

115(10):1636-1646.

[39] Talati Z, Egnell M, Hercberg S, et al. Food choice under five front-of-package nutrition label conditions: an experimental study across 12 countries[J]. Am J Public Health, 2019, 109(12):1770-1775.

[40] Vargas-Meza J, Jáuregui A, Contreras-Manzano A, et al. Acceptability and understanding of front-of-pack nutritional labels: an experimental study in Mexican con-

sumers[J]. BMC Public health, 2019, 19(1):1751-1763.

[41] Nieto C, Jáuregui A, Contreras-Manzano A, et al. Understanding and use of food labeling systems among Whites and Latinos in the United States and among Mexicans: Results from the International Food Policy Study, 2017[J]. Int J Behav Nutr Phys Act, 2019, 16(1):87-99.

(本文编辑 颜巧元)

阶梯护理模式在精神障碍患者心理干预中的应用进展

王利敏¹, 鲁才红¹, 胡梦云², 熊沙沙³

Application of stepped care model in psychological intervention for patients with mental disorders: a literature review Wang Limin, Lu Caihong, Hu Mengyun, Xiong Shasha

摘要: 综述了阶梯护理模式的概念、实施步骤、应用现状和应用效果, 其实施步骤主要包括临床观察、指导性自助、面对面课程、心理-药物联合治疗。提出阶梯护理模式的应用可控制疾病和改善症状, 减轻医疗负担, 改善社会功能。

关键词: 阶梯护理模式; 精神障碍; 焦虑; 抑郁; 心理干预; 综述文献

中图分类号: R473.74 文献标识码: A DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.21.109

随着社会经济的不断发展, 生活节奏加快, 人们的精神健康问题日益凸显, 精神障碍发病率不断增高。精神障碍是指由生物、心理、社会等因素导致人的大脑功能失调, 而出现的认知、情感、意志和行为等精神活动方面的异常, 是一组伴有主观痛苦体验和社会功能损害, 并具有诊断意义的精神方面的问题, 常需要医学干预。常见的精神障碍疾病包括抑郁障碍、焦虑障碍、恐慌症、创伤后应激障碍等^[1-2]。调查显示, 我国精神障碍患病率不断增加, 情绪、焦虑、滥用物质和冲动控制性精神障碍疾病终生患病率为 18.3%^[3]。目前, 我国精神障碍相关疾病总费用占医疗卫生总费用的 15% 以上, 占国内生产总值的 1.1%^[4]。近年来, 阶梯护理模式(Stepped Care Model, SCM)作为一种日益流行的针对常见精神障碍疾病的治疗模式, 被认为是减轻现有医疗负担、提高资源利用效率的最可能解决方案之一^[5]。本文对国内外 SCM 在精神障碍患者中的应用进行综述, 以期为提高我国精神障碍患者的管理水平提供参考。

1 SCM 概述

SCM 是一种新型精神卫生保健服务模式, 指利用有限的资源, 首先从低强度、低成本的循证治疗措施开始对患者进行干预, 并系统监测其进展情况, 对反应不充分的患者逐渐过渡到高强度、高成本的治疗措施的一种方法^[6-7]。SCM 具有 2 个核心原则与特征: 最低限度和自我矫正^[8]。最低限度是指此方法首

先从低强度的治疗方法开始, 同时也包含着需要较低的成本和对患者正常生活影响较小的含义。自我矫正是指系统监测患者的治疗进度和治疗效果并不断进行矫正, 如果当前的治疗未能取得明显的健康益处, 则对患者提供更密集和更高强度的治疗。

SCM 与我国现阶段普遍使用的分级护理模式存在一定差异。分级护理模式是指根据对患者病情轻重缓急及自理能力的评估, 按照护理程序的工作方法制定不同的护理措施及遵医嘱给予不同级别的护理^[9]。两者差异主要体现在以下两方面: ①成员组成。分级护理模式主要由精神科医生和护士组成; 而 SCM 主要由临床心理医生、心理治疗师、精神心理科护士或接受专业培训的社区护士、家庭护士、社区工作者等联合为患者提供干预^[10]。②初始干预。分级护理模式的初始干预措施主要根据患者精神障碍症状的程度而定, 而 SCM 的初始干预措施一般是从较低强度的心理干预开始。

