

能正常的卒中后非流利性失语症患者视图命名能力的疗效对比分析 (J). 中国脑血管病杂志, 2021, 18(2): 84-90.

(14) 华何柳, 张百祥, 刘娟, 等. 直接摄食指导结合经颅直流电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察及对误吸程度的

影响 (J). 中国当代医药, 2020, 27(36): 60-63.

(15) 段秋霞. 经颅直流电刺激联合任务导向性训练对脑卒中后偏瘫患者肢体功能及 NIHSS 评分的影响 (J). 湖北科技学院学报 (医学版), 2020, 34(4): 329-331.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)18-0099-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.18.031

心理治疗对强制医疗住院患者精神症状及暴力风险评估的影响

杨 醒 叶深谋

(厦门市仙岳医院, 福建 厦门 360001)

〔摘要〕 **目的:** 分析心理治疗对强制医疗住院患者精神症状与暴力风险评估的影响。**方法:** 本研究对象为 40 例 2020 年 1 月至 2020 年 6 月在厦门市仙岳医院接受治疗的强制医疗住院患者, 随机将患者分为对照组及观察组, 各 20 例, 给予所有患者常规药物治疗、健康宣教、安全防护等干预措施, 观察组患者在接受常规干预的基础上参与心理治疗, 通过阳性与阴性症状量表 (PANSS) 评估患者精神症状改善情况, 通过 FoVOx 评估患者暴力风险行为, 采用住院精神病者社会功能评定量表 (SSFPI) 进行社会功能评定, 采用简明精神病评定量表 (BPRS) 进行精神状态评定, 通过精神分裂症患者生活质量量表 (SQLS) 进行生活质量评估。比较两组患者精神症状改善情况、暴力风险行为、精神状态与社会功能改善情况以及生活质量改善情况。**结果:** 干预后, 观察组患者的阳性症状、阴性症状与一般精神病理症状评分均比对照组更低, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者干预后的暴力风险高风险占比低于对照组, 低风险占比高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后, 与对照组患者比较, 观察组 SSFPI 评分更高, BPRS 评分更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预前, 两组患者 SQLS 评分的各项评分与总评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组患者心理社会、症状/副反应、动机/精力评分及总分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 强制医疗住院患者参与心理治疗有利于减轻精神症状, 降低暴力风险, 对于改善患者精神状态与生活质量有积极意义。

〔关键词〕 强制医疗住院患者; 心理治疗; 精神症状; 暴力风险评估

〔中图分类号〕 R 473.74 〔文献标识码〕 B

强制医疗具有非自愿性、强制性等特点, 对象包括重度传染性疾病、精神障碍、吸毒、性病者等, 其中以精神病患者以及对吸毒人员进行强制戒毒等较为常见^[1-2]。强制医疗的目的在于国家为维护公共健康, 通过强制治疗的方式以取得疾病治愈、避免疾病传播的目的, 对于维护公共健康利益以及社会稳定有非常重要的价值。强制医疗对患者心理健康可造成一定的损害, 容易影响患者的治疗积极性和配合度, 甚至会导致患者产生暴力行为, 危害自身健康、社会公共卫生健康及社会稳定, 因此, 有必要予以患者针对性的干预措施^[3-4]。相关研究显示^[5-6], 心理治疗对于稳定和改善患者心理状态以及情绪状态有重要意

义, 可减轻其精神症状并使暴力风险得到有效降低。本研究选取 40 例强制医疗住院患者, 分析患者参与心理治疗对其精神症状及暴力风险评估所产生的影响, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究对象为 40 例 2020 年 1 月至 2020 年 6 月在厦门市仙岳医院接受治疗的强制医疗住院患者, 随机将患者分为对照组及观察组, 各 20 例。对照组患者男性 11 例, 女性 9 例, 年龄 21 ~ 58 岁, 平均年龄 (42.03 ± 6.17) 岁; 观察组患者男性 12 例, 女性 8 例, 年龄 20 ~ 60 岁, 平

〔收稿日期〕 2022 - 07 - 20

〔作者简介〕 杨醒, 女, 主治医师, 主要研究方向是精神病与精神卫生。

均年龄(42.31 ± 6.14)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:(1)患者具备一定的自知力;(2)患者年龄18~60岁;(3)患者监护人或者家属对本研究方案知情同意;(4)全程配合完成各项干预措施以及相关研究。排除标准:(1)伴肝、肾、肺、脑、心脏躯体病变者;(2)伴精神发育迟滞者;(3)伴智力障碍或者人格障碍者;(4)中途脱落或者退出本研究者;(5)伴代谢性病变后者免疫系统功能病变者;(6)处于妊娠阶段或者哺乳阶段者。

