

首发精神障碍青少年患者父母心理社会轨迹探究

胡海霞¹, 钟清玲², 梁孟姣³, 吴刚¹, 董春霞¹, 黄燕萍¹, 王晓¹

摘要:目的 探索首发精神障碍青少年患者父母心理社会轨迹,为针对性干预提供参考。方法 对 42 例首发精神障碍青少年患者的 43 名父母,采用一般资料调查表、应付方式问卷、SCL-90 问卷于确诊 2 周内进行调查,于 6 个月、12 个月再用 SCL-90 问卷调查;于上述 3 个时间段对患者父母进行半结构化访谈,归纳分析其心理社会轨迹。结果 父母 3 个时间段 SCL-90 得分呈下降趋势,差异有统计学意义($P < 0.05$);依据应付方式得分分为退避自责组(22 人)与非退避自责组(21 人),两组 SCL-90 得分比较,第 6 个月及时间效应有统计学意义(均 $P < 0.05$);访谈资料呈现心理弹性、心理恢复、心理痛苦 3 种心理社会轨迹。结论 首发精神障碍青少年患者父母早期心理社会轨迹呈 3 种不同形式,大部分父母心理健康水平随患者病情好转而逐渐恢复,少部分父母心理痛苦持续存在。医护人员应同步对患者父母实施针对性干预,以提高其心理健康水平。

关键词:青少年; 首发精神障碍; 父母; 心理社会轨迹; 心理健康; 应付方式; 问卷调查; 质性研究

中图分类号:R473.74;R359.4 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.19.071

Psychosocial trajectory in parents of adolescents with first-episode mental disorders Hu Haixia, Zhong Qingling, Liang Mengjiao, Wu Gang, Dong Chunxia, Huang Yanping, Wang Xiao. Department of Psychology, Jiujiang Fifth People's Hospital, Jiujiang 332000, China

Abstract: **Objective** To explore the psychosocial trajectory in parents of adolescents with first-episode mental disorders, and to provide references for targeted intervention. **Methods** Forty-three parents of 42 adolescents with first-episode mental disorders were investigated by utilizing a general data questionnaire, the Coping Styles Questionnaire, and the Symptom Checklist-90 (SCL-90) within 2 weeks of their child's diagnosis. At 6 and 12 months postdiagnosis, they were assessed with the SCL-90 again. Semi-structured interviews were also conducted at the above mentioned three timepoints, and their psychosocial trajectories were summarized. **Results** The total SCL-90 score showed a decline over time, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Based on the coping score, parents were divided into an avoidance and self-blame group ($n = 22$) and a non-avoidance and non-self-blame group ($n = 21$). The total SCL-90 score at 6 months postdiagnosis had significant difference and a distinct time effect was also observed between the two groups (both $P < 0.05$). Three psychosocial trajectories were identified through the interview data: resilience, recovery, and distress. **Conclusion** Three psychosocial trajectories are observed in parents of adolescents with first-episode mental disorders. Mental health recovery can be found in most parents when their child's illness is getting better, but a minority of parents still suffer from psychological distress. Medical staff should implement targeted interventions for parents to improve their mental health.

Key words: adolescent; first-episode mental disorders; parents; psychosocial trajectory; mental health; coping style; questionnaire survey; qualitative research

随着经济与科技的快速发展,人们面对的压力越来越大,青少年时期为心理断乳期,情绪调节能力差,对消极感受敏感度高^[1],易出现心理健康问题。Silva 等^[2]纳入 43 项研究的系统评价结果显示,青少年常见精神障碍发病率为 25%~31%,且呈现上升趋势。全球流行病学数据报告有 20%的儿童和青少年患有致残性精神疾病^[3]。精神障碍发病率高,致残率高,已成为国家重要的公共卫生问题;同时对父母也造成

沉重的经济及心理负担^[4]。而父母作为患者社会支持系统中最重要的一部分,在患者病情观察、照护、治疗、康复过程中扮演极为重要的角色,父母的情绪、行为及应对疾病方式将对患者疾病预后产生重要影响^[5-6]。首发精神障碍青少年患者父母罹患心理疾病的风险已得到证实^[7],因此探索患者父母心理社会轨迹尤其必要。心理社会轨迹(Psycho-Social Trajectories)指在社会环境影响下心理、情感随时间变化的关系模式,主要探讨在心理-社会因素作用下,人们应对急性压力的经历、社会支持的需要及心理、精神健康情况的发展轨迹^[8-10]。本研究通过量性结合质性研究的方法探索父母在孩子确诊后 12 个月内的心理社会轨迹,了解其早期的经历及心理社会支持需求,为针对性干预提供参考。