2 SCM 实施步骤

关于 SCM 的具体内容和步骤暂无共识, 多数研究采用 2~4 个步骤, 但均遵循 SCM 的基本原则^[11]。主要步骤包括以下四步: ①临床观察。自患者入院, 基线心理评估后进入 SCM 的第一步, 在此期间不提供任何心理干预, 仅跟踪观察患者的精神障碍症状是否进一步发展或自动恢复, 并告知患者如有任何问题和需求可及时联系研究者。②指导性自助。若经过研究设定时间, 患者的精神障碍症状并没有转复或进一步加重, 则可进入到指导性自助。自助可以定义为一种标准化的心理治疗方法, 患者可以在某些指导下自行工作^[12]。大多数自助干预措施是基于认知行为疗法^[13], 但如今, 其他类型的治疗如问题解决疗法、人际心理治疗等, 也已成为指导性自助干预措施的一

作者单位: 华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 护理部 2. 眼科 3. 肿瘤中心(湖北 武汉, 430022)
王利敏: 女, 硕士在读, 学生
通信作者: 鲁才红, 632331613@qq.com
科研项目: 湖北省自然科学基金面上项目(2013CKB029)
收稿: 2020-03-31; 修回: 2020-06-05

部分。自助干预措施可以通过书籍和计算机获得,即由研究者每隔特定时间通过互联网、手机等途径指导患者,患者通过阅读疗法、互联网自助、日记疗法等进行自我调整,并告知患者,如有任何问题及时联系研究者。③面对面课程。若指导性自助没有取得明显的健康益处,则可进入面对面问题解决疗法。研究者协助患者列出生活中他们认为影响自己的问题和关注点,并将其分为三类,即不重要的问题(与生活中重要的事物无关的问题),重要的但易于解决的问题,以及重要但无法解决的问题(如患有癌症等严重疾病)。针对每个问题,研究者要制定一个计划,并提供给患者处理精神心理和医疗相关问题所需的信息。此阶段应通过较为频繁的面对面讲授对患者进行个体化的干预和治疗,改变患者负性认知,启发患者建立自信心,重拾自我效能。④心理-药物联合治疗。若患者的精神障碍症状仍旧没有转复或进一步加重,则需要加强干预。患者可在药物治疗和心理治疗两种疗法中自主选择方案,病情严重时需要心理药物联合治疗,研究者需帮助患者联系医生制定精神药物治疗方案并监测结果,并将患者转诊给心理治疗师,进行更长时间更为密集的个体化心理治疗。

3 SCM在精神障碍患者中的应用现状

1976年,美国学者Smith^[14]首次提出“阶梯式护理方法”。1993年,Abrams^[15]将其进一步模式化,提出SCM,并将其应用到烟草依赖问题上,认为此方法可能帮助吸烟者永久戒烟,并能节约一定的成本。随着SCM逐渐发展完善,其应用范围也在不断扩大。SCM开始多应用于高血压患者的治疗中,随后逐渐应用到吸烟酗酒患者的戒断、神经性厌食和贪食患者的心理治疗中。随着社会对精神健康问题的关注,SCM在精神卫生领域的应用也更加广泛。目前,研究者已将SCM应用于多种精神障碍疾病患者的治疗中,如抑郁和焦虑^[16]、创伤后应激障碍^[17]、恐慌症^[18]等,其中抑郁症是其主要目标疾病^[6]。多个发达国家已开发出关于SCM的临床指南,如英国国家卫生与临床技术优化研究所(the National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)的临床指南中建议针对常见的精神健康问题采用SCM^[19]。澳大利亚用于恐慌症、社交焦虑症和广泛性焦虑症的临床实践指南也建议将SCM作为最佳实践^[20]。新西兰有关预防老年患者焦虑抑郁症的实践上也采用SCM^[21]。此外,一些欧洲国家如荷兰^[22]等也进行了SCM的探索和推广,并取得了一定的成效。各个国家在发展SCM的同时也针对自身固有文化对SCM进行了本土化改良。

近年来,除了经济水平较高的发达国家外,印度^[23]、智利^[24]等中低收入国家也在致力于SCM的实践,并在本土化改良后取得不错的效果。我国学者在2000年将SCM应用到急性心肌梗死患者的早期心

理康复中^[25],随后闫晓云等^[26]也将SCM应用到截瘫患者家属的情绪障碍护理中,展阳妮等^[27]将SCM用于头颈肿瘤患者的心理困扰中。这些研究对SCM在我国的本土化应用和发展具有重要参考价值。

