DOI:10.19296/j.cnki.1008-2409.2024-03-016

·论 著·

·ORIGINAL ARTICLE·

家庭参与式心理干预对躯体化障碍患者的影响

胡小丹,陈莉

(信阳一五四医院神经内科, 信阳 464000)

摘要 目的 观察家庭参与式心理干预对改善躯体化障碍患者不良情绪及预后情况的影响。**方法** 选取 106 例躯体化障碍患者为研究对象,随机分为两组,每组 53 例。常规组实施常规干预,试验组在常规组的干预基础上,联合实施家庭参与式心理干预。比较两组患者的不良情绪、睡眠质量、述情障碍、家属不确定感改善情况及预后情况。**结果** 在不同干预模式下,试验组的汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分均低于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$);试验组的多伦多述情障碍量表(TAS)中Ⅰ~Ⅱ、Ⅲ~Ⅳ的因子评分均低于常规组($P<0.05$);试验组的疾病不确定感家属量表(MUIS-FM)中不明确性、缺乏澄清、缺乏信息、不可预测性维度评分均低于常规组($P<0.05$);试验组的不良预后发生率低于常规组($P<0.05$)。**结论** 家庭参与式心理干预能促进躯体化障碍患者的不良情绪及述情障碍恢复,对提升患者睡眠、生活质量并改善预后情况均有积极意义。

关键词:躯体化障碍;家庭参与式心理干预;不良情绪;述情障碍;预后情况

中图分类号:R473 **文献标志码**:A **文章编号**:1008-2409(2024)03-0105-06

Effects of family participatory psychological intervention in patients with somatization disorder

HU Xiaodan, CHEN Li

(Department of Neurology, the 154th Hospital of Xinyang, Xinyang 464000, China)

Abstract Objective To observe the effect of family participatory psychological intervention on improving the negative emotions and prognosis of patients with somatization disorders. **Methods** 106 patients with somatization disorders were selected as the study subjects and randomly divided into two groups, with 53 cases in each group. The routine group were received routine intervention, while the experimental group were received family participatory psychological intervention in addition to the routine group′s intervention. The improvement of negative emotions, sleep quality, affective disorders, family uncertainty, and prognosis were compared between two groups of patients. **Results** Under different intervention modes, the

第一作者:胡小丹,本科,主管护师,研究方向躯体化障碍疾病,hhuxiaodanna@163.com。

Hamilton Anxiety Scale (HAMA) and Hamilton Depression Scale (HAMD) scores in the experimental group were lower than those in the control group, showing a statistically significant difference ($P<0.05$). The factor scores of I-II and III-IV in the Toronto Alexithymia Scale (TAS) in the experimental group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The scores of uncertainty, lack of clarification, lack of information, and unpredictability dimensions in the Mishel Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form (MUIS-FM) scale in the experimental group were lower than those in the conventional group ($P<0.05$). The incidence of poor prognosis in the experimental group was lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Family participatory psychological intervention promotes the recovery of negative emotions and alexithymia in patients with somatization disorders, and has positive significance in improving sleep, quality of life, and prognosis.

Keywords: somatization disorder; family participatory psychological intervention; negative emotions; alexithymia; prognostic situation

躯体化障碍为一种以患者长期担心或坚信自身得了某种躯体疾病为主要特征的精神障碍疾病,此类患者会反复强调自身身体有各种不适症状并感到焦虑,也会因此不断就医并进行相关检查,且对于无异常结果或由医生告知无异常还会表示怀疑,即便确实存在某些疾病,其相关症状也远未达到自身描述的严重程度,这种焦虑感或疼痛感会对患者日常学习、工作及生活造成严重影响,部分重症者还可因此丧失正常的人际交往及社会参与能力[1-2]。目前,认为躯体化障碍发病与个人心理因素、社会因素及生物学因素均密切关联,童年时有巨大创伤或受虐经历者发生此病的风险相对较高[3]。躯体化障碍患者的临床症状具有多样化特点,可涉及多种系统或器官,针对此类患者临床一般以药物治疗和心理干预为主[4]。此病病程及康复周期较长,患者的固定家属成员也是其漫长治疗过程中的重要角色,但家属大多会面临巨大心理压力,或经济负担,通过对家属进行系统地健康宣教及指导,并鼓励家属参与到患者的临床干预工作,或可一定程度上增强干预效果[5-6]。本研究旨在观察家庭参与式心理干预对改善躯体化障碍患者不良情绪及预后情况的影响。