作者单位:1. 九江市第五人民医院心理科(江西九江,332000);2. 南昌大学护理学院;3. 九江学院教育学院

胡海霞:女,硕士,副主任护师

通信作者:钟清玲, qingling5218@163.com

科研项目:九江市科技计划项目(S2021ZDYFN117)

收稿:2022-05-10;修回:2022-07-12

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法,选取 2020 年 12 月至 2021 年 3 月在九江市第五人民医院心理科就诊的首发精神障碍患者及父(母)作为调查对象。纳入标准:患者诊断符合 ICD-10 精神障碍类疾病,年龄 11~18 岁,为首次确诊;父母年龄 32~59 岁,有一定的语言表达和沟通能力,小学及以上文化,知情并自愿参与调查、签署知情同意书。排除标准:患者有精神障碍阳性家族史,共患其他系统疾病,诊断为精神发育迟滞;父母存在沟通障碍,无法执行访谈及完成相关的问卷调查,自身罹患重大躯体疾病。参与本研究的患者 42 人,男 16 人,女 26 人;年龄 11~18(15.60±1.84)岁。受教育程度:小学(在读)2 人,中学 37 人(初中、高中在读),中专 1 人,大学(在读)2 人。独生子女 10 人,非独生子女 32 人。与父母共同生活 39 人,与父及继母生活 2 人,与父亲(单亲)生活 1 人。均为首次诊断为精神障碍,其中精神分裂症谱系 7 人,情感障碍谱系 31 人,其他类 4 人。付费方式:医保 39 人,自费 3 人。父(母)43 人(其中 1 人的父母均参与本研究),男 12 人,女 31 人;年龄 32~54(43.42±4.16)岁。受教育程度:小学及以下 3 人,中学 37 人,大专及以上 3 人。农村户籍 27 人、城镇 16 人。家庭月收入 5 000 元以上 25 人,5 000 元及以下 18 人。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表。研究者自行设计,包括患者诊断、性别、年龄、是否独生子女、住院经历、家庭状态、医保付费方式及父母的年龄、性别、受教育程度、户籍所在地、家庭收入等。②症状自评量表(Symptom Checklist-90, SCL-90)^[11]。用于检测被试者心理活动、自觉症状特征,含 10 个因子共 90 项,其中躯体化 12 项、强迫症状 10 项、人际关系敏感 9 项、抑郁 13 项、焦虑 10 项、敌对 6 项、恐怖 7 项、偏执 6 项、精神病性 10 项、其他 7 项。采用 1~5 级评分法,单项得分>2 表示该项症状阳性,量表分值越高表明症状越重;中国成人常模总分(129.96±38.76),其 Cronbach's α 0.77~0.99。③应付方式问卷(Coping Styles Questionnaire, CSQ)^[11]。用于评价个体在应激环境及事件中,所采取措施的适应性情况。含 6 个分量表共 62 个条目,其中退避 11 个条目、幻想 10 个条目、自责 10 个条目、求助 10 个条目(含 3 个反向计分条目)、合理化 11 个条目、解决问题 12 个条目(含 1 个反向计分条目)。计分方法每条选择“是”计 1 分,选择“否”计 0 分;分量表粗分为其条目得分之和,分量表分为分量表粗分/其条目数,各因子参考值范围:解决问题 0.60~0.75;合理化 0.25~0.35;自责 0.25~0.40;求助 0.15~0.3;幻想 0.30~0.45;退避 0.25~0.40。该量表 Cronbach's α 0.62~0.72。

1.2.2 访谈提纲 课题组成员在正式调查前,选取 5 名患者父母进行预访谈,了解其在患者患病期间的困难、困惑以及心路历程,提取、整合访谈记录中的问题,分类归纳形成初步访谈提纲,呈 6 名精神及心理科医生(精神科、心理科各 3 人;主任医师 4 人,副主任医师 2 人)审核修正,形成完整的预访谈提纲,再将预访谈提纲发放给接受过预访谈的 5 名患者父母进行求证,根据其意见与建议进行补充与修改,最终形成正式访谈提纲。①第 1 阶段(入组访谈,确诊 2 周内):a. 孩子疾病初期的表现如何,您的想法,是如何处理的? b. 孩子确诊后的经历,受到哪些影响,你怎么看待这种变化? c. 孩子的疾病对家庭及社会关系产生什么影响? d. 除孩子生病这件事,是否还有其他事情,影响你的心情呢,你的应对情况? e. 这段时期的饮食、睡眠情况如何,与孩子患病前相比呢? f. 孩子生病对家庭经济的影响? g. 自己的情绪管理如何? h. 对生活的期许? ②第 2、3 阶段访谈提纲(确诊后 6 个月、12 个月):a. 随着时间推移,新增了什么影响你的心情? b. 父母对孩子康复的体验? c. 除孩子疾病,家里是否有其他的生活事件发生? d. 孩子后续治疗对家庭经济产生了什么样的影响? e. 这段时期的饮食、睡眠情况如何? f. 与孩子家人相处如何? g. 家庭或其他成员(配偶、孩子的祖父母、亲密友人等)对您的支持有什么改变? h. 对现状的满意情况,是否有新的期许?