4 SCM应用效果

4.1 控制疾病和改善症状 2016年,一项有关抑郁和焦虑患者SCM的Meta分析结果显示,在疾病控制与症状改善方面,SCM可有效缓解患者的焦虑抑郁症状^[28]。2013年,Zatzick等^[17]为了测试针对创伤后应激障碍的SCM的有效性,筛选了207例严重创伤后住院患者,入院后在第1、3、6、9和12个月对创伤后应激障碍的症状和功能限制进行了重新评估,结果显示,与常规护理组相比,SCM组患者的应激障碍症状显著减轻,身体机能也得到明显改善。多项研究^[24,29]支持这一结论。SCM之所以能控制疾病和改善症状,可能是由于SCM包括的干预措施种类丰富,形式多样,针对的患者范围较为广泛,并且通过由包括精神科医生、心理治疗师以及护理人员等组成的综合网络进行干预。

4.2 减轻医疗负担 Stiles等^[30]的一项研究结果显示,与常规护理相比,SCM对于治疗轻度至中度焦虑症的成年人更具有成本效益,避免的伤残调整生命年成本比常规护理措施多3 093澳元。而Araya等^[31]的研究结果表明,SCM的费用比常规护理略高,但SCM的疗效更佳且具有更好的临床应用价值,综合来看SCM具有更好的成本效益。Jansen等^[32]研究结果同样显示,与常规组相比,SCM组的累积成本更低,同时他们进行了另外4项分析以评估此研究的稳健性,结果显示,SCM组的累积成本较低的可能性为91%~99%,与Simon等^[33]的研究结果一致。SCM更具有成本效益的原因可能是,有些患者不需要干预即可自行缓解症状,部分接受指导性自助的患者也可以自行解决自己的症状和疾病^[34]。有研究报道,49%患者在接受指导性自助后做出了改变,也有很大一部分患者会在跟踪观察一段时间后自行恢复^[35],从而无需使用高强度更为昂贵的干预措施,因此可减轻医疗负担,更具有成本效益。

4.3 节省医疗资源 Grenyer等^[11]的研究结果显示,与常规护理相比,SCM组患者对医院的需求显著减少,卧床时间也相对缩短,从基线时的平均13.46 d减少到平均每次入院4.28 d。同样,Rapee等^[36]的研究结果也证实,与常规护理相比,SCM有助于节省人力资源。Nordgreen等^[37]的研究结果表明,与直接面对面认知行为疗法相比,SCM用更少的治疗师投入时间即可达到与面对面治疗相同的康复率和次要结果。SCM可节省医疗资源的原因可能是与常规护理相比,很多患者接受治疗时对低强度干预即可做出反应,无需进一步治疗便可恢复,因此所需要的治疗师投入及入院时间相对较短。

4.4 改善社会功能,提高心理服务可及性 Ell 等^[38]的研究结果表明,与常规护理相比,SCM 在社会文化上更适合低收入患者,除可显著降低患者抑郁症状之外,还可改善患者情绪和身体功能结局,降低患者糖尿病症状和疼痛负担。同时,也有研究报道,SCM 可显著降低患者自杀行为的风险^[23]。展阳妮等^[27]研究显示,SCM 在一定程度上能促进头颈肿瘤患者生活质量的提高。SCM 的另一优势在于低强度阶梯式心理治疗可以通过电话或互联网等进行,从而增加了心理服务在农村服务机构和其他难以到达的人群中的可及性^[39],但相关研究较少,有待进一步深入。

5 SCM 可能存在患者流失率高的问题

Seekles 等^[40]研究显示在特定时间里 SCM 的 60 例患者中有 63.3% 提前退出治疗,高于常规护理组。Nordgreen 等^[37]研究显示,在直接面对面认知行为疗法的情况下,有 27% 患者退出治疗,而采用 SCM 治疗的患者流失率为 41%,高于直接面对面认知行为疗法患者。SCM 中患者流失率高的原因可能是,很多研究所选择的患者的症状水平多为轻度到中度,与症状较重的患者相比,症状较轻的患者可能没有改善的余地,随着时间的推移,患者症状变化不大,处于 SCM 的患者失去了兴趣和耐心。而且,有学者认为由于患者本身参与 SCM 的兴趣不大,部分研究难以招募参加研究的患者^[40]。一项关于在初级保健中对抑郁症患者进行心理治疗的 Meta 分析也表明,通过筛查进行招募的研究比通过转诊进行招募的研究效果差,患者参与热情也较低^[41]。有学者指出,可从以下几个方面改善患者流失率高的问题^[37]:首先,可以寻找多种低强度干预措施,使患者可在两种或更多种治疗之间选择,以提高患者参与的主动性。其次,可根据先前步骤中患者和治疗师的经验,对 SCM 中的最后一项干预措施进行量身定制,以适应患者的个体化需求。最后,可优先制定基于证据的加急程序,现有 SCM 在 2~4 个模块后才从低强度治疗升级到高强度治疗,没有改进的更灵活的程序,会使患者在治疗过程中失去兴趣,优先制定加急程序可使部分需要的患者接受更及时的治疗,这将可能有助于更低的流失率和更高的恢复率。

