

# 有暴力行为精神分裂症患者家庭环境的调查

陈云峰<sup>1</sup>, 徐莉<sup>1</sup>, 刘祖松<sup>2\*</sup>, 曾德志<sup>2</sup>

1. 宁波市精神病院, 浙江宁波 315032; 2. 湖北科技学院附属第二医院, 湖北咸宁 437100

**摘要:目的** 探讨精神分裂症患者家庭环境与暴力行为的关系, 为进一步干预积累临床资料。**方法** 从住院精神分裂症患者中随机选择有暴力行为 100 例为研究组, 无暴力行为 100 例为对照组, 用一般情况调查表和家庭环境量表(FES-CV)进行调查, 比较两组一般资料 and FES-CV 评分的差别。**结果** 研究组男性、无配偶、农村、农民、年轻、低文化程度患者比例相对较高( $P<0.05$  或  $P<0.01$ ), 住院次数相对较少( $P<0.01$ ); FES-CV 亲密度、情感表达、文化性、娱乐性、组织性分量表评分研究组显著低于对照组(均  $P<0.01$ ), 而矛盾性和控制性分量表得分显著高于对照组(均  $P<0.01$ )。**结论** 精神分裂症患者家庭环境与暴力行为关系密切, 改善家庭环境将有利于减少患者暴力行为。

**关键词:**精神分裂症; 家庭环境; 暴力行为

暴力行为是精神分裂症(schizophrenia, SP)患者最危险的行为之一, 常导致人身伤害和财产损失, 后果非常严重<sup>[1]</sup>。SP 患者暴力行为的产生虽然有生物学基础<sup>[1, 2]</sup>, 但更重要的是心理、社会因素的影响<sup>[1, 3]</sup>。家庭是个体成长和长期生活的场所, 家庭环境对个体行为模式的形成有着极其重要的影响<sup>[4]</sup>。广义的家庭环境应包括物质生活和精神生活两部分, 但就 SP 患者而言, 物质生活环境如经济状况、居住条件等非医学干预所能改变, 而精神生活即人文环境可以通过医学干预发生改进, 对患者的影响比物质生活更加重要。因此, 本文就 100 例有暴力行为 SP 患者家庭人文环境状况进行调查, 为进一步干预积累临床资料。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

作者简介:陈云峰(1970-),男,汉族,浙江宁波市人,本科学历,精神科主治医师

地址:浙江省宁波市江北区庄桥街道童家日兴房 11 号 邮编: 315032

\*通信作者:刘祖松, 男, 精神科主任医师 Email: [zdz200601@126.com](mailto:zdz200601@126.com) 通信地址: 湖北

省咸宁市温泉马柏大道 168 号-湖北科技学院附属第二医院 邮编: 437100

宁波市精神病院和湖北科技学院附属第二医院精神科 2013 年 7 月至 2014 年 6 月间出院的 SP 患者共计 2468 例，按出院顺序用随机数字表法从有暴力行为的 216 例患者中选择 100 例作为研究组，用系统抽样法从无暴力行为的 2252 例患者中随机选择 100 例作为对照组。入组标准：符合《中国精神障碍分类与诊断标准第三版》（CCMD-3）有关 SP 诊断标准；阳性与阴性症状量表 (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) [5] 评定，入院时总分 $\geq 60$  分；出院时病情缓解，自知力基本恢复，达到临床痊愈标准，PANSS 总分 $\leq 40$  分，与入院时比较，总分减分率 $\geq 75\%$ ；患者有父母、兄弟姐妹或配偶和子女且在本次住院前与他们共同居住至少 2 年；患者及家属对本研究知情同意，明确表示积极配合，保证提供真实信息；无明显的视听障碍且有能力完成量表测评；接受调查的家属必须是家庭中的核心成员，无重性精神疾病史。排除存在智能障碍者和独居患者。鉴于暴力行为的定义存在争议，本文根据研究目的，将 SP 患者暴力行为界定为：患者罹患 SP 后，在疾病发作期出现有意识针对他人或自身的身体伤害、或对财物的毁损行为，且危险性评估等级在 3 级以上[6]。