1.2.3 资料收集方法 ①第 1 阶段(确诊 2 周内)。完成患者及父母一般资料调查,在心理科访谈室对父母进行访谈,获取质性研究资料;访谈结束后安排父母完成 CSQ、SCL-90 量表评定。②第 2、3 阶段(确诊后 6 个月、12 个月)。做好患者随访,与患者父母预约调研(门诊复诊)时间,将患者父母安排在门诊访谈室访谈,对复发患者的父母仍在心理科访谈室进行访谈,并进行 SCL-90 评定。

1.2.4 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行数据整理和分析。组间比较采用 Mann-Whitney *U* 检验,重复测量数据的比较采用广义估计方程。检验水准 $\alpha=0.05$ 。质性资料采用 Nvivo12 软件进行分析,通过编码处理父母的访谈资料,运用系统化归纳方法进行编码提取,通过“手工编码”“开放编码”“主轴编码”及“选择编码”将访谈内容进行逐级归纳,形成主题。

2 结果

2.1 量性结果

2.1.1 首发精神障碍 1 年期间患者的父母 SCL-90 得分变化 见表 1。

2.1.2 首发精神障碍 2 周内患者父母 CSQ 得分情况 43 名父母 CSQ 得分 2.69±0.83。按照自责应付因子的得分范围 0.25~0.40 和退避应付因子的得分范围 0.25~0.40^[11],将 43 名患者父母分为退避自责型(组)22 人,非退避自责型(组)21 人。

表 1 首发精神障碍 1 年期间患者的父母 SCL-90 得分变化($n=43$)

阶段	分数[$M(P_{25}, P_{75})$]
确诊 2 周	143.00(128.50, 176.40)
确诊后 6 个月	121.50(107.30, 149.25)
确诊后 12 个月	116.20(103.10, 134.15)
Wald χ^2	22.863
P	<0.001

表 2 两组不同时间点 SCL-90 得分比较

组别	人数	确诊 2 周内	确诊后 6 个月	确诊后 12 个月
退避自责组	22	145.00(135.50, 213.60)	132.50(109.50, 149.25)	119.50(104.70, 146.75)
非退避自责组	21	140.00(127.00, 189.60)	111.00(98.50, 151.20)	108.00(101.50, 131.50)
统计量		$Z = -1.033$	$Z = -2.250$	$Z = -1.033$
P		0.302	0.024	0.302

注:两组比较, Wald χ^2 组间=3.422, $P=0.064$; Wald χ^2 时间=23.641, $P<0.001$; Wald χ^2 交互=1.432, $P=0.489$ 。

表 3 非退避自责型父母轨迹活动情况

时间段	反馈轨迹(具体表现与行为)
患者表现异常(住院前)	疑惑无助;自我安慰;求助求医
得知病情(第 1 次访谈)	难以接受患者病情,情绪崩溃;病因分析;自责反思;担心患者前途
治疗期间(第 2 次访谈)	害怕别人知道;担忧疗效;父母工作搁浅;夫妻矛盾增加;经济负担增加;脾气改变;情绪低落;信任医生,积极配合治疗;父母关爱增加;学习相关知识;生活恢复正常生活
后期康复(第 3 次访谈)	信任医生继续后期治疗;治疗效果理想,积极应对生活;生活保持平稳状态

2.2.2 退避自责型父母后期负反馈型轨迹活动情况
 纳入此轨迹的父母 7 人,主要表现为拒绝接受现实,担忧疗效,害怕熟人知道,担心患者的前途等。历时 12 个月仍处于痛苦焦虑状态,归纳为心理痛苦轨迹。具体见表 4。

