

57(2):212-217.

- [28] Fu N, Jacobson K, Round A, et al. Transition clinic attendance is associated with improved beliefs and attitudes toward medicine in patients with inflammatory bowel disease[J]. *World J Gastroenterol*, 2017, 23(29): 5405-5411.
- [29] Yerushalmy-Feler A, Ron Y, Barnea E, et al. Adolescent transition clinic in inflammatory bowel disease: quantitative assessment of self-efficacy skills[J]. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2017, 29(7):831-837.
- [30] Schütz L, Radke M, Menzel S, et al. Long-term implications of structured transition of adolescents with inflammatory bowel disease into adult health care: a retrospective study[J]. *BMC Gastroenterol*, 2019, 19(5):128-140.
- [31] Huang J S, Yueh R, Wood K, et al. Harnessing the electronic health record to distribute transition services to adolescents with inflammatory bowel disease[J]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2020, 70(2):200-204.
- [32] Rheenen P F, Aloï M, Biron I A, et al. European Crohn's and colitis organisation topical review on transitional care in inflammatory bowel disease[J]. *J Crohns Colitis*, 2017, 11(9):1032-1038.
- [33] Brink G, Gaalen MAC, Zijlstra M, et al. Self-efficacy did not predict the outcome of the transition to adult care

in adolescents with inflammatory bowel disease[J]. *Acta Paediatr*, 2019, 108(2):333-338.

- [34] Maddux M H, Drovetta M, Hasenkamp R, et al. Using a mixed-method approach to develop a transition program for young adults with inflammatory bowel disease[J]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2020, 70(2):195-199.
- [35] Sattoe J N T, Peeters M A C, Haitsma J, et al. Value of an outpatient transition clinic for young people with inflammatory bowel disease: a mixed-methods evaluation[J]. *BMJ Open*, 2020, 10(1):1-10.
- [36] 马佳莉, 盛楠, 丁文雯, 等. 慢性病患者过渡期准备对其生活质量的影响[J]. *中国当代儿科杂志*, 2018, 20(1): 60-67.
- [37] McManus M, White P, Barbour A, et al. Pediatric to adult transition: a quality improvement model for primary care[J]. *J Adolesc Health*, 2015, 56(1):73-78.
- [38] May C, Finch T, Mair F, et al. Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model[J]. *BMC Health Serv Res*, 2007, 7(1):148-156.
- [39] 蒋鑫鑫, 单岩, 明祯祯, 等. 国外青少年慢性病患者医疗过渡准备评估工具的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(12):110-113.

(本文编辑 韩燕红)

## “问题管理+”用于心理障碍人群的范围综述

侯坤华, 邵勤文, 赵海平

**Application of problem management plus (PM+) in people with common mental disorders: a scoping review** Hou Kunhua, Shao Qinwen, Zhao Haiping

**摘要:**目的 分析“问题管理+”在心理障碍人群中应用的有关研究,为其临床推广应用和相关研究提供参考。方法 按照范围综述的研究方法,计算机检索中国知网、万方数据库、维普网、中国生物医学文献数据库、PubMed、EMbase、Web of Science、Scopus、EBSCO,检索时限为2008年1月至2020年6月。收集“问题管理+”用于心理障碍人群的相关研究。结果 共纳入8篇英文文献,随机对照研究6篇,质性研究1篇,混合性研究1篇。“问题管理+”干预团队及评估方式具有独特性与严谨性,其个人干预、团体干预两种形式对心理障碍人群有积极作用。结论 目前“问题管理+”的相关研究较少,“问题管理+”是有效且可行性较强的心理干预措施,适合应用于心理障碍人群。

**关键词:**“问题管理+”; 心理问题; 心理障碍; 心理干预策略; 范围综述

**中图分类号:**R47;R395.1 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.08.102

WHO开展的世界心理健康调研显示,全球平均心理障碍率在14.9%左右<sup>[1]</sup>,可能影响患者疾病康复、个人发展乃至增加家庭及社会负担。Charlson等<sup>[2]</sup>报道,中国精神疾病患者占全球总量的17%,远远超过各发达国家,而我国精神卫生资源却相对匮乏,每10万人中仅有2.19个精神科医生和5.51个精神专科护士,我国精神健康卫生服务与国际水平差距较大<sup>[3-4]</sup>。“问题管理+”(Problem Management Plus, PM+)是针对在逆境中生活或生活中遇到重大挫折而产生心理问题的人群而做出的“问题管理”,并