1　资料与方法

1.1　一般资料

选择信阳一五四医院 2022 年 1 月至 2023 年 6 月收治的 106 例躯体化障碍患者为研究对象。按照计算机随机数字表法分为常规组和试验组,每组 53 例。常规组男 30 例,女 23 例;年龄 45~65 岁,平均(55.2±5.2)岁;躯体化障碍病程 2~5 年,平均(3.5±0.4)年;焦虑、抑郁病程 1~4 年,平均(2.5±0.5)年;睡眠障碍病程 6~12 个月,平均(9.3±1.5)个月。试验组男 33 例,女 20 例;年龄 47~63 岁,平均(56.1±5.2)岁;躯体化障碍病程 3~4 年,平均(3.6±0.3)年;焦虑、抑郁病程 2~3 年,平均(2.6±0.4)年;睡眠障碍病程 8~10 个月,平均(9.4±1.3)个月,两组一般资料比较,无统计学差异($P>0.05$)。本研究已经取得信阳一五四医院医学伦理委员会审核批准(r-54)。

纳入标准:①符合躯体化障碍诊断标准[7];②伴有不同程度焦虑、抑郁症状及睡眠障碍表现;③躯体化障碍病程≥2 年,焦虑、抑郁病程≥1 年,睡眠障碍病程≥6 个月;④明确本研究目的及具体试验内容并签署相关同意书。

排除标准:①年龄>65 岁;②有严重自杀倾向;③合并严重器质性疾病;④合并其他精神疾病或认知障碍。

1.2　方法

常规组实施常规干预。①予以常规健康宣教,进行常规饮食管理、作息管理,帮助患者养成良好的饮食、生活习惯;②药物干预,遵医嘱予以患者服用度洛西汀(江苏恩华药业股份有限公司,国药准字:

H20130056),每次 10 mg,2 次/日,连续服药 7 d 后,可根据症状缓解情况酌情增加单次服药剂量,同时服用阿普唑仑(上海上药信谊药厂有限公司,国药准字:H31021282),每次 0.4 mg,3 次/日,可根据恢复情况增减服药剂量,单日最大用药剂量不超过 4 mg,持续干预 4 周。

试验组在常规组的干预基础上,联合实施家庭参与式心理干预。(1)组建心理干预小组。组内需包括主治医生、心理科医生、护士长和至少 1 名固定家属成员。(2)与家属进行信息共享。①对家属进行系统健康宣教,讲解躯体化障碍疾病相关的知识,临床管理要点及相关注意事项;②采用专用量表对患者身心状态、睡眠情况进行全面评估,并准确记录评估结果;③为家属详细讲解患者病情,并通过与家属进行深入沟通了解其发病的可能原因,在后续治疗过程中也应及时与家属共享相关诊疗信息。(3)家庭参与式心理干预措施。①家属探视:参考躯体形式症状筛查量表 SOMS-7[8]对患者进行病情严重程度分级,若症状较轻,不影响日常生活和工作为轻度;若症状较明显,偶尔会对日常生活、工作造成影响则为中度;若症状严重,可影响或限制日常工作及生活则判定为重度。轻度者佩戴蓝色标识物,探视时间为每次 30 min,2 次/日;中度者佩戴黄色标识物,探视时间为每次 60 min,2 次/日;重度者佩戴红色,探视时间为每次 60 min,3 次/日。②家属查房:鼓励家属参与查房,查房时医护人员可向家属介绍过去 24 h 内患者的病情、体征变化情况,并参考家属意见,制定后续干预计划,包括询问患者饮食偏好、作息习惯,为患者制定个体化饮食管理和生活作息管理。③固定家属主导的心理干预:家属在每次探视时可与患者进行深入沟通,告知疾病发生的原因及可治愈性,强调配合医护工作对其身心恢复的重要影响;并通过与患者一同回忆过去美好经历或畅享未来的方式帮助转移注意力,播放患者感兴趣的音乐、视频,帮助其放松身心;每次探视结束后,及时向医生汇报患者情况,由主治医生及心理科医生对现有干预措施进行调整或优化,持续干预 4 周。