表 4 退避自责型父母后期负反馈型轨迹活动情况

时间段	反馈轨迹(具体表现与行为)
患者表现异常(住院前)	疑惑;自我安慰;咨询;未引起重视;被迫求医拒绝接受现实;病因分析;父母愧疚自责;担心患者的前途
治疗期间(第 2 次访谈)	害怕别人知道;信任医生,配合治疗;父母工作受影响;经济负担加重;夫妻矛盾增加;担忧疗效;焦虑烦躁;情绪崩溃;寝食难安
后期负反馈(第 3 次访谈)	夫妻矛盾加剧;心情低落;自责烦躁;持续忧心焦虑;消极治疗;缺乏对患者陪伴

2.2.3 退避自责型父母后期正反馈型轨迹活动情况
 纳入此轨迹的父母 15 人,前 6 个月表现同负反馈型父母,后 6 个月因获得良好的社会支持情绪逐渐平稳,态度渐变乐观,归纳为心理恢复轨迹。具体见表 5。

3 讨论

本研究结果显示,首发精神障碍患者的父母依据

2.1.3 两组不同时间点 SCL-90 得分比较 见表 2。

2.2 质性结果

2.2.1 非退避自责型父母轨迹活动情况 纳入此轨迹的父母 21 人,主要表现为难以接受患者(自己的孩子)病情,自责反思,主动学习及应对,在较短的时间内恢复了心理健康等,归纳为心理弹性轨迹。具体见表 3。

应激环境及事件中的应付方式^[11]评分表现为非退避自责型与退避自责型两种类型;依据质性访谈资料、采用系统化归纳方法归为心理弹性轨迹(21 人,应付方式分为非退避自责组),心理痛苦轨迹(7 人,应付方式分为退避自责组),心理恢复轨迹(15 人,应付方式分为退避自责组)3 种。分述如下。

表 5 退避自责型父母后期正反馈型轨迹活动情况

时间段	反馈轨迹(具体表现与行为)
患者表现异常(住院前)	疑惑;自我安慰;咨询;未引起重视;被迫求医
得知病情(第 1 次访谈)	拒绝接受事实;病因分析;担心孩子的前途;父母愧疚自责
治疗期间(第 2 次访谈)	害怕别人知道;信任医生,配合治疗;父母工作受影响;经济负担加重;夫妻矛盾增加;担忧疗效;焦虑烦躁;寝食难安
后期正反馈(第 3 次访谈)	获得帮助;情绪逐渐平稳;积极配合治疗;关爱陪伴增加;工作恢复正常

3.1 非退避自责组父母的心理社会轨迹分析 住院前表现迷茫无助、拒绝现实;治疗前期,焦虑烦躁、情绪低落;治疗后期,与医务人员建立了互相信任的医患关系,并通过主动学习,自我调整,父母在较短的时间内(<6 个月)平衡了孩子患病与生活的关系,恢复心理健康。同步量性结果显示,第 1 次(发病 2 周内)SCL-90 测评显示,父母心理健康状况较差,其结果显著高于我国成人常模^[11];第 2 次(发病 6 个月时)心理健康水平测试已恢复正常水平。6 个月后父母积极应对,患者治疗效果理想,父母保持了生活及心态平稳。质性与量性结果表明:患者住院前期其父母因缺乏疾病知识,对预后不确定,以及缺乏精神卫生常识,感到茫然无助。有研究报道,我国首发精神障碍患者家属心理健康相关知识知晓率仅为 15%^[12],远未达到国家相关要求的 80%^[13];而因精神障碍疾病预后差^[3]及病耻感^[12]使父母短期内难以接受患者病情;患者疾病突发,对父母形成重大应激事件^[14],出现自

责、焦虑烦躁、抑郁等。当患者住院治疗后期,病情好转,加之父母积极有效的应对,促进其心理健康水平恢复平稳,与有关研究^[15]结果相一致。针对该轨迹类型的父母,应加强精神心理卫生防治相关知识的健康教育,提高其对精神障碍类疾病的早期识别能力,做到早发现、早治疗;同时应将父母纳入早期干预计划,帮助其逐步改善患者疾病带给生活和心理的不良压力反应。

