

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.19.012

文章编号: 1005-8982 (2019) 19-0067-05

## 精神分裂症青少年患者及其父母的家庭功能研究\*

郭正军<sup>1</sup>, 郭玉敏<sup>2</sup>, 王玉杰<sup>1</sup>, 姚丰菊<sup>1</sup>, 王海岭<sup>1</sup>, 杨世昌<sup>1</sup>

(1. 新乡医学院第二附属医院, 河南 新乡 453002; 2. 新乡市妇幼保健院, 河南 新乡 453002)

**摘要: 目的** 了解精神分裂症青少年患者与其家属及正常家庭青少年家庭功能差异, 探索精神分裂症青少年患者家庭康复方法。**方法** 随机抽取新乡市与父母一同居住的精神分裂症青少年患者及家属为病例组(96例), 对照组(92例)来源于患者本村/社区, 利用家庭功能评定量表(FAD)和家庭亲密度及适应性评定量表(FACES)对各研究对象进行问卷调查。**结果** 病例组和对照组青少年FAD 7个维度(角色扮演、问题解决、家庭沟通、情感介入、情感反应、行为控制和总功能)得分比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 病例组得分高于对照组。两组研究对象FACES的适用性和亲密度2个维度得分差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 病例组得分低于对照组。母亲与患者之间的家庭功能状况一致性较好( $P > 0.05$ ), 父亲与患者和母亲的家庭功能差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 青少年精神分裂症患者家庭功能较差, 患者家庭成员间家庭功能有较大差异。

**关键词:** 精神分裂症; 家庭功能; 青少年; 比较

**中图分类号:** R749.3

**文献标识码:** A

## A comparative study on family functions of juvenile schizophrenics and their parents\*

Zheng-jun Guo<sup>1</sup>, Yu-min Guo<sup>2</sup>, Yu-jie Wang<sup>1</sup>, Feng-ju Yao<sup>1</sup>, Hai-ling Wang<sup>1</sup>, Shi-chang Yang<sup>1</sup>

(1. The Second Affiliated Hospital of Xinxiang Medical University, Xinxiang, Henan 453002, China;  
2. Xinxiang Maternal and Child Health Hospital, Xinxiang, Henan 453002, China)

**Abstract: Objective** To understand the different awareness about family functions among juvenile schizophrenics, their parents and normal juveniles, and to explore the methods of rehabilitation in family. **Methods** Ninety six patients with juvenile schizophrenics who living with their parents and their parents were randomly selected in Xinxiang. The blank control group (92) was formed by health teenagers from the same community. Every subject was investigated by Family Function Assessment Scale (FAD) and Family Intimacy and Adaptability Assessment Scale (FACES). **Results** Compared with normal juveniles, the scores of role play, problem solving, family communication, affective involvement, emotional response, behavioral control and total function were higher from FAD, and the difference had statistical significance ( $P < 0.05$ ); the scores of adaptive and intimacy were lower from FACES, and the difference had statistical significance ( $P < 0.05$ ). The awareness about family functions between mothers and patients was the same ( $P > 0.05$ ), but that awareness between fathers and mothers was different ( $P < 0.05$ ). **Conclusions** The awareness about family functions of juvenile schizophrenics is poor and there are big

收稿日期: 2019-04-10

\* 基金项目: 河南省医学科技攻关计划项目 (No: 201403138); 河南省研究生教育教学改革研究与实践资助项目 (No: 2017SJGLX078Y); 河南省卫生计生委科技创新型人才工程专项资助 (No: 201632-LJRC-062)

[通信作者] 杨世昌, E-mail: yangshch2000@163.com

differences among family members.