## 1.2 研究方法

采用回顾性调查研究，调查时机选择患者出院办理手续前，为避免干扰，调查地点统一在科主任办公室，其他人未经允许不得进入，由本文作者亲自收集资料。调查前进行必要的知情同意干预，采取不记名调查，信息严格保密，向患者及家属承诺，本调查旨在科学研究，不会带来任何负面影响，以打消其顾虑，尽可能获取真实信息。本调查共发放调查表 200 套，全部有效回收。

自编 SP 患者基本情况调查表，内容包括患者编号、性别、年龄、婚姻状况、户籍、文化程度、病前职业、病程、住院次数以及暴力行为发生时间、次数、类型等内容，参考病历资料同时由作者当面询问患者家属填写表格。家庭环境评定采用家庭环境量表中文版(Family Environment Scale-Chinese Version, FES-CV)第三次修订版[7]。家庭环境量表(FES)系 Moss 等于 1981 年编制，FES-CV 则由沈其杰等人 1985 年翻译，并根据我国国情进行了多次修订，经过多年来临床使用，发现该量表有较好的信度和效度。FES-CV 包含 10 个分量表，①亲密度：家庭成员之间相互承诺、帮助和支持的程度；②情感表达：鼓励家庭成员公开活动，直接表达情感的程度；③矛盾性：家庭成员之间公开表露愤

怒、攻击和矛盾的程度；④独立性：家庭成员的自尊、自信和自主程度；⑤成功性：将一般性活动（如上学和工作）变为成就性或竞争性活动的程度；⑥文化性：对政治、社会、智力和文化活动的兴趣大小；⑦娱乐性：参与社交和娱乐活动的程度；⑧道德宗教观：对伦理、宗教和价值的重视程度；⑨组织性：安排家庭活动和责任时有明确的组织和结构的程度；⑩控制性：使用固定家规和程序来安排家庭生活的程度。每个分量表含 10 个是非题，由患者根据自己的感受和实际情况独立选择答案，答“是”计 1 分，答“否”计 2 分，最后用专用公式计算各分量表分，得分越高，该项家庭环境因素越强。

### 1.3 统计学方法

采用 SPSS 18.0 进行统计分析，显著性检验：计量资料采用两独立样本  $t$  检验，计数资料采用  $\chi^2$  检验，检验水准  $\alpha=0.05$ (双侧)。

## 2 结果

### 2.1 两组一般资料比较

研究组男性、年轻、无配偶、农村、农民、低文化程度患者比例相对较高，住院次数相对较少，差异有统计学意义( $P<0.01$  或  $P<0.05$ )。两组间病程差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1 两组一般资料比较(n)

特征	分组	例数	研究组 n(构成比,%)	对照组 n(构成比,%)	$\chi^2$ 值	$P$ 值
性别	男	130	82((41))	48(24)	25.407	0.000
	女	70	18(9)	52(26)		
婚姻 状况	有配偶	107	43(21.5)	64(32)	8.863	0.003
	无配偶	93	57(28.5)	36(18)		
户籍 属地	城镇	79	30(15)	49(24.5)	7.553	0.006
	农村	121	70(35)	51(25.5)		
文化 程度	≤小学	59	42(21)	17(8.5)	41.863	0.000
	初中	52	36(18)	16(8)		
	高中	48	14(7)	34(17)		
	≥大专	41	8(4)	33(16.5)		
病前 职业	工人	46	21(10.5)	25(12.5)	9.794	0.044
	农民	64	41(20.5)	23(11.5)		
	学生	32	14(7)	18(9)		
	干部	21	6(3)	15(7.5)		
	其他	37	18(9)	19(9.5)		
年龄 (岁)	18~	56	36(18)	20(10)	22.919	0.000
	30~	52	34(17)	18(18)		

	40~	48	20(10)	28(14)		
	50~68	44	10(9)	34(17)		
病程	<1	62	33(16.5)	29(14.5)		
(年)	1~	78	41(20.5)	37(18.5)	1.530	0.465
	5~18	60	26(13)	34(17)		
住院	1	78	48(24)	30(15)		
次数	2~	81	48(24)	33(16.5)	33.493	0.000
	5~12	41	4(2)	37(18.5)		