3.2 退避自责组父母的心理社会轨迹分析 该组呈现为心理痛苦轨迹与心理恢复轨迹 2 种,分析如下。心理痛苦轨迹:呈现该轨迹的父母人数最少,仅 7 人,依据退避自责组 SCL-90 测试结果,第 2 次(6 个月)测评时有所好转,同期的质性访谈也显示心理状态较前稍有好转,但仍表现出较多的心理问题,如持续焦虑、痛苦自责等;其表现与非退避自责组父母(已恢复的情况)存在较大差异。历时 12 个月,仍未适应患者疾病带给其生活和心理的改变,表现为持续痛苦状态。该结果与相关研究结果^[15-16]类似。心理恢复轨迹:呈现该轨迹的父母 15 人,其在后期逐渐恢复生活及心理的正常状态。访谈中该类父母反映孩子及家庭获得了来自政府和社区的帮助,这让他们感受到温暖,对未来的生活重新抱有希望,该结果与 Foster 等^[8]的研究有一致性,父母后期得以恢复与获得良好的心理和社会支持有关。但该结果未在量性分析中得到体现,第 3 次 SCL-90 测试得分退避自责与非退避自责组未见显著差异,分析原因一是恢复型轨迹的父母在退避自责组中占比大,其心理健康已逐渐恢复;二是样本量较小,痛苦轨迹型父母最后一次测试得分未能对整群水平造成影响,今后应扩大样本量进一步探讨。以上结果表明退避自责型父母心理健康调适能力较非退避自责型差,难以在短时间内恢复,医护人员应为退避自责型父母建立心理健康追踪档案,为该类型父母提供持续干预服务,促进其心理健康恢复。

4 小结

本研究显示,首发精神障碍青少年患者父母早期心理健康水平较低;大部分父母健康状况随患者病情稳定及自我调节,逐渐得以恢复;小部分父母仍处于持续痛苦中。首发精神障碍青少年患者父母的心理社会轨迹呈现出心理弹性、心理痛苦、心理恢复 3 种形式。医护人员应依据患者父母不同心理社会轨迹实施针对性心理干预,并依据轨迹变化的不同阶段动态调整干预措施,以提高该人群的心理健康水平,从而有效协助医护人员对患者的治疗,促进患者康复。本研究的局限性在于样本量较小,难以对影响患者父母心理健康及轨迹变化的各因素进行全面分析。下一步将增加样本量,针对各影响因素进行深入研究,为精准干预提供更客观实证。

参考文献:

- [1] 张小梅,韩莉,张红,等.青少年精神障碍患者非自杀性自伤体验的质性研究[J].护理学杂志,2022,37(2):71-74.
- [2] Silva S A, Silva S U, Ronca D B, et al. Common mental disorders prevalence in adolescents: a systematic review and meta-analyses[J]. PLoS One, 2020, 15(4): 1-19.
- [3] Belfer M L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe[J]. JCPP, 2008, 49(3): 226-236.
- [4] 彭超华,曾铁英.孤独症谱系障碍患儿家长心理健康干预策略的研究进展[J].护理学杂志,2022,37(7):101-104.
- [5] 李珍华,李遵清.首发精神分裂症患者父母心理健康状况调查分析[J].国际护理学杂志,2015,34(13):1822-1824.
- [6] 张宇珊,李欣,王颖,等.青少年首发抑郁障碍病人家庭功能和家庭环境调查[J].护理研究,2018,32(6):19531-95532.
- [7] Kessler R C, Angermeyer M, Anthony J C, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative[J]. World Psychiatry, 2007, 6(3): 168-176.
- [8] Foster K, Mitchell R, Van C, et al. Resilient, recovering, distressed: a longitudinal qualitative study of parent psychosocial trajectories following child critical injury [J]. Injury, 2019, 50(10): 1605-1611.
- [9] Pozzato I, Craig A, Gopinath B, et al. Outcomes after traffic injury: mental health comorbidity and relationship with pain interference[J]. BMC Psychiatry, 2020, 20(1): 2601-2621.
- [10] Nasri N, Mohd R N, Mohamad N N, et al. Longitudinal impact of COVID-19 pandemic on university researchers' psychosocial trajectories [J]. J Loss Trauma, 2022, 27(1): 63-73.
- [11] 戴晓阳.常用心理评估量表手册[M].修订版.北京:人民军医出版社,2015:27-33,102-106.
- [12] 李丛丛,孙宏伟.精神疾病患者家属对病耻感现状及影响因素[J].中国心理卫生杂志,2016,24(3):343-347.
- [13] 张敬慧,卢传华,唐济生,等.山东省 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):161-167.
- [14] 徐健康,谢国玺,赵怡,等.首发精神疾病患者家属精神卫生知晓率及心理健康水平的调查研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(63):10-11.
- [15] 艾宪英,郑美,王爱青,等.精神分裂症患者家属应对方式在病耻感及社会支持中的中介效应[J].护士进修杂志,2020,35(24):2209-2214.
- [16] 张军勤,晏丽娟,苏雪飞.高职院校学生应对方式与心理健康[J].中国健康心理学杂志,2016,24(3):461-463.

(本文编辑 王菊香)