

居家精神分裂症患者攻击行为发生的影响因素调查

吴小容 刘海波 申中华

400065 重庆市南岸区精神卫生中心精神科

通信作者: 吴小容, Email: 1041490386@qq.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2019.04.009

【摘要】目的 初步调查居家精神分裂症患者攻击行为发生的影响因素。**方法** 2017年7月至2018年11月在重庆市南岸区选取发生攻击行为的居家精神分裂症患者253例纳入本研究,另选取无攻击行为的稳定期居家精神分裂症患者2424例作为对照组。采用自知力与治疗态度问卷(ITAQ)、修订版外显攻击行为量表(MOAS)进行调查。**结果** (1)两组患者在年龄、受教育程度、首发年龄、延治期、住院次数、自知力、服药状况上差异有统计学意义。(2)多元线性回归显示,年轻患者、首次发病年龄较早、文化程度低等是攻击行为的影响因素。**结论** 居家精神分裂症患者攻击行为发生与多种因素有关,要加强对年轻、首次发病较早、文化程度低的精神分裂症患者的监护。

【关键词】 精神分裂症; 攻击

基金项目: 重庆市南岸区卫生和计划生育委员会资助项目(2017-16)

Investigation of the influencing factors of aggression in home-based patients with schizophrenia

Wu Xiaorong, Liu Haibo, Shen Zhonghua

Psychiatry Department, Chongqing Nan'an Mental Health Center, Chongqing 400065, China

Corresponding author: Wu Xiaorong, Email: 1041490386@qq.com

【Abstract】Objectives To initially investigate the influencing factors of aggression in home-based patients with schizophrenia. **Methods** From July 2017 to November 2018, a total of 253 patients with schizophrenia who had aggressive behavior in the Nan'an District of Chongqing were included in the study, and 2424 patients with stable schizophrenia without aggressive behavior were selected as the control group. The survey was conducted using the Insight and Treatment Attitude Questionnaire (ITAQ) and the Modified Overt Aggression Scale (MOAS). **Results** (1) There were significant differences in age, education level, onset age, the prolonged period of treatment, number of hospitalizations, self-knowledge, and medication status between the two groups. (2) Multiple linear regression showed that young patients, early onset, and low level of education were the influencing factors of aggressive behavior. **Conclusions** The occurrence of aggression in patients with schizophrenia is related to a variety of factors. It is necessary to strengthen the monitoring of young, early onset and low-education schizophrenia patients.

【Key words】 Schizophrenia; Aggression

Fund program: Chongqing Nan'an Health and Family Planning Commission Funded Project(2017-16)

攻击是指一种带有敌意的躯体或言语行为,或伤害他人、毁坏物品的行为^[1]。在精神科病房或社会公共场合中精神分裂症患者容易发生攻击行为,严重精神障碍患者的攻击行为发生率是健康群体的2~10倍,其中精神分裂症患者的发生率最高^[2]。Meta分析显示^[3],在我国精神科住院病房中精神分裂症患者攻击行为的发生率为35.4%,攻击行为发生的风险因素主要为妄想、幻听、敌意、行为紊乱、曾经发生过攻击行为、非自愿住院等。国外研究显示攻击行为的发生与社会人口学资料如流浪、男性、

较低的社会经济地位等同样存在着相关^[4]。在以门诊精神分裂症患者为调查对象的研究中,其攻击行为的发生与共病物质滥用、人际关系困难等有关^[5]。我国在精神分裂症攻击及护理方面开展了大量研究,但多集中于住院精神分裂症患者群体中,在居家精神分裂症患者群体中攻击也是一种常见的行为,一项来自拉丁美洲的研究显示,居家精神分裂症患者攻击的发生率在智利、秘鲁、玻利维亚分别为3.5%、14.6%、55.4%。我国目前对居家精神分裂症患者的攻击行为关注较少,姜珺等^[6]对北京市丰

台区居家精神分裂症患者的研究发现其攻击行为的发生率逐年上升,居家精神分裂症患者攻击发生可能有区别于住院患者的独特的风险因素,我们以此为研究对象,探索居家精神分裂症患者攻击行为发生的临床和社会人口学影响因素。

一、对象与方法

1.研究对象:2017年7月至2018年11月在重庆市南岸区连续选取发生攻击行为的居家精神分裂症患者253例纳入本研究。患者入组标准:(1)符合ICD-10中精神分裂症诊断标准;(2)目前正处于疾病稳定期;(3)年龄18~60岁。排除标准:患者既往诊断为神经系统疾病,如脑卒中、癫痫、脑外伤等。家属协助完成调查。另选取南岸区同意参加基本公共卫生服务-严重精神障碍管理治疗项目的稳定期居家精神分裂症患者2424例作为对照组。