### 2.2 两组 FES-CV 评分比较

研究组 FES-CV 亲密度、情感表达、文化性、娱乐性、组织性分量表评分低于对照组，而矛盾性和控制性分量表得分高于对照组，差异有统计学意义 ( $P<0.01$  或  $P<0.05$ )。独立性、成功性和道德宗教观分量表评分两组间差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。见表 2。

**表 2** 两组 FES-CV 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

分量表 名 称	研究组 (n=100)	对照组 (n=100)	<i>t</i>	<i>P</i>
亲密度	4.19±1.42	5.12±1.43	-4.415	0.000
情感表达	4.47±1.34	5.41±1.13	-5.363	0.000
矛盾性	5.12±1.34	4.32±1.11	4.598	0.000
独立性	5.23±1.52	5.44±1.62	-0.946	0.335
成功性	6.10±1.61	6.25±1.72	-0.637	0.512
文化性	4.11±1.52	5.25±1.41	-5.499	0.000
娱乐性	3.71±1.01	4.55±1.32	-5.054	0.000
道德宗教观	5.21±1.42	5.31±1.41	-0.500	0.649
组织性	4.51±1.32	5.14±1.64	-2.993	0.003
控制性	5.46±1.34	4.89±1.16	3.216	0.002

### 3 讨论

既往研究指出<sup>[8]</sup>，家庭结构不完整、受父母虐待及不良教养方式是构成家庭暴力的重要因素，对精神病患者而言，家庭环境是除疾病因素外引发暴力行为的又一主导因素。SP 患者家庭环境不如常人已被众多研究所证实<sup>[9~10]</sup>。本文资料显示，研究组与对照组比较，FES-CV 多个分量表评分差异显著，表现为亲密度低，矛盾性和控制性强，缺少文化和娱乐性，情感表达和组织性差，表明有暴力行为 SP 患者家庭环境更差，提示家庭环境与 SP 暴力行为之间存在内在关联，家庭环境不良可能是促发 SP 暴力行为的一个重要因素。本文资料还显示，男性、无配偶、年轻、低文化程度、农村、农民 SP 患者，暴力行为出现几率明显增加，有暴力行为患者住院次数也相对较少，与相关的研究结果基

本一致<sup>[11]</sup>。

目前我国, 90%以上的 SP 患者长期与家人一起生活<sup>[4]</sup>, 因此, 家庭环境对患者有极其重要的影响。在亲密度低、情感表达差、矛盾性和控制性强的家庭中, 家庭成员之间亲情淡薄, 互不关心, 缺少感情交流, 患者难以体会到亲情的温暖, 同时缺乏情绪宣泄的渠道, 不能进行有效的沟通, 代之的是严厉的呵斥、责备和管束, 患者得不到应有的人格尊重, 患者与家庭成员之间矛盾重重<sup>[12]</sup>。SP 患者心理承受能力差, 不能有效应对生活中的不良刺激, 容易受到伤害, 产生不良情绪。社会对 SP 的歧视由来已久, 并没有因社会文明进步发生根本性好转, 患者及其家属都有强烈的污名感受<sup>[13]</sup>, 而一些家庭成员对患者不能理解, 难以接受患者病后给家庭带来的一系列问题, 常常向患者表达伤害性情绪<sup>[14]</sup>, 而受歧视和虐待的患者往往容易冲动、情绪激动<sup>[1]</sup>, 对社会和家庭容易产生仇视心理, 爆发暴力行为。文化性、娱乐性、组织性差的家庭中, 家庭成员缺少幽默感, 家庭气氛沉闷, 生活缺少乐趣, 患者病后的工作、生活、康复得不到妥善安排。SP 目前尚不能根治, 患者需要长期治疗, 而且主要是在家庭治疗<sup>[15]</sup>, 需要亲人们持久的支持与呵护。有暴力行为 SP 家庭, 患者得不到有效的关怀和爱护, 康复措施难以保证, 治疗常常不规范, 同时, 不良的家庭环境常给患者带来不良刺激, 既容易导致病情复发, 又容易促发患者的暴力行为。