协助该人群形成行为转变的方案督促其实施。“PM+”是WHO精神健康差距行动方案(Mental Health Gap Action Programme, mhGAP)的一部分<sup>[5]</sup>,旨在减轻成年人群抑郁症状、焦虑、创伤后应激障碍以及逆境和创伤后的压力,是一种低强度的心理干预策略。其采用任务转移的方法,将心理干预的提供从专家(如心理学家或精神病学家)转移到其他卫生工作者(如护士)或非卫生服务提供者,使心理健康专业人员和非心理健康专业人员都可以快速学习<sup>[6-8]</sup>。因此,“PM+”有利于非心理卫生专业人员发挥特定作用,有利于缓解精神卫生系统人力资源紧张,减少国民因心理问题产生的危害。目前我国对“PM+”的研究较少,因此本研究应用范围综述<sup>[9]</sup>的方法对“PM+”在心理障碍人群的应用研究进行分

作者单位:中国医科大学护理学院(辽宁 沈阳,110122)

侯坤华,女,硕士在读,护士

通信作者:赵海平, zhaohp212@163.com

收稿:2020-11-20;修回:2021-01-10

析,为“PM+”相关研究和临床应用提供参考。

### 1 资料与方法

**1.1 确立研究问题** 研究人员经过文献检索和资料阅读后进行讨论,确定研究问题为“PM+”在心理障碍人群中的应用现状、应用方式、适用人群、干预团队的构建及未来在临床领域、社区中的应用及展望。

**1.2 检索数据库及检索策略** 2020 年 6 月检索中国期刊网全文数据库、万方医学网数据库、维普中文数据期刊数据库、中国生物医学文献数据库、PubMed, EMBASE, Web of Science, Scopus, EBSCO 数据库。中文检索词:问题管理加、精神障碍、心理障碍、抑郁、焦虑、创伤后应激障碍。英文检索词:depress, anxiety, posttraumatic stress disorder, PTSD, psychological distress, mental disorder, mental health, problem management plus。由于 mhGAP 行动方案于 2008 年启动,因此检索时限为 2008 年 1 月至 2020 年 6 月。

**1.3 文献纳入及排除标准** 纳入标准:①研究对象为心理障碍的成年人群,如焦虑、抑郁、创伤后应激障碍等;②干预措施或暴露因素或研究主题是以团体或个人形式的“PM+”为主;③文献类型包括质性研究、量性研究及混

合性研究;④研究计划书要追踪到完整的研究结果;⑤中英文发表的文献。排除标准:①仅有摘要的会议论文;②综述类文献;③无法找到全文的文献。

**1.4 确定文献及资料提取** 将检索到的文献导入 NoteExpress 软件,筛查并删除重复文献,2 名研究人员背对背根据文献纳入标准阅读文题及摘要初步筛选,然后阅读全文进行第 3 次筛选,确定纳入文献,若遇分歧,则进行讨论或由第 3 位研究者协助判断。资料的提取根据提前设计好的表格录入文献相关资料,主要包括文献作者、国家、发表年份、研究类型、干预/研究对象、样本数、实施者、干预措施/研究主题、评估指标、结论等。

### 2 结果

**2.1 文献检索结果** 初步检索获得相关文献 634 篇,通过 NoteExpress 软件剔除重复文献,阅读题目及摘要剔除与本研究无关、无法获取全文、综述类文献后剩余 15 篇;阅读全文后最终共纳入 8 篇文献<sup>[6,8,10-15]</sup>,均为英文,发表于 2016~2020 年,其中随机对照研究(RCT)6 篇<sup>[6,10,12-15]</sup>,质性研究 1 篇<sup>[8]</sup>,混合性研究 1 篇<sup>[11]</sup>。纳入文献详细信息见表 1。