**Keywords:** schizophrenic psychology; family function; adolescent; comparative study

随着我国经济水平的不断发展, 社会人群生活质量大大提高。同时, 人群工作、学习和生活压力的增加, 会导致消极情绪的产生, 长时间的累积容易导致精神疾病的发生。精神分裂症是重性精神疾病中最常见的一类疾病, 而青少年是其高发群体<sup>[1]</sup>, 严重影响青少年的身心健康<sup>[2]</sup>。精神分裂症不但给青少年患者和其家庭带来极大的经济压力, 而且对家庭成员的家庭功能造成严重影响。良好的家庭功能能够提供更好的物质和情感支持, 有利于促进青少年患者身心恢复。因此, 如何促进患者及其家庭成员的家庭功能已成为青少年精神分裂症患者的首要治疗目标<sup>[3-4]</sup>。分析资料显示, 国内外专家集中研究青少年精神分裂症患者心身的消极方面和行为问题, 对其及家属深层次家庭功能研究较少, 且目前对家庭功能研究多是患者与正常家庭青少年的病例对照研究, 或单独研究患者家庭内部家庭功能的差异<sup>[5]</sup>。而对患者与普通青少年以及患者家庭内部成员之间家庭功能差异的综合比较却鲜有研究。为综合了解患者与家属及正常家庭青少年家庭功能差异状况, 促进青少年精神分裂症患者健康成长, 特进行此次调查。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

选取 2016 年 3 月新乡市国家严重精神障碍信息系统年龄在 14 ~ 19 岁之间的精神分裂症患者。纳入标准: ①采用国际通用《精神障碍诊断与统计手册第 4 版》(diagnostic and statistical of mental disorders, the fourth 4dition, DSM- IV) 做为诊断标准, 由精神科主治医师做出诊断; ②患者年龄在 14 ~ 19 岁, 父母健在并居住在一起; ③患者家属或本人知情同意; ④无其他精神障碍疾病。排除标准: ①有严重躯体疾病如: 心血管、肝肾、脑血管等疾病; ②有药物依赖或成瘾史; ③不同意社区或医院管理或不能完成调查者。对照组正常家庭青少年来源于患者本村 / 社区, 与父母居住, 排除标准与患者一致。调查精神分裂症患者及父母 96 例(病例组), 正常家庭青少年 92 例(对照组)。

### 1.2 研究方法

对所有研究对象进行横断面调查, 利用自设问卷获得研究对象基本信息, 包括年龄、性别、民族、学

历等内容, 利用家庭功能评定量表 (family assessment device, FAD) 和家庭亲密度及适应性评定量表 (family adaptability and cohesion scale, FACES) 调查各研究对象的感知差异。① FAD<sup>[6]</sup> 是调查整个家庭中各种系统功能的量表, 用于评价家庭实现其基本功能; 完成其基本任务的能力, 可以快捷发现其中可能出现的问题, 进而区别家庭功能的健康与否。量表分为 7 个子量表, 分别为角色扮演 (Roles, RL)、情感反应 (affective responsiveness, AR)、家庭沟通 (Communication, CM)、情感介入 (affective involvement, AI)、问题解决 (problem solving, PS)、行为控制 (behavior control, BC) 和总功能 (general functioning, GF)。采用 4 级评分制, 从很像我家到完全不像我家 (1 ~ 4 分) 评价, 对负性问题, 评分为 5- 调查分数, 所有条目一半评估健康家庭功能, 另一半评估非健康家庭功能状态, 家庭功能的健康程度随着得分的降低而升高。② FACES<sup>[6]</sup> 主要评价被试者适应性 (Adaptability) 和亲密度 (Cohesion) 两方面的家庭功能。适应性是指家庭体系随家庭处境和家庭不同发展阶段出现的问题而相应改变的能力, 亲密度是指家庭成员之间的情感联系和家庭成员各自的自主性。该量表主要用于不同家庭类型比较并找到不健康家庭中需要解决的问题、评价家庭干预的效果, 量表采用 5 级评分原则, 从不是至总是 (1 ~ 5 分) 计算, 亲密度与适应性的实际感受和理想状况得分是分开计算的。两种状态下差值的绝对值表示对家庭亲密度和适应性的不满程度, 差异越大, 被调查者不满的程度越大。

### 1.3 质量控制

调查由 5 位精神科医师和 10 位精神科护士组成调查小组, 集中参加培训, 并完成考核。主要培训内容包括精神分裂症社区居家患者及家属调查注意事项相关内容和相应量表的调查评估方法。每组设置质控组长, 负责督促小组成员保质保量完成调查工作, 每天随机抽查调查问卷并核实调查内容, 审核评估量表, 发现问题及时解决。