社会人口学因素对 SP 暴力行为也有一定影响。男性、青壮年患者暴力行为多见, 一方面是因为他们身强力壮, 性格中有冲动好斗、崇尚暴力的特点, 另一方面是家庭关注相对较少, 治疗依从性较差, 病情容易波动<sup>[16]</sup>。住院次数少也间接说明了患者没有得到充分的治疗, 病情控制不良, 增加了暴力行为发生几率。而低文化程度、农村、农民患者, 可能因为受教育较少, 文明程度较低、法律意识薄弱<sup>[17]</sup>, 平时就有用暴力解决问题的倾向, 病后辨认与控制能力削弱, 当他们自认为受到了不公正对待感到非常委屈时, 就可能诉诸暴力以发泄内心的不满。而无配偶的患者一则得到的关爱和温暖较少, 二则因为婚姻失败迁怒他人, 产生报复心理和暴力行为。

综上所述, 家庭环境对 SP 患者暴力行为有重要影响。在精神疾病的防治工作中, 我们要高度重视家庭环境这一重要因素, 对不良家庭环境进行切实有效

的干预,对控制患者暴力行为、构建和谐社会将有非常积极的意义。

## 参考文献

- [1] 刘天俐,宋新明,陈 功,等.精神分裂症暴力行为研究[J].中华流行病学杂志,2013,34(3):297-300
- [2] 刘凤菊,谢 斌.精神分裂症暴力行为与人格问题关系的神经影像学研究[J].神经疾病与精神卫生,2013,13(3):81-84
- [3] 廖力维,廖圣德,柳小波,等.精神分裂症暴力行为危险因素研究[J].中国民康医学,2013,23(25):11-12
- [4] 任培丽,邵元霞,徐莉娟,等.家庭环境因素对精神分裂症影响的 Meta 分析[J].职业与健康,2013,29(21):2769-2771
- [5] 李华芳.精神药物临床研究常用量表[M].上海:上海科技教育出版社,2011: 1-31
- [6] 王 舟,方惠民.社区重性精神疾病患者暴力行为危险性评估及相关因 Logistic 回归分析[J].中国行为医学与脑科学杂志,2012,21(11):1029-1031
- [7] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册(增订版)[M].北京:中国心理卫生杂志,1999:134-142
- [8] 庄 佳,杨德兰.精神疾病暴力人群与家庭环境的相关研究[J].重庆医科大学学报,2006,31(6):868-870
- [9] 陈志兴,夏玮君,王罗亚,等.精神分裂症患者污名现象与家庭环境关系的相关研究[J].现代实用医学,2011,23(12):1365-1366
- [10] 谢少烽.康复期精神分裂症患者家庭环境因素分析[J].中国民康医学,2012,24(7):861-862
- [11] 樊学文,曾德志,顾桂英,等.易肇事肇祸精神分裂症患者的社会人口学特征[J].中国健康心理学杂志,2013,21(1):25-27
- [12] 樊学文,曾德志,顾桂英.家庭环境和家庭功能与精神分裂症复发的关系[J].实用预防医学,2014,21(12):1519-1521
- [13] 顾桂英,曾德志,樊学文,等.电话随访对精神分裂症复发的预防作用[J].实用预防医学,2013,20(2):206-209
- [14] 顾桂英,曾德志,樊学文,等.电话随访对精神分裂症患者生活质量的影响[J].护

理学报,2012,19(11B):74-76

- [15] 顾桂英,曾德志,樊学文,等.电话随访对精神分裂症患者康复的价值分析[J].中国慢性病预防与控制,2013,21(5):519-521
- [16] 潘世丽,刘效锋,张红霞.精神分裂症患者院外暴力行为调查与分析[J].精神医学杂志,2012,25(6):451-452
- [17] 顾桂英,曾德志,樊学文,等.精神分裂症患者肇事肇祸倾向的影响因素分析[J].中国慢性病预防与控制,2013,21(3):317-319