后起着至关重要的作用。Haroah FM^[16]等提出,精神分裂症病人普遍存在着来自外部环境的易伤害性,其中来自于家庭成员的情绪气氛和行为表现对病人的预后有着重要的影响,家庭成员对病人的责难敌意及过度的情感介入往往是导致复发的重要原因。有研究表明,家庭的过度指责和过度包涵都会影响病人病情。国内李淑然^[17]的研究就强调了家庭照顾对精神病病人预后的重要性。

家属虽然长期承担着对病人基本生活的照料任务,却往往不知道如何照料病人,如何对待病人的异常言行和如何提供良好的家庭治疗环境。同

时,对病人家属而言,照料精神分裂症病人本身就是一种相当沉重的精神负担,他们常常表现出焦虑、内疚、烦恼和沮丧等情绪反应,不能正确对待病人的异常行为。有的是过分地关注和保护病人,减少了病人与社会的接触,使病人复发率大大增加。研究说明,与配偶共同生活的病人,复发率较低,而离婚和独身者复发率较高。被朋友、邻居和家庭歧视,工作机会减少,会使病人病情加重。

综上所述,影响首发精神分裂症预后因素较多,为了首发精神分裂症病人有良好的结局,我们可以通过各种方式进行适当的干预,从而促进病情的恢复,社会功能的保持。首先,可以组织康复期病人学习与精神疾病相关的科普知识,了解抗精神病药物的作用和治疗过程中的药物不良反应,减少因药物不良反应而出现的紧张心理状态,提高病人对精神疾病的认知能力。强化坚持服药的重要性,不要认为精神症状消失病就好了,不用服药或认为长期服药会使脑子变坏了,更不要存侥幸心理,从而加强病人服药依从性。其次,可以对病人及家属进行心理干预,这样能促进患者和家属规则就医以对精神疾病有正确的认识,预防复发,增强服药依从性和提高生活质量,促进病人康复。国内外许多对精神分裂症病人家庭的研究表明,对患者家庭的心理教育,可减少来自社会生活中的不良应激和家庭情绪表达,降低复发率。第三,加强社区防治,要早期发现病人,早期治疗,预防复发,必须在社会建立精神疾病的防治机构,在基层医疗保健组织普及精神疾病的防治知识。最后,开展各种社区康复措施如家庭治疗,生活技能训练,精神卫生知识宣教,从而促进首发精神分裂症患者社会功能更好的恢复及保持,减少复发机率,延缓病情的进程。

参 考 文 献

- 1 沈渔邨. 精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:6,393.
- 2 Liu TQ, Yang DS, Hao W, et al. Factors associated with schizophrenic relapse: one year follow-up study[J]. 中国神经精神疾病杂志,2000,8(5):264~266.
- 3 翟金国,赵靖平,陈晋东,等. 精神分裂症患者的家庭负担研究[J]. 上海精神医学,2006,18(4):233~235.

- 4 成林. 家族性与散发性精神分裂症临床对照研究[J]. 四川医学, 2004, 25(3): 311 ~ 332.
- 5 Westermeyer JF, Harrow M. Prognosis and outcome using broad (DSM - II) and narrow (DSM - III) concepts of schizophrenia [J]. Schizophr Bull, 1984, 10(4): 624 ~ 637.
- 6 Rabinowitz J, Modai I, Inbar—Saban. Understanding who improves after psychiatric hospitalization[J]. J Acta Psychiatr Scand, 1994, 89(3): 152 ~ 158.
- 7 Heresco - levy U, Greenberg D, Leler B, Dasberg H, Brown WA. Trial of maintenance neuroleptic dose reduction in schizophrenic outpatients; two - year outcome [J]. J Clin Psychiatry, 1993, 54(2): 59 ~ 628.
- 8 Johannessen JO, McGlashan TH, Larsen TK, et al. Early detection strategies for untreated first - ep isode psychosisl [J]. Schizophr Res, 2001, 51(1): 39 ~ 461.
- 9 Perkins D, Lieberman J, Gu H, et al. Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders[J]. Br J Psychiatry, 2004, 185(1): 18 ~ 241.
- 10 Tirupati NS, Rangaswamy T, Raman PI Duration of untreated psychosis and treatment outcome in schizophrenia patients untreated formany years[J]. Aust NZJ Psychiatry, 2004, 38(5): 339 ~ 431.
- 11 Harris MG, Henry LP, Harrigan SM, et al. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: An eight - year prospective study[J]. Schizophr Res, 2005, 79(1): 85 ~ 931.
- 12 Goldstein RZ, Giovannetti T, Schullery M, et al. Neurocognitive correlates of response to treatment in formal thought disorder in patients with first - ep isode schizophrenial [J]. Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol 2002, 15(2): 88 ~ 98.
- 13 李汶, 莫金娜. 关于制药企业洁净厂房(区)验收工作的探讨 [J]. 中国药事, 2006, 20(9): 562.
- 14 潘忠民, 张大春. 实施 GMP 后我国医药企业现状及应对策略探讨[J]. 安徽医药, 2006, 9(10): 716.
- 15 Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business[J]. Med J Aust, 2003, 178(9 Suppl): 47 ~ 48.
- 16 Haroah FM, Mari JJ, streiner D, et al. Family intervention for schizophrenia[J]. Cochrane Syst Re, 2000, 37(9)88 ~ 89.
- 17 李淑然, 陈昌惠, 张维熙. 家庭照顾对精神分裂症预后的影响 [J]. 中国心理卫生杂志, 1987, 1(1): 180 ~ 183.

(收稿: 2012 - 06 - 29)

儿童虐待的影响和干预

王从辉 徐改玲*

【中图分类号】 R749

【文献标识码】 A

【文章编号】 1007-3256 (2013) 01-0065-04

儿童虐待对个体的躯体发育和心理发展造成了一定的影响,并且影响是复杂的,有时甚至是毁灭性的。研究发现儿童虐待与大多数的精神障碍相关,但多为关联性研究,其在精神障碍中的具体作用仍不清楚。因此,为了降低或消除儿童虐待及其影响,重要、有效的途径是干预。目前我国相关的干预意识和措施都比较欠缺,国外由于政府的参与、重视和制度的相对完善,要进步许多,但由于儿童虐待本身的复杂性,仍面临着许多问题和困惑。本文对有关儿童虐待影响和干预的观点

及措施简述于后。

1 影响与可能机制

时至今日,我们可以看到,几乎所有成人的精神障碍都与童年创伤有联系,而目前对儿童虐待的研究也越来越接近这一程度。国内外认为与儿童虐待相关的心理特征和精神障碍有:自尊、自我意识、应对方式、人际关系、心理弹性、人格特征、成瘾、自杀、认知、分离体验、行为障碍、适应障碍、抑郁障碍、焦虑障碍等。其中对儿童虐待最普遍和直接的反应是抑郁、焦虑、易激惹,而目前较为肯定和关注的相关精神问题是抑郁障碍、分离体验和人格障碍。另外,儿童虐待还与儿童营养不良、发育迟

作者单位:300022 天津市精神卫生中心

* 通讯作者