

·全科护理·

分离转换性障碍儿童青少年抑郁及焦虑影响因素分析及护理对策

俞少婷 沈慧萍 叶猛飞

分离转换性障碍是指易感个体由于各种因素影响精神出现转换、解离症状表现的精神类疾病^[1,2]。据数据统计,我国6~16岁儿童青少年精神障碍患病率高达17.5%,焦虑障碍患病率4.7%,而抑郁情绪患病率为19.9%~24.6%^[3,4]。目前,已有针对儿童青少年抑郁、焦虑情绪的相关研究,但是国内对待分离转换性障碍这一方面的探讨比较缺乏。为此,本次研究寻求影响分离转换性障碍儿童青少年出现焦虑、抑郁的因素以及相关护理对策,旨在为临床上提供一定的参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采取方便抽样法选择2021年2月至2023年2月期间绍兴市第七人民医院收治的54例分离转换性障碍的儿童和青少年。纳入标准为:①符合国际疾病分类第10版的分离(转换)障碍的诊断标准^[5],确诊为分离转换性障碍;②年龄6~18岁;③有相关应激事件刺激。排除标准为:①排除癫痫或其他系统疾病引起的相关发作性症状;②既往发作与临床表现明显不同。本次研究获得了患者及家属的知情同意并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 数据收集 参考刘雪君等^[6]研究结果,结合《儿童少年精神医学》^[7],收集患者的性别、年龄、性格、情绪稳定性、精神状况、家庭关系、学校相关问题等资料。

1.2.2 儿童抑郁自评量表(depression self-rating scale for children, DSRSC)^[8]、儿童焦虑性情绪障碍筛查量表(screen for child anxiety relate emotional disorders, SCARED)^[9]测评 入院后向患者发放量

表,经过患者及监护人知情同意并签署知情同意书后,由患者及监护人共同完成。SCARED评分 ≥ 23 分为阳性,DSRSC评分 