6 启示

随着医疗卫生事业的发展,精神卫生事业得到广泛关注。SCM 作为一种节省医疗资源、具有成本优势的模式,现已得到国内外广泛关注。但我国对 SCM 的实践尚不充分,现有研究仅仅只关注到 SCM 对精神障碍疾病和症状控制的有效性问题上,以后研究可从患者和医护人员对 SCM 的可接受性、SCM 的成本效益和资源利用率以及如何应对 SCM 实施过程中带来的患者流失率高的问题等方面进行研究。

目前,SCM 的具体干预步骤和内容尚无共识,

SCM 对重型精神障碍患者的加急率也较低。有学者认为 SCM 的步骤和内容受到 2 个因素的限制:医疗机构中的治疗强度和可提供心理服务的治疗师人数^[8,11]。所以各医疗单位可根据具体情况确立 SCM 的具体步骤和内容,但需要遵循 SCM 的基本原则和特征。同时,应将 SCM 与分级护理模式结合起来,对低中度精神障碍患者从低强度治疗逐渐过渡到高强度治疗,以节省医疗资源,对重型精神障碍患者,可直接进行高强度治疗,以提高加急率,更好地对精神障碍患者进行管理和治疗。

参考文献:

- [1] 章新琼.精神科护理学[M].北京:中国医药科技出版社,2016:3.
- [2] 赵幸福,张丽芳.精神病学[M].北京:中国医药科技出版社,2016:8-10.
- [3] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224.
- [4] Xu J, Wang J, Wimo A, et al. The economic burden of mental disorders in China, 2005-2013: implications for health policy[J]. *BMC Psychiatry*, 2016, 16: 137.
- [5] Andrews G, Titov N, Team T. *Tolkien II: a needs-based, costed, stepped-care model for mental health services, clinical pathways, treatment flowcharts, costing structures*[M]. Sydney: World Health Organization, Collaborating Centre for Classification in Mental Health, 2006: 24.
- [6] Van Straten A, Hill J, Richards D A, et al. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis[J]. *Psychol Med*, 2015, 45(2): 231-246.
- [7] Maehder K, Löwe B, Härter M, et al. Management of comorbid mental and somatic disorders in stepped care approaches in primary care: a systematic review[J]. *Fam Pract*, 2019, 36(1): 38-52.
- [8] Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review[J]. *Br J Psychiatry*, 2005, 186: 11-17.
- [9] 吴欣娟,李玉乐,谢瑶洁.我国分级护理实施现状及建议[J]. *中国护理管理*, 2008, 8(2): 5-7.
- [10] 姚巧灵,胡慧,王凌,等.阶梯疗法在抑郁患者中的应用研究进展[J]. *中华护理杂志*, 2018, 53(10): 1264-1268.
- [11] Grenyer B F S, Lewis K L, Fanaian M, et al. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: a cluster randomized controlled trial[J]. *PLoS One*, 2018, 13(11): e0206472.
- [12] Marrs R W. A meta-analysis of bibliotherapy studies[J]. *Am J Community Psychol*, 1995, 23(6): 843-870.
- [13] Cuijpers P, Schuurmans J. Self-help interventions for anxiety disorders: an overview[J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2007, 9(4): 284-290.
- [14] Smith W M. Stepped care: treatment toward a specific goal[J]. *Urban Health*, 1976, 5(3): 48, 51-53.
- [15] Abrams D B. Treatment issues: towards a stepped-care