表 1 纳入文献基本信息

作者	国家	研究类型	研究对象	监督者及实施者	干预措施/研究主题	评估指标	结论
Zhang 等 <sup>[6]</sup>	中国	RCT	多发骨髓瘤伴心理障碍(抑郁)的患者(n=80)	心理医生及经过培训的护士	PM+	心理结果、抑郁、功能	PM+策略可以帮助患者减少负面情绪,缓解焦虑和抑郁症状,加强社会支持
Van 等 <sup>[8]</sup>	肯尼亚	质性研究	接受过 PM+ 干预的研究对象(n=6)、PM+实施者(n=6)、卫生部门工作人员(n=7)、参与 PM+ 研究的工作人员(n=8)	没有参与过 PM+ 的访谈者	PM+	—	PM+ 对面临人际暴力和长期贫困等逆境的社区居民可能有很大价值,大规模实施的主要障碍在于非精神专科医疗人员的可持续性
Dawson 等 <sup>[10]</sup>	肯尼亚	RCT	处于逆境及遭受性别暴力或心理困扰的女性(n=70)	PM+ 高级培训师、心理卫生工作者及社区医务工作者	PM+	心理困扰、功能、性别暴力、PTSD、压力性事件	PM+ 干预可缓解心理症状,有待大规模 RCT
Sangraula 等 <sup>[11]</sup>	尼泊尔	混合性研究	经受过地震的社区居民(n=121)、PM+ 的实施者(n=4)研究对象家属(n=8)	PM+ 高级培训师、社区心理卫生服务者及社区志愿者	团体 PM+	心理结果、PTSD、领悟社会支持及 PM+ 的可接受性、有效性等	GPM+ 对研究对象是有益的,GPM+ 存在可行性和可接受性,建议开展大规模 RCT
Khan 等 <sup>[12]</sup>	巴基斯坦	RCT	经受战乱地区的女性(n=134)	PM+ 高级培训师、精神医生及初级卫生保健提供者	团体 PM+	抑郁、焦虑、情绪困扰、功能、PTSD、心理结果	GPM+ 在该环境下可接受性较强,为以后大规模 RCT 研究提供了参考
Rahman 等 <sup>[13]</sup>	巴基斯坦	RCT	有明显不幸和功能损害的人(n=60)	PM+ 高级培训师、精神医生及经过培训的卫生人员	PM+	心理困扰、功能、PTSD	提高了患者的功能,减轻了其 PTSD 症状
Bryant 等 <sup>[14]</sup>	肯尼亚	RCT	经历过性别暴力的城市妇女(n=421)	PM+ 高级培训师、精神医生及社区卫生工作者	PM+	心理结果、压力性事件、PTSD、情绪困扰、医疗服务的需要	PM+ 干预组在 3 个月后的随访中心理痛苦度减轻
Rahman 等 <sup>[15]</sup>	巴基斯坦	RCT	受冲突影响地区经历情绪困扰者(n=346)	PM+ 高级培训师、心理医生及普通健康工作者	PM+	抑郁、焦虑、PTSD 症状、身体机能、压力性事件	PM+ 干预后 3 个月焦虑和抑郁症状显著减轻

**2.2 “PM+”干预的评估体系** “PM+”干预与其他心理干预的评估方式相比有其独特性。首先,“PM+”

在干预前、干预中及干预后都会进行评估,干预前评估可以筛选出适合的研究对象,干预中评估可以作为

判断后续干预是否需要作出调整的依据,干预后评估可以了解到干预的总体效果;其次,“PM+”评估有常用的评估工具,如心理结果<sup>[16]</sup>、身体机能<sup>[17]</sup>、心理困扰<sup>[18]</sup>等,还可以根据研究对象的特点增加相应的评估工具。这些体现了“PM+”干预评估体系规范性和完善性,为“PM+”干预的不同阶段提供了参考依据,保证了“PM+”实施过程的可反馈性和效果。