1.3　观察指标

①比较两组不良情绪和睡眠质量,采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)[9]、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)[10]评估两组心理状态,HAMA 含 14 个条目,每个条目按 1~4 分计分,满分 56 分;HAMD 含 17 个条目,每个条目按 1~4 分计分,满分 68 分,干预后 HAMA、HAMD 的评分越低越好。采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评价两组睡眠质量。②采用多伦多述情障碍量表(TAS)[11]评估两组述情障碍,TAS 包括描述情感(包括 6 个条目),认识、区分情感和躯体感受(包括 7 个条目),幻想(包括 5 个条目),外向性思维(包括 7 个条目)等 4 个因子,分别以Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ表示,各条目均按 1~5 分计分,干预后得分越低越好。③比较两组家属不确定感,采用疾病不确定感家属量表(MUIS-FM)[12]评估两组家属对患者病情的不确定感,量表包括不明确性(包括 5 个条目)、缺乏澄清(包括 5 个条目)、缺乏信息(包括 13 个条目)、不可预测性(包括 8 个条目)等维度,干预后各维度得分越低越好。④比较两组预后情况,统计两组躯体症状加重、丧失正常劳动力、丧失人际交往能力、丧失社会参与力等不良预后发生情况。

1.4　统计学方法

数据采用软件 SPSS 22.0 处理,计数资料以样本量 n、样本量占比(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。$P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2　结果

2.1　不良情绪及睡眠质量

干预前,两组不良情绪、睡眠质量无统计学差异($P>0.05$);干预后,试验组 HAMA、HAMD、PSQI 的评分均低于常规组,差异具有统计学意义($P<0.05$),结果如表 1 所示。

表 1　两组不良情绪及睡眠质量比较

组别	n/例	HAMA/分		HAMD/分		PSQI/分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	53	40.24±10.35	20.88±5.25*	45.25±10.36	24.32±5.31*	16.33±4.41	8.22±1.45*
常规组	53	40.33±10.41	23.39±5.25*	45.31±10.29	27.66±5.37*	16.28±4.52	10.62±2.79*
t		0.045	2.461	0.030	3.220	0.058	5.557
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与干预前比较，*P<0.05。

2.2　述情障碍

干预前，两组述情障碍无统计学差异（P>0.05）；干预后，试验组 TAS 量表中Ⅰ～Ⅱ因子、Ⅲ～Ⅳ的评分均低于常规组，差异具有统计学意义（P<0.05），结果如表 2 所示。

表 2　两组述情障碍比较

组别	n/例	Ⅰ～Ⅱ因子/分		Ⅲ～Ⅳ因子/分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	53	45.22±10.31	25.75±5.16*	45.77±10.24	27.33±5.25*
常规组	53	45.35±10.25	28.44±5.36*	45.82±10.11	30.15±5.27*
t		0.065	2.632	0.025	2.760
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与干预前比较，*P<0.05。

2.3　患者家属的疾病不确定感

干预前，两组患者固定家属的疾病不确定感无统计学差异（P>0.05）；干预后，试验组患者家属的 MUIS-FM 各维度评分均低于常规组，差异具有统计学意义（P<0.05），结果如表 3 所示。