### 1.4 统计学方法

数据分析采用 Epidata 和 SPSS 19.0 统计软件, 计量资料以均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 比较采用  $t$  检验或配对  $t$  检验, 计数资料以例和构成比 (%) 表示, 比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组青少年及父母基线资料比较

两组年龄、性别和受教育程度比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。两组家属年龄比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 家庭经济状况、父母职业、文化程度比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1、2。

### 2.2 两组 FAD 结果比较

两组青少年在角色扮演、问题解决、家庭沟通、情感介入、情感反应、行为控制和总功能方面比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 病例组得分高于对照组。

见表 3。

表 1 两组青少年基线资料比较

组别	n	男/女/例	年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$ )	受教育程度/例		
				小学及以下	初中	高中及以上
病例组	96	43/53	16.67 $\pm$ 1.72	39	53	4
对照组	92	49/43	16.33 $\pm$ 1.65	31	54	7
$\chi^2/t$ 值		1.348	1.383		1.657	
P 值		0.246	0.168		0.437	

表 2 两组青少年父母基线资料比较

组别	n	职业/例 <sup>†</sup>				年龄/岁 <sup>†</sup>			
		务农/工人	专业技术人员	在岗管理者	离退休/无业	<30	30 ~ <40	40 ~ <50	$\geq 50$
病例组	96	93	21	12	66	4	99	84	5
对照组	92	57	41	35	51	2	102	79	1
$\chi^2$ 值			28.113				0.781		
P 值			0.000				0.854		

  

组别	文化程度/例 <sup>†</sup>				家庭经济状况/例	
	小学及以下	初中	高中/中专	大专及以上学历	贫困	非贫困
病例组	101	76	11	4	72	24
对照组	36	41	87	20	31	61
$\chi^2$ 值		110.795			32.356	
P 值		0.000			0.000	

注: <sup>†</sup> 患者父母基线资料例数为 2n

表 3 两组 FAD 结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	角色扮演	问题解决	家庭沟通	情感介入	情感反应	行为控制	总功能
病例组	96	2.398 $\pm$ 0.692	2.383 $\pm$ 0.739	2.610 $\pm$ 0.684	2.565 $\pm$ 0.613	2.590 $\pm$ 0.563	2.497 $\pm$ 0.530	2.255 $\pm$ 0.657
对照组	92	2.192 $\pm$ 0.521	2.019 $\pm$ 0.589	2.233 $\pm$ 0.575	2.283 $\pm$ 0.573	2.345 $\pm$ 0.579	2.290 $\pm$ 0.543	1.986 $\pm$ 0.545
t 值		2.298	3.741	4.09	3.256	2.936	2.646	3.053
P 值		0.023	0.000	0.000	0.001	0.004	0.009	0.003

### 2.3 两组家庭 FACES 结果比较

两组 FACES 的适应性和亲密性得分差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 病例组得分低于对照组。见表 4。

### 2.4 精神分裂症患者家庭 FAD 结果比较

患者父母间感知比较, 父亲在家庭生活中的角色扮演和问题解决情况较母亲感知更差, 总功能父亲感知较母亲良好 ( $P < 0.05$ ); 父亲与患者比较, 在情感

表 4 两组 FACES 结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	适应性	亲密度
病例组	96	41.438 $\pm$ 8.928	61.521 $\pm$ 0.739
对照组	92	45.826 $\pm$ 7.805	65.565 $\pm$ 0.589
t 值		-3.582	-3.182
P 值		0.000	0.002

反应、行为控制和总功能方面父亲感知状况较患者良好；母亲与患者比较，母亲仅在家庭沟通方面较患者感知状况良好 ( $P < 0.05$ )；总体比较，母亲与患者之间的家庭功能状况一致性较好 ( $P < 0.05$ )，父亲与患者、父亲与母亲在家庭功能健康程度方面有较大差异 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