**2.3 “PM+”的干预形式及人群** “PM+”干预包括个人干预、团体干预(Group “PM+”)两种形式。个人干预是“PM+”的初始模式,适用于常见心理障碍人群及由于特殊经历(如性别暴力)造成心理障碍的人群,如经受性别暴力的女性<sup>[10,14]</sup>、心理或情绪困扰<sup>[10,15]</sup>、功能障碍及肿瘤患者<sup>[6]</sup>人群。团体“PM+”在保留个人干预形式中的核心干预策略、干预频次的基础上增加了团体间对个人体验分享的部分,但其不适用于有特殊经历的心理障碍人群,通过小组干预形式,使更多有心理障碍的人群可以同时接受“PM+”干预,互相分享感受,产生共鸣<sup>[11-12]</sup>。

**2.4 “PM+”的监督者及实施者** “PM+”的干预团队均由监督者和实施者组成,即“PM+”高级培训师、精神心理专家和非精神心理专家。精神心理专家接受“PM+”高级培训师的培训后成为干预团队的主要监督者。在纳入研究中主要实施者大部分由非精神卫生专业的医务人员承担,仅有1篇研究<sup>[11]</sup>由非医务人员承担。“PM+”的实施者均在干预前接受基础心理知识教育、基本的问询技巧及“PM+”干预策略培训,并在通过考核后在精神心理专家的监督和指导下实施干预,体现了干预的规范性。

**2.5 “PM+”实施方法及效果** “PM+”干预基于循证认知行为疗法<sup>[19]</sup>和问题解决疗法,通过压力管理、问题管理、行为激活、加强社会支持4个核心策略引导干预对象学会识别压力、作出有效应对的行动并合理地寻找社会支持。纳入的6篇RCT<sup>[6,10,12-15]</sup>使用“PM+”对存在心理障碍的人群进行干预,对研究对象的体能、心理状况及社会支持方面产生了积极作用,其中Bryant等<sup>[14]</sup>及Rahman等<sup>[15]</sup>对研究对象随访第3个月时发现“PM+”干预对减轻其心理困扰及症状依然有效。此外,Sangraula等<sup>[11]</sup>的混合性研究及Edith等<sup>[8]</sup>的质性研究对“PM+”实施的可行性进行了探究,通过对“PM+”干预对象、实施者的访谈和调查了解到他们对“PM+”的看法,干预对象指出“PM+”干预对他们来说可以接受,不仅减轻了现有的负面情绪,还教会他们管理未来可能遇到的问题和负面情绪。“PM+”实施者提出通过对“PM+”的学习不仅掌握了一些心理学的知识还感受到了帮助他人的快乐,提高了幸福感和工作掌握度<sup>[8]</sup>。

### 3 讨论

**3.1 增加“PM+”实施者的投入,推动“PM+”应用研究的开展** “PM+”应用研究较少,当前仅Bryant等<sup>[14]</sup>及Rahman等<sup>[15]</sup>对经历过性别暴力(421人)及有情绪困扰的人群(326人)开展较大规模的“PM+”干预。开展大规模的“PM+”干预研究的主要障碍在

于实施者干预的可持续性<sup>[8]</sup>，“PM+”干预虽减少了精神卫生资源的应用,但构建完整的“PM+”干预团队,前期可能需要足够的人力资源和资金来培养“PM+”干预的实施者。而且大多数研究将非心理专业的医务人员作为实施者,但“PM+”手册<sup>[20]</sup>指出受过高中以上教育水平,经过培训和监督也能成为“PM+”的实施者,因此未来除了可以增加医务人员作为实施者,也可以通过培训有高中以上教育水平的人群作为实施者,为在社区开展“PM+”干预提供人力资源。