表 3　两组患者家属的疾病不确定感比较

组别	n/例	不明确性/分		缺乏澄清/分		缺乏信息/分		不可预测性/分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	53	16.24±3.31	8.39±1.41*	18.24±3.26	9.11±3.25*	30.11±5.25	20.23±5.17*	25.77±5.33	12.31±3.25*
常规组	53	16.35±3.25	10.33±2.46*	18.33±3.72	12.35±3.72*	30.41±5.32	23.39±5.36*	25.45±5.21	15.77±4.14*
t		0.173	4.981	0.133	4.775	0.292	3.089	0.313	4.786
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与干预前比较，*P<0.05。

2.4　不良预后发生率

试验组的不良预后发生率为 9.43%（5/53）低于常规组的 26.42%（14/53），差异具有统计学意义（P<0.05），结果如表 4 所示。

表 4　两组不良预后发生率比较

组别	n/例	躯体症状加重/例	丧失正常劳动力/例	丧失人际交往能力/例	丧失社会参与力/例	不良预后发生率/%
试验组	53	2	1	1	1	9.43
常规组	53	5	3	3	3	26.42
χ^2						9.810
P						<0.05

3　讨论

躯体化障碍为一种精神障碍疾病,此类患者常会因自身特异性症状困扰而产生焦虑、抑郁等不良情绪,部分患者还可因此出现睡眠障碍,其实质并非抑郁症或焦虑症,临床诊断时应注意区分[13]。除焦虑、抑郁等不良情绪外,躯体化障碍患者可有单个或多个躯体不适症状,此类患者会过度关注或担心自身躯体症状[14-15]。目前,临床多会在予以患者服用抗焦虑、抗抑郁及抗精神病等相关药物进行治疗的同时,积极地辅以心理治疗[16]。但有研究[17]表明,多数躯体化障碍患者的家属对患者病情充满不确定感而产生较大心理负担,在对患者本人实施心理治疗的同时,还应关注主要家庭成员的心理健康状况。

本研究结果显示,试验组干预后 HAMA、HAMD、PSQI 的评分均低于常规组,提示家庭参与式心理干预更有利于改善患者不良情绪,可缓解与不良情绪相关的睡眠障碍。此前临床一直不建议让家属过多参与病患的治疗、护理工作,认为家属可能扰乱工作流程并增加安全隐患及医护人员的工作量[18]。但对于躯体化障碍患者而言,其发病原因可能与个人过往经历息息相关,家属是患者人生中的重要角色,与医护人员相比,家属可能更清楚患者发病的具体原因,若让家属参与到患者的临床干预工作中,或可获得更加满意的干预效果。张赞等[19]对精神分裂症患者实施家庭参与式临床干预结果显示,观察组的焦虑、抑郁评分均低于对照组,该学者认为此干预模式有利于改善精神障碍患者的不良情绪,与本研究结果相似。述情障碍是指个体无法用语言清楚描述出自己的情感,躯体化障碍患者大多认为自己仅存在躯体障碍,并不存在心理问题,但又无法清楚描述出个人主观感受,与正常人群相比,躯体化障碍患者的述情障碍程度相对更重[20]。本研究中,试验组干预后的 TAS 各因子评分均低于常规组,提示家庭参与式心理干预在改善患者述情障碍方面也有积极意义。传统心理治疗能一定程度上改善不良情绪,并促使躯体症状恢复,但却难以改善患者的述情障碍。与医护人员相比,患者对自己固定的家庭成员更加熟悉和信任,可无所顾虑的表达个人情绪及感受,这对促进临床工作顺利开展或有积极意义。当家属充分认识此病,并全面了解患者病情后,也有利于消除不确定感,并减轻心理负担。因此试验组患者家属的 MUIS-FM 各维度评分均低于常规组。若躯体化障碍患者的心理状态未得到改善,或躯体症状恶化,会导致个人精力完全集中在看病、治病方面而丧失基本劳动力、人际交往能力或社会参与力。但本研究中试验组干预后的上述风险事件发生率均更低,提示家庭参与式心理干预还可一定程度上改善患者预后。

4　结论

家庭参与式心理干预能缓解躯体化障碍患者的不良情绪及述情障碍,可改善家属对疾病的不确定感,并改善患者预后情况。

参考文献

[1] YAHYA A S, KHAWAJA S. Electroconvulsive therapy as a treatment for somatization disorder[J]. Prim Care Companion CNS Disord, 2021,23(3):20r02807.