表 5 精神分裂症患者家庭 FAD 结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

项目	关系	差值	t 值	P 值
角色扮演	父母	0.391 ± 1.391	2.754	0.010
	父子	0.108 ± 0.891	1.188	0.196
	母子	-0.283 ± 1.628	1.101	0.216
问题解决	父母	0.199 ± 0.634	3.075	0.004
	父子	0.118 ± 0.692	1.671	0.099
	母子	-0.081 ± 0.619	-1.282	0.175
家庭沟通	父母	0.145 ± 0.893	1.591	0.113
	父子	-0.116 ± 0.936	-1.214	0.190
	母子	-0.261 ± 0.831	-3.077	0.004
情感介入	父母	-0.142 ± 0.721	-1.930	0.063
	父子	-0.261 ± 1.637	-1.562	0.118
	母子	-0.119 ± 0.621	-1.878	0.069
情感反应	父母	-0.276 ± 1.891	-1.430	0.143
	父子	-0.348 ± 0.614	-5.553	0.000
	母子	-0.072 ± 0.964	-0.732	0.304
行为控制	父母	-0.179 ± 1.012	-1.733	0.089
	父子	-0.331 ± 0.479	-6.771	0.000
	母子	-0.152 ± 0.813	-1.832	0.075
总功能	父母	-0.467 ± 1.219	-3.754	0.001
	父子	-0.654 ± 0.762	-8.409	0.000
	母子	-0.187 ± 0.975	-1.879	0.069

## 2.5 精神分裂症患者家庭 FACES 结果比较

在适应性方面，父亲与母亲、父亲与患者间的知觉差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，母亲与患者间无差异 ( $P > 0.05$ )；在亲密度方面，父亲与患者、母亲与患者的知觉差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，父亲与母亲间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 6。

表 6 精神分裂症患者家庭 FACES 结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

项目	关系	差值	t 值	P 值
适应性	父母	3.615 ± 9.862	3.592	0.001
	父子	5.634 ± 12.391	4.455	0.000
	母子	2.019 ± 13.126	1.507	0.128
亲密度	父母	1.516 ± 9.691	1.533	0.123
	父子	6.928 ± 11.305	6.004	0.000
	母子	5.412 ± 10.136	5.234	0.000

## 3 讨论

### 3.1 家庭功能良好能促进青少年精神分裂症患者康复情况

通过本次调查，与正常组青少年家庭相比，精神分裂症青少年患者家庭功能处于严重混乱状态，其主要体现为家庭总功能较差，家庭成员之间互相沟通解决问题的能力缺乏，不能有效地控制自身行为，父母和患者之间对各自承担的家庭角色未能有效执行，这使得患者家庭成员之间情感反应较差、情感介入较多上也有体现。与 CUHADAR<sup>[7]</sup>、王文季<sup>[8]</sup>、唐娟等<sup>[9]</sup>研究结果一致。通过两组家庭 FACES 调查比较，无论从家庭适应性还是亲密性上看，两组比较差异均有差异，患者对家庭不满意程度更大，其对家庭适应程度和亲密性感知结果较差，这与杨光远等<sup>[10]</sup>研究结果一致。

本研究表明，精神分裂症患者家庭总功能较正常组差，患者发病可能是影响家庭功能的重要因素。然而精神分裂症患者康复以及反复发作与家庭环境有着密切的关系，特别是青少年患者对家庭、对父母的依赖程度决定了家庭环境对疾病康复的重要性。通过系统家庭康复有助于患者家庭功能的提升<sup>[11]</sup>，同样，良好的家庭支持可以给患者创造一个健康的生活及康复空间，家庭成员可以更好地帮助患者积极面对疾病，在这种舒适、和谐的家庭支持当中，患者病情复发会减少并加速康复。

### 3.2 家庭感知一致有利于精神分裂症青少年患者康复

本研究特对患者父母进行调查研究，通过两两配对比较发现，同一家庭在不同角色下家庭功能存在较大差异，其中父母之间在感受家庭的角色扮演、问题解决和总功能上有差异；父子间差异主要体现在情感