### 3.2 加强“PM+”培训和监督,开展多样化干预形式

“PM+”的干预任务一般是由接受过“PM+”培训的监督者及实施者合作完成<sup>[20]</sup>,在已经开展的“PM+”干预研究<sup>[6,10,12-15]</sup>中,干预实施虽然有一些变化,但没有改变培训、监督的特点,这一特点是保证非心理卫生专业人员担任心理干预有效性的关键,具有科学性与严谨性。因此未来的研究应当关注和促进这一可持续性的培训和监督模式。“PM+”干预有两种形式,开展团体“PM+”的研究并不多,但其可以使更多的患者同时接受干预,节约资源,未来有望增加这种形式的干预研究,但是也应该结合研究对象的特点选择合适的干预形式。值得注意的是,“PM+”干预是一项低强度的心理干预措施,无论是哪种形式的“PM+”都只适用于出现轻中度心理障碍的人群,不适用于发现近期有自杀计划、严重精神疾病、神经系统疾病及物质滥用的人群<sup>[21]</sup>,在开始干预前应通过筛查选择合适的干预对象,若遇到上述患者应当谨慎对待或及时转诊。

**3.3 利用“PM+”干预为心理护理实践提供参考** 护理人员应用“PM+”干预能够及时解决患者的心理问题,提供更佳的护理服务。而且护理领域中对患者的心理干预较多套用心理疗法,大多属于专职心理咨询师的专业领域,不适合在没有专门心理资质的护士中推广<sup>[22]</sup>,而“PM+”干预没有严格的心理资质要求,易于被临床护士掌握,可以在医院或社区护士群体推广应用,开展由护士作为主要实施者、心理医生及“PM+”专家作为监督者的多学科合作的“PM+”干预团队。

**3.4 促进“PM+”在我国的发展** “PM+”是为中低收入国家设计以缩短世界精神卫生差距的一项心理干预措施,于2018年由WHO授权中国心理学会危机干预委员会引进我国<sup>[23]</sup>。我国心理卫生人力资源少且不平衡,主要集中于城市地区及东部发达地区,导致不同区域居民心理健康差距较大<sup>[24-25]</sup>。在我国,已经通过面对面及网络电话的方式分别对医院患者、受到突发卫生事件影响的社区居民进行“PM+”心理干预<sup>[26]</sup>,但目前仅有一篇“PM+”干预相关的研究<sup>[6]</sup>在肿瘤患者中应用。“PM+”干预适用于我国精神卫生发展现状,可以应用于社区、养老院、医院患者或经历紧急卫生事件、自然灾害的人群。未来需要开展更多的干预研究及质性研究,为我国开展“PM+”干预提供理论及实践依据。

### 4 小结

“PM+”是WHO发起的易于被非心理卫生专业

人员掌握的低强度心理干预措施,其实施过程科学、严谨,干预效果得到了国内外相关研究验证。“PM+”有利于缓解我国精神卫生资源匮乏现状,未来可以在社区、医院、养老院推广应用。但目前我国的相关研究较少,未来应该增加“PM+”的相关研究、培养“PM+”实施者,以提高“PM+”在我国的适用性,为提高我国全民心理健康素养水平及精神障碍防治和心理行为问题识别、干预水平起到积极作用。