[2] 韩利红,胡彩云,王波.交感神经皮肤反应与 R-R 间期变化率联合检测躯体化障碍的临床价值[J].现代实用医学,2023,35(2):235-237.

[3] 王英秀,郭敬柱.全科医生对躯体症状障碍的评估和处理[J].中华全科医师杂志,2023,22(1):97-100.

[4] 张仕怡,李红政.躯体症状障碍治疗现状[J].临床心身疾

病杂志,2023,29(1):82-88.

[5] ITO M, KIM Y. Somatoform disorder and negative emotion: clinical implication for psychotherapy[J]. Psychiatry Clin Neurosci, 2019,73(9):517.

[6] 李秧,易冬梅,汤聪.家庭治疗对躯体化障碍的临床心理干预探讨[J].中国卫生标准管理,2020,11(10):50-52.

[7] 许又新.躯体化障碍的诊断和性质[J].中国心理卫生杂志,2011,25(7):494-495.

[8] SHAHINI N, GHASEMZADEH M, JAVAN M, et al. Evaluation of the COVID-19 pandemic effect on the development of somatic symptoms in patients with mood disorders: a case-control study[J]. New Microbes New Infect, 2021, 43: 100917.

[9] THOMPSON E. Hamilton rating scale for anxiety(HAM-a)[J]. Occup Med, 2015,65(7):601.

[10] ROSENBERG L I. The ham-D is not hamilton's depression scale[J]. Psychopharmacol Bull, 2022,52(2):117-153.

[11] SCHROEDERS U, KUBERA F, GNAMBS T. The structure of the Toronto alexithymia scale (TAS-20):a meta-analytic confirmatory factor analysis[J]. Assessment, 2022, 29(8):1806-1823.

[12] YAN J, LUO L. A study on the relationship between sense of disease uncertainty and family strength and mental resilience in guardians of children with inflammatory bowel disease[J]. Emerg Med Int, 2022,2022:4797281.

[13] 张卫,崔露方,孔玲,等.面向身心健康的精神与生理障碍知识库构建与图谱关联研究[J].情报理论与实践,2023,46(6):185-194.

[14] 张红胜.心理治疗对躯体化障碍患者心理障碍症状的有效性及对患者预后的影响[J].河北医药,2020,42(20):3130-3133.

[15] 杨程惠,周波,周凡,等.躯体症状障碍患者疾病认知现状及影响因素分析[J].中国全科医学,2020,23(32):4039-4046.

[16] 曲军民,杨丽敏,原风英.躯体症状障碍患者抗抑郁药治疗依从性的影响因素分析[J].临床荟萃,2022,37(3):266-270.

[17] BONSU A S, ANIM-BOAMAH K, NEWTON C, et al. Family neglect and perspectives on patients living with mental health disorders on the street[J]. Community Ment Health J, 2023,59(7):1364-1374.

[18] 彭艳红,王志敏,谭玲玲,等.临床医务人员家属面对新型冠状病毒肺炎疫情的心理状况及其影响因素分析[J].解放军护理杂志,2020,37(5):9-12.

[19] 张赞,石锋,徐亚娟.家庭参与式护理干预对精神分裂症患者生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(10):1903-1906.

[20] 钟雪梅,周波,邹志礼,等.伴或不伴述情障碍的躯体症状障碍患者血清皮质醇及甲状腺功能的比较研究[J].实用医院临床杂志,2021,18(3):9-12.

[**收稿日期**:2023-12-15]

[**责任编辑**:郭海婷　**英文编辑**:李佳睿]