2.工具:(1)自编一般情况调查表,包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、家庭人均收入、患者自身收入水平(包括低保等政府补助)、病程、首发年龄、精神障碍延治期、总住院次数、服用抗精神病药状况(规律服药、间断服药、不服药)、是否参与社区网络管理参加康复活动等。(2)采用自知力与治疗态度问卷(Insight and Treatment Attitude Questionnaire, ITAQ)评估患者的自知力与治疗态度。采用修订版外显攻击行为量表(Modified Overt Aggression Scales, MOAS)评估患者的攻击行为。

3.统计学方法:采用SPSS 18.0软件进行统计分析,计数资料采用(例,%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料正态分布采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)描述,采用独立样本t检验,采用多元线性回归进行影响因素分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1.发生攻击行为的居家精神分裂症患者一般情况描述:见表1。发生攻击行为的居家精神分裂症患者占总样本的9.45%。两组患者在年龄、受教育程度、首发年龄、延治期、住院次数、自知力、服药状况上差异有统计学意义。

2.攻击行为发生影响因素分析:见表2。以MOAS评分为因变量,年龄、文化、人均收入、首发年龄、延治期、住院次数和自知力得分为自变量,进行多元线性回归,结果显示,回归方程有统计学意义($F=81.490, P < 0.001, R=0.788, \text{调整} R^2=0.613$),年龄、文化、首发年龄进入回归方程。

讨论 本研究对发生攻击行为的居家精神分裂症患者进行了调查,结果显示发生攻击行为的居家精神分裂症患者占南岸区严重精神障碍管理治疗系统中精神分裂症患者的9.45%,低于北京市丰台区的

表1 发生攻击行为的居家精神分裂症患者一般情况描述

项目	研究组 (n=253)	对照组 (n=2424)	t/ χ^2 值	P值
性别(例,%)				
男	149(58.9)	1279(52.8)	3.458	0.063
女	104(41.1)	1145(47.2)		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	31.2 ± 10.4	37.8 ± 12.9	7.883	<0.001
受教育水平(年, $\bar{x} \pm s$)	10.9 ± 3.3	12.7 ± 4.1	6.758	<0.001
婚姻(例,%)				
单身	216(85.4)	1989(82.1)	1.740	0.187
其他	37(14.6)	435(17.9)		
家庭平均月收入 (元, $\bar{x} \pm s$)	678.2 ± 284.7	807.8 ± 365.4	5.471	<0.001
首发年龄(年, $\bar{x} \pm s$)	19.4 ± 5.9	21.2 ± 6.5	4.227	<0.001
延治期(年, $\bar{x} \pm s$)	3.2 ± 2.1	2.6 ± 1.7	5.214	<0.001
住院次数(次, $\bar{x} \pm s$)	2.3 ± 1.7	1.4 ± 0.8	14.758	<0.001
ITAQ评分(分, $\bar{x} \pm s$)	7.8 ± 3.6	9.7 ± 3.5	8.122	<0.001
服药状况(例,%)				
规律服药	37(14.6)	1282(52.9)	283.994	<0.001
间断服药	49(19.4)	673(27.8)		
不服药	167(66.0)	469(19.3)		
是否有收入(例,%)				
是	107(42.3)	1644(67.8)	65.991	<0.001
否	146(57.7)	780(32.2)		

注:ITAQ 自知力与治疗态度问卷

表2 攻击行为发生影响多元线性回归因素

项目	B值	S.E.	β 值	t值	P值
常量	150.541	34.145	-	4.409	<0.001
年龄	-1.756	0.402	-1.225	-4.366	<0.001
文化	-4.570	1.084	-1.022	-4.215	<0.001
收入	0.000	0.006	0.005	0.024	0.981
首发年龄	-1.337	0.603	-0.480	-2.216	0.027
延治期	1.437	1.127	0.274	1.275	0.203
住院次数	-0.280	1.618	-0.037	-0.173	0.863
自知力	-0.864	1.000	-0.261	-0.864	0.388

注:- 无数据

35%^[6],这可能与地域之间的差别有关系,也可能与调查时间有关,来自北京顺义的一项研究则显示顺义的精神分裂症患者肇事肇祸发生率为4.7%^[7]。近些年我国加强了对严重精神障碍患者的管理治疗,更新了管理规范,促进了多部门协作,提高了精神卫生宣传教育、个案管理精神康复水平。随着我国精神卫生举措的进步,精神分裂症患者肇事肇祸发生率的下降是必然的,我国严重精神障碍患者管理治疗现状分析也从侧面作证了这一点^[8]。可以肯定的是,发生激越、攻击是精神分裂症患者非自愿入院的原因之一^[9],非自愿入院可能也会更加强化患者的攻击行为,这也提示临床工作者要妥善处理精