1.2 方法

为所有患者提供常规药物治疗,同时给予患者健康宣教、安全防护以及保护性隔离等干预措施,在此基础上观察组患者参与心理治疗:引导患者对心理障碍进行自我评估,以便能够更加有针对性地为患者提供心理治疗技术,包括以下方面,(1)意义及目标治疗法:引导患者在人生的低潮中确定人生目标方能够重新发现人生的意义并通过不断努力、不断提升自我的方式使人生得到充实。(2)正念疗法:引导患者观察自我思维及情绪,并帮助患者探索不良情绪带来的压力及不良行为反应,从而改进应对行为的偏差,及时进行削弱冲动情绪并进行正确方向的引导,改善负性情绪。(3)人际冲突化解法:帮助患者认清自身人格缺陷,学会善待自己、尊重他人、自立自强,培养独立的人格。(4)认知行为治疗:引导患者对自身情绪及压力来源进行探索,从而使患者意识到不够理性或消极,冲动的想法,使患者能清楚地看到自身情绪情况及情感反应并以更有效的方式应对,即从改变对事物事件的认知从而减少患者冲动暴力行为的发生。(5)压力及情绪疏导法:对患者情绪障碍来源进行分析及汇总,使患者明确不良情绪对身心健康造成的损害,如心情持续低落、苦闷等可诱发各种心理问题,指导患者能够通过个体情绪疏导等方式及时释放内心负面情绪或者消极情绪。

1.3 观察指标

(1)观察干预前与干预后3个月患者精神症状改善情况,以阳性与阴性症状量表(positive and negative syndrome, PANSS)为评估工具,阳性量表、阴性量表以及一般精神病理量表项目分别为7项、7项及16项。阳性量表及阴性量表评分范围均为7~49分,一般精神病理量表评分范围为16~112分,分值越高则表明患者精神症状越严重。(2)观察干预后患者暴力风险行为情况,通过FoVOx(<https://oxrisk.com/fovox-4/>)对患者暴力风险行为进行评估,评估项目包括性别、年龄、既往是否有暴力犯罪史、主要出院诊断、住院期间或者出院时间是否存在药物滥用现象,既往是否有药物滥用史、

住院期间或者出院时是否有酒精滥用史,出院诊断是否有人格障碍、入院前是否有工作、住院次数、住院时长。在院及出院后2年患者暴力风险评估标准如下: $< 5\%$:低风险; $\geq 5\% \sim \leq 20\%$:中风险; $> 20\%$:高风险。

(3)观察干预前后患者精神状态与社会功能改善情况,通过住院精神病患者社会功能评定量表(scale of social function in pshchosis inpatients, SSFPI)进行社会功能评定,评估项目包括动性、交往情况、社会活动能力及日常生活能力,应用李克特(Likert)5级评分法实施评估,总评分为48分,分值越高则社会功能越好。通过简明精神病评定量表(brief psychiatric rating scale, BPRS)对患者精神状态进行评估,内容包括激活性、敌对猜疑、缺乏活力、思维障碍、焦虑抑郁,评分范围为18~126分,得分越高则患者精神病性症状越严重。(4)分析干预前后患者生活质量改善情况,通过精神分裂症患者生活质量量表(schizophrenic quality of life scale, SQLS)对患者生活质量进行评估,共计30个项目,可分为3个分量表,分别为心理社会、症状/副反应以及动机/精力,评分越高则患者生活质量越差。

1.4 统计学方法

采用SPSS 23.0软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后精神症状比较

干预前,两组患者精神症状评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组患者的阳性症状、阴性症状与一般精神病理症状评分均比对照组更低,差异均具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者干预前后精神症状比较($n=20, \bar{x} \pm s$,分)

组别	时间	阳性症状	阴性症状	一般精神病理
对照组	干预前	21.87 ± 0.87	20.84 ± 4.11	42.55 ± 4.23
	干预后	12.85 ± 2.12	17.25 ± 2.07	40.07 ± 4.18
观察组	干预前	22.02 ± 0.85	21.03 ± 4.09	42.48 ± 4.20
	干预后	10.14 ± 2.07 ^a	15.14 ± 2.05 ^a	35.21 ± 4.09 ^a

注:与对照组干预后比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者暴力风险比较

观察组患者干预后的暴力风险高风险占比低于对照组,低风险占比高于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者暴力风险比较($n=20, n(\%)$)

组别	高风险	中风险	低风险
对照组	4(20)	5(25)	11(55)
观察组	0(0) ^b	3(15)	17(85) ^b

注:与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者干预前后 SSFPI 评分及 BPRS 评分比较

干预前, 两组患者的 SSFPI 评分及 BPRS 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 与对照组患者比较, 观察组 SSFPI 评分更高, BPRS 评分更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者干预前后精神症状比较 ($n = 20, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	SSFPI 评分	BPRS 评分
对照组	干预前	23.09 ± 2.07	36.50 ± 3.21
	干预后	28.25 ± 2.12	25.37 ± 3.10
观察组	干预前	23.12 ± 2.02	36.41 ± 3.17
	干预后	36.51 ± 2.07 ^c	18.02 ± 3.05 ^c