#### 参考文献:

- [1] Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys[J]. *Psychol Med*, 2018, 48(9): 1560-1571.
- [2] Charlson F J, Baxter A J, Cheng H G, et al. The burden of mental, neurological, and substance use disorders in China and India: a systematic analysis of community representative epidemiological studies[J]. *Lancet*, 2016, 388(10042): 376-389.
- [3] 史晨辉,马宁,王立英,等.中国精神卫生资源状况分析[J].*中国卫生政策研究*, 2019, 12(2): 51-57.
- [4] 徐莲英,刘蕾,陈翠萍,等.以护士为主导的医院-社区精神心理健康服务模式的构建与实践[J].*护理学杂志*, 2020, 35(1): 1-4.
- [5] WHO. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders[M]. Geneva: World Health Organization, 2008: 126.
- [6] Zhang H, Zhang D, Lin H, et al. Problem Management Plus in the treatment of mental disorders in patients with multiple myeloma[J]. *Support Care Cancer*, 2020, 28(10): 4721-4727.
- [7] Dawson K S, Bryant R A, Harper M, et al. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems[J]. *World Psychiatry*, 2015, 14(3): 354-357.
- [8] Edith V H, Dawson K S, Schafer A, et al. A qualitative evaluation of a brief multicomponent intervention provided by lay health workers for women affected by adversity in urban Kenya[J]. *Glob Ment Health (Camb)*, 2018, 5(6): 1-12.
- [9] Colquhoun H L, Levac D, O'Brien K K, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting[J]. *J Clin Epidemiol*, 2014, 67(12): 1291-1294.
- [10] Dawson K S, Schafer A, Anjuri D, et al. Feasibility trial of a scalable psychological intervention for women affected by urban adversity and gender-based violence in Nairobi[J]. *BMC Psychiatry*, 2016, 16(1): 410-419.
- [11] Sangraula M, Turner E L, Luitel N P, et al. Feasibility of Group Problem Management plus (PM+) to improve mental health and functioning of adults in earthquake-affected communities in Nepal[J]. *Epidemiol Psych Sci*, 2020, 29(26): 130-141.
- [12] Khan M N, Hamdani S U, Chiumento A, et al. Evaluating feasibility and acceptability of a group WHO transdiagnostic intervention for women with common mental disorders in rural Pakistan: a cluster randomised controlled feasibility trial[J]. *Epidemiol Psych Sci*, 2019, 28(1): 77-87.
- [13] Rahman A, Riaz N, Dawson K S, et al. Problem Management Plus (PM+): pilot trial of a WHO transdiagnostic psychological intervention in conflict-affected Pakistan[J]. *World Psychiatry*, 2016, 15(2): 182-183.
- [14] Bryant R A, Schafer A, Dawson K S, et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: a randomised clinical trial[J]. *PLoS Med*, 2017, 14(8): 182-183.
- [15] Rahman A, Hamdani S U, Awan N R, et al. Effect of a multicomponent behavioral intervention in adults impaired by psychological distress in a conflict-affected area of Pakistan: a randomized clinical trial[J]. *JAMA*, 2016, 316(24): 2609-2617.
- [16] Ashworth M, Shepherd M, Christey J, et al. A client-generated psychometric instrument: the development of PSYCHLOPS[J]. *Counsell Psychother Res*, 2004, 4(2): 27-31.
- [17] Ustun T B, Kostanjsek N, Chatterji S, et al. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) [M]. Geneva: World Health Organization, 2010: 50-53.
- [18] David Goldberg P W. A user's guide to the General Health Questionnaire[J]. *Psychology*, 1988, 12(12): 1032-1036.
- [19] Stenmark H, Catani C, Neuner F, et al. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study [J]. *Behav Res Ther*, 2013, 51(10): 641-647.
- [20] World Health Organization. Problem Management Plus (PM+) [EB/OL]. (2020-03-26) [2020-06-17]. [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/problem\\_management\\_plus/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/).
- [21] World Health Organization. mhGAP Training Manuals— for the mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0 [EB/OL]. (2018-07-15) [2020-06-17]. [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/training\\_manuals/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/).
- [22] 刘晓虹,李小妹.心理护理理论与实践[M].北京:人民卫生出版社, 2018: 15-19.
- [23] 中国心理学会危机干预委员会.抗疫“安心”行动:“问题管理加”公益特训班启动 [EB/OL]. (2020-05-12) [2020-08-20]. [http://www.psych.ac.cn/xgzbdyqfk/gzdt/202005/t20200517\\_5581327.html](http://www.psych.ac.cn/xgzbdyqfk/gzdt/202005/t20200517_5581327.html).
- [24] 李强,魏晓薇,翟宏堃.健康中国视角下优化国民心理健康素养研究:意义与取径[J].*西南交通大学学报(社会科学版)*, 2020, 21(4): 61-68.
- [25] 张爱莲,钱铭怡,陈红,等.山东省心理健康服务现状调查与分析[J].*山东理工大学学报(社会科学版)*, 2010, 26(4): 95-100.
- [26] 中国新闻网.心理专家解读战“疫”:社会情绪“拐点”需要一个过程 [EB/OL]. (2020-02-05) [2020-08-20]. <http://www.chinanews.com/sh/2020/02-05/9079392.shtml>.