- model[J]. *Tobacco Control*, 1993, 2: S17-S29.
- [16] Stoop C H, Nefs G, Pommer A M, et al. Effectiveness of a stepped care intervention for anxiety and depression in people with diabetes, asthma or COPD in primary care: a randomized controlled trial[J]. *J Affect Disord*, 2015, 184: 269-276.
- [17] Zatzick D, Jurkovich G, Rivara F P, et al. A randomized stepped care intervention trial targeting posttraumatic stress disorder for surgically hospitalized injury survivors [J]. *Ann Surg*, 2013, 257(3): 390-399.
- [18] Otto M W, Pollack M H, Maki K M. Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care[J]. *J Consult Clin Psychol*, 2000, 68(4): 556-563.
- [19] Pilling S, Whittington C, Taylor C, et al. Identification and care pathways for common mental health disorders: summary of NICE guidance[J]. *BMJ*, 2011, 342: d2868.
- [20] Andrews G, Bell C, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder [J]. *Aust N Z J Psychiatry*, 2018, 52(12): 1109-1172.
- [21] van't Veer-Tazelaar P J, van Marwijk H W, van Oppen P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2009, 66(3): 297-304.
- [22] van Straten A, Tiemens B, Hakkaart L, et al. Stepped care *vs.* matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice[J]. *Acta Psychiatrica Scand*, 2006, 113(6): 468-476.
- [23] Patel V, Weiss H A, Chowdhary N, et al. Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months[J]. *Br J Psychiatry*, 2011, 199(6): 459-466.
- [24] Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial[J]. *Lancet*, 2003, 361(9362): 995-1000.
- [25] 王玉玲, 秦力君, 林琳, 等. 急性心肌梗塞患者早期阶梯心理康复护理程序的研究[J]. *中华护理杂志*, 2000, 35(6): 373-375.
- [26] 闫晓云, 王风, 王静, 等. 截瘫患者家属的情绪障碍及阶梯心理认知护理程序的探讨[J]. *齐鲁护理杂志*, 2002, 8(5): 324-326.
- [27] 展阳妮, 王斌全, 田俊, 等. 阶梯式心理护理对头颈肿瘤患者焦虑抑郁和生活质量的影响[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(5): 1-4.
- [28] Ho F Y, Yeung W F, Ng T H, et al. The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis [J]. *Sci Rep*, 2016, 6: 29281.
- [29] Kribber A M, Jansen F, Witte B I, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck cancer and lung cancer patients: a randomized, controlled trial [J]. *Ann Oncol*, 2016, 27(9): 1754-1760.
- [30] Stiles J A, Chatterton M L, Le L K, et al. The cost-effectiveness of stepped care for the treatment of anxiety disorders in adults: a model-based economic analysis for the Australian setting[J]. *J Psychosom Res*, 2019, 125: 109812.
- [31] Araya R, Flynn T, Rojas G, et al. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile[J]. *Am J Psychiatry*, 2006, 163(8): 1379-1387.
- [32] Jansen F, Kribber A M, Coupé V M, et al. Cost-utility of stepped care targeting psychological distress in patients with head and neck or lung cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2017, 35(3): 314-324.
- [33] Simon G E, Katon W J, Lin E H, et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64(1): 65-72.
- [34] Jones C, Griffiths R D. Patient and caregiver counselling after the intensive care unit: what are the needs and how should they be met? [J]. *Curr Opin Crit Care*, 2007, 13(5): 503-507.
- [35] Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, et al. Stepped care in primary care-guided self-help and face-to-face cognitive behavioural therapy for common mental disorders: a randomized controlled trial[J]. *Psychol Med*, 2018, 48(10): 1644-1654.
- [36] Rapee R M, Lynham H J, Wuthrich V, et al. Comparison of stepped care delivery against a single, empirically validated cognitive-behavioral therapy program for youth with anxiety: a randomized clinical trial[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2017, 56(10): 841-848.
- [37] Nordgreen T, Haug T, Öst L G, et al. Stepped care versus direct face-to-face cognitive behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder: a randomized effectiveness trial[J]. *Behav Ther*, 2016, 47(2): 166-183.
- [38] Ell K, Katon W, Xie B, et al. Collaborative care management of major depression among low-income, predominantly Hispanic subjects with diabetes: a randomized controlled trial[J]. *Diabetes Care*, 2010, 33(4): 706-713.
- [39] Meuldijk D, Wuthrich V M. Stepped-care treatment of anxiety and depression in older adults: a narrative review [J]. *Aust J Rural Health*, 2019, 27(4): 275-280.
- [40] Seekles W, van Straten A, Beekman A, et al. Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. A randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2011, 12: 171.
- [41] Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, et al. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis[J]. *Br J Gen Pract*, 2009, 59(559): e51-e60.