反应、行为控制和总功能上, 与杨光远等<sup>[1]</sup> 研究结果一致; 母亲与患者比较, 他们在家庭沟通这一个方面有一定差异, 总体上家庭感知一致性较好。通过家庭成员之间 FACES 调查比较, 不同角色对家庭适应性和亲密度的知觉性亦存在差异, 其中患者对家庭适应性和亲密度的知觉得分远低于父母, 父亲的知觉得分最高, 对家庭满意度高于其他成员。研究表明, 同一患者家庭不同成员之间无论对家庭功能的进程还是结局均存在感知差异。家庭功能是家庭关系好坏的重要反映, 家庭成员之间关系密切并积极适应相应的家庭状况能够很大程度上提高家庭质量, 父母孩子之间对家庭感知相似能够促进青少年的家庭适应, 家庭感知差异较大可以导致青少年的焦虑和抑郁等消极适应<sup>[12]</sup>。

总体来讲, 由于精神分裂症青少年患者的年龄特殊性, 在康复过程中需要把家庭成员间家庭功能差异考虑进去, 不仅注重患者的疾病康复, 家庭成员之间也需进行护理教育和心理支持, 增进家庭成员对疾病的认识, 摆脱病耻感<sup>[13]</sup>, 共同积极应对, 给患者营造一个积极温暖的家庭环境, 促进患者快速康复。相关研究发现家属能够积极参与患者治疗, 互相交流鼓励, 患者的复发率能够下降 20%, 如果家属不参与治疗, 不了解病情或者对疾病的预期不一致能够导致各自家庭感知不同, 进而形成情感和行为的对立。提示在青少年患者家庭健康教育过程中, 需要根据对象不同给予相应的干预措施, 对家属要认识疾病的发生和发展过程, 了解基本症状以便及时就医, 对青少年患者的康复干预需要内容简单易行, 方法具体明了。本研究不足之处是患者家庭基本情况之间存在一些差异, 以及未对不同年龄段患者家庭之间进行分析比较, 需要在今后研究中进行更加细致的分析。

#### 参 考 文 献:

- [1] 杨光远, 徐汉明, 马筠, 等. 青少年精神分裂症患者与父母对家庭功能的感知差异 [J]. 医学与哲学, 2017, 38(7B): 70-72.
- [2] MASI G, LIBONIF. Management of schizophrenia in children and adolescent[J]. Drugs, 2011, 71(2): 179-208.
- [3] 段卫东, 刘铁榜, 金东, 等. 慢性精神分裂症患者“医院—社区一体化康复”治疗的对照研究 [J]. 实用医学杂志, 2012, 28(16): 2724-2726.
- [4] 宋珀瑾, 裴双义, 孙淑红. 家庭心理干预联合社会技能训练治疗康复期精神分裂症患者的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2013, 10(33): 5019-5020.
- [5] 刘苗苗, 许娟, 徐卫国, 等. 精神分裂症患者家庭功能特征及其影响因素分析 [J]. 护理学报, 2013, 20(9A): 4-7.
- [6] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生量表评定手册 [J]. 中国心理卫生杂志, 1999(增刊): 142-152.
- [7] CUHADAR D, SAVAS H A, UNAL, et al. Family functionality and coping attitudes of patients with bipolar disorder[J]. J Relid Health, 2015, 54(5): 1731-1746.
- [8] 王文季, 张倩, 陈超, 等. 社区精神分裂症患者照料者的家庭负担及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2014, 17(4): 467-470.
- [9] 唐娟, 路孝琴, 陈丽芬, 等. 北京市城市社区精神分裂症患者及家庭对社会资源知晓和利用情况及其影响因素调查分析 [J]. 中国全科医学, 2016, 19(20): 2459-2463.
- [10] 杨光远, 张建军, 马筠, 等. 青少年精神分裂症, 心境障碍患者的家庭功能研究 [J]. 医学与哲学, 2016, 3(3B): 68-70.
- [11] 马晓倩, 刘漪妍, 罗兴伟, 等. 心理健康教育多元家庭治疗模式在重性精神疾病中的应用及进展 [J]. 中国临床心理学杂志, 2015, 23(2): 372-377.
- [12] van TUIJL C, BRANJE S J, SEMON DUBAS J, et al. Parent-off spring similarity in personality and adolescents, problem behaviour[J]. Eur J Personal, 2005, 19(1): 51-68.
- [13] 龚建兵, 吴传东, 周俊, 等. 公众对精神分裂症患者歧视的相关因素研究 [J]. 中国现代医学杂志, 2015, 25(31): 30-35.

(王荣兵 编辑)