精神分裂症患者的攻击行为。

本研究中与对照组患者相比,发生攻击行为的精神分裂症患者表现出了年龄较小、受教育水平较低、家庭平均收入较低、首发年龄较早、延治期较长、住院次数较多、自知力较低、治疗态度较差、服药状况不理想等特点。回归方程显示,年轻患者、首发年龄较早、文化程度低等因素可以预测攻击行为的产生。这也提示了我们此部分群体是预防攻击行为发生的重点。黄飞和姜祥智^[10]研究显示,男性精神分裂症患者出现攻击行为的比例要低于女性,在首发患者群体中则表现出了男性居多的现象^[11],这均与本研究结果不一致,本研究中不同性别间差异分布无统计学意义,这也显示出了攻击行为在性别表现方式上的复杂性。从生物学角度出发,5-HT系统功能不稳定是攻击行为发生的首要生物学特征^[12],然而伴攻击行为精神分裂症患者不同性别间5-HT浓度差异无统计学意义^[13],攻击行为不同性别间的差异及成因尚需要进一步研究。攻击行为的发生与年龄等因素有关,这与Caqueo-Urizar等^[14]研究结果相一致,青年期、青少年时期是攻击行为发生的关键时期,这可能与人格不稳定等因素有关。本研究中攻击与经济及服药状况相关,经济状况差可能意味着遵医嘱治疗差,而药物治疗可能有效维持患者症状稳定性,这也提示我们应加强对贫困患者的救治救助。研究显示^[15-16],首次发病年龄低是精神分裂症患者发生攻击行为的易感因素,这与本研究结果相一致,首次发病早提示患者患病的生物学因素较重要,精神分裂症患者前额叶皮质5-HT功能不足,大脑皮质无法对皮层下进行适度抑制,从而出现皮质下多巴胺能神经元活动的亢进,进而出现激越、攻击行为。Sandyk^[17]研究也支持此结论,具有攻击性行为的患者头枕部萎缩程度要大于成年发病的患者,早期出现精神病性症状的神经化学机制可能导致精神分裂症的攻击性行为。文化程度方面表现为文化程度低影响患者的认知模式、行为模式等,另一方面,本研究中攻击患者早期发病患者较多,那么前驱期可能更早,认知功能下降可能也要很早开始,这均会影响患者的学业,文化程度可能与首次发病年龄相关,这尚需要进一步验证。

本研究也存在一些不足,首先本次调查采用回顾性方式在患者处于病情稳定期时采集数据,可能会存在回忆偏倚;其次本次调查未考虑精神病性症状对攻击的影响,这与患者在接受调查时的状态有关,不过既往研究已经证实精神病性症状对攻击有影响^[18],除本研究调查的因素外,攻击与基因多态

性、神经电生理异常、激素水平等均有联系^[19-20],攻击的发生是一个涉及生物、心理、社会等多种因素的综合产物,对攻击的预防干预也应在此认识基础上开展。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 论文撰写为吴小容,数据统计分析为刘海波,质量控制为申中华

参 考 文 献

- [1] Anderson CA, Bushman BJ. Human Aggression[J]. Perspectives in Social Psychology, 2003, 53(19): 51-64. DOI: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135231.
- [2] 中华医学会精神医学分会精神分裂症协作组. 激越患者精神科处置专家共识[J]. 中华精神科杂志, 2017, 50(6): 401-411. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.06.002
- [3] Zhou JS, Zhong BL, Xiang YT, et al. Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis[J]. Asia Pac Psychiatry, 2016, 8(1): 60-69. DOI: 10.1111/appy.12209.
- [4] Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies[J]. PLoS One, 2013, 8(2): e55942. DOI: 10.1371/journal.pone.0055942.
- [5] Swanson JW, Swartz MS, Van Doen RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia[J]. Arch Gen Psychiatry, 2006, 63(5): 490-499. DOI: 10.1001/archpsyc.63.5.490.
- [6] 姜珺, 康瑞莹, 闫宏锋, 等. 北京市丰台区社区精神分裂症患者外显攻击行为及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(25): 3178-3183. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.25.024.
- [7] 丁晓辉, 国文利, 闫芳. 社区管理精神疾病患者肇事肇祸情况调查分析[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(11): 1559-1560. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2018.11.080.
- [8] 王勋, 马宁, 王立英, 等. 2014年全国严重精神障碍患者管理信息分析[J]. 中华精神科杂志, 2018, 51(1): 47-52. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2016.03.012.
- [9] 张怀晨, 苏中华, 张明, 等. 急性期精神分裂症住院患者激越症状与院前冲动攻击行为相关性分析[J]. 精神医学杂志, 2016, 29(3): 177-181. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2016.03.006.
- [10] 黄飞, 姜祥智. 青岛地区非自愿住院精神分裂症病人临床特征的性别差异[J]. 齐鲁医学杂志, 2017, 32(3): 83-85. DOI: 10.13362/j.qlyx.201703025.
- [11] Huang F, Jiang XZ. Gender differences in clinical features of involuntary inpatients with schizophrenia in Qingdao China[J]. Med J Qilu, 2017, 32(3): 83-85.