注: SSFPI 一住院精神病患者社会功能评定量表; BPRS 一简明精神病评定量表。

与对照组干预后比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者干预前后 SQLS 评分比较

干预前, 两组患者 SQLS 评分的各项目评分与总评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组患者心理社会、症状 / 副反应、动机 / 精力评分及总分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者干预前后 SQLS 评分比较 ($n = 20, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	心理社会	症状 / 副反应	动机 / 精力	总分
对照组	干预前	27.45 ± 3.45	25.45 ± 6.21	41.64 ± 5.69	93.25 ± 5.03
	干预后	22.34 ± 3.26	23.44 ± 5.15	40.23 ± 3.06	85.29 ± 5.06
观察组	干预前	27.39 ± 3.42	25.40 ± 6.18	41.62 ± 5.67	93.17 ± 5.04
	干预后	15.45 ± 3.36 ^d	20.17 ± 4.98 ^d	35.37 ± 3.12 ^d	70.23 ± 5.67 ^d

注: SQLS 一精神分裂症患者生活质量量表。

与对照组干预后比较, ^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

强制医疗住院患者对社会有潜在危害, 患者普遍意识、行为以及情感、认识等方面普遍存在不同程度的障碍, 情绪不稳定, 存在自伤或者伤人倾向, 存在较高的暴力风险, 影响社会稳定^[7-8]。常规药物治疗、隔离手段及安全防护措施等对改善患者临床症状、认识功能与社会功能等可发挥一定的作用, 但是单纯用药效果有限, 而且此类患者具有心理活动复杂等特点, 为了使患者的暴力行为以及危险性行为得到有效控制, 降低其不良行为对社会的危害程度, 给予患者心理治疗有必要的^[9-10]。心理治疗能够帮助患者了解认知障碍、人际冲突、情绪障碍、压力来源等现象, 能够引导患者及时进行有效的心理以及环境调整, 最终能够达到心境平和、神志清晰以及心神宁静的状态^[11-12]。

本研究中, 干预后观察组患者精神症状评分均更低, 预计中长期暴力风险更低、精神状态以及生活质量更高, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示药物治疗联

合心理治疗既能够控制疾病进展, 同时还能够帮助患者进行认知和心境调节, 使患者重新认识生活的目标和意义, 药物治疗与心理治疗相互作用, 相得益彰, 能够取得更加有效的干预效果。但本研究的样本量较少, 暴力风险评估时长尚短, 无法充分体现强制医疗住院患者参与心理治疗对其精神症状以及暴力风险评估造成的影响, 故而为了深入研究和验证研究的目的, 仍需对中长期暴力风险的预计进一步追踪, 具体方式包括扩展病例以及延长研究时间等。

综上所述, 强制医疗住院患者参与心理治疗对于改善其精神症状及精神状态, 降低暴力风险及提升生活品质具有积极的意义。

[参考文献]

- (1) 黎银娥, 何颜娟, 顾志芬, 等. 风险评估对住院精神分裂症患者冲动暴力行为约束时间及生活质量的影响 (J). 临床心身疾病杂志, 2021, 27(5): 142-144.
- (2) 周红丽, 李菲菲, 王淑芬, 等. 护理风险评估在精神科监护期患者中的应用 (J). 国际护理学杂志, 2020, 39(4): 652-655.
- (3) 李水花. 暴力风险评估在精神分裂症患者安全管理中的价值及对睡眠障碍、危险行为的影响 (J). 世界睡眠医学杂志, 2022, 9(3): 563-565.
- (4) 陈刚, 黄杰萍, 谭桂燕, 等. 暴力风险评估在精神分裂症患者安全护理中的应用 (J). 护理实践与研究, 2021, 18(2): 290-292.
- (5) 赖允娟, 方锋峰, 毛忠珍, 等. 以 "萨提亚模式" 心理治疗为核心的人性化护理在长期住院精神分裂症伴发抑郁患者中的应用效果 (J). 当代医学, 2022, 28(20): 184-187.
- (6) 洪沪津, 万丹丹, 陈光东, 等. 团体心理治疗对精神分裂症后抑郁患者传统治疗的增效作用 (J). 中国现代医生, 2022, 60(4): 86-89.
- (7) 王建刚. 阿立哌唑联合心理治疗对青少年精神分裂症患者心理机能的作用及心理弹性的影响因素分析 (J). 临床医学研究与实践, 2022, 7(4): 24-27, 40.
- (8) 李丽静, 刘晓利. 心理治疗联合阿立哌唑治疗精神分裂症患者阴性症状的疗效 (J). 国际精神病学杂志, 2020, 47(1): 37-39, 50.
- (9) 李云. 团体心理治疗对康复期精神分裂症患者服药依从性及康复疗效的影响 (J). 内蒙古医学杂志, 2021, 53(7): 890-892.
- (10) 胡颖萃. 探究综合心理治疗与干预对康复期精神分裂症患者社会功能的影响 (J). 现代诊断与治疗, 2022, 33(5): 752-754.
- (11) 连阳阳. 心理治疗在精神分裂症临床治疗中的应用效果 (J). 临床医学研究与实践, 2020, 5(11): 33-34.
- (12) 岑莹. 团体心理治疗改善精神分裂症患者心理推理能力损伤的效果 (J). 山西医药杂志, 2021, 50(10): 1635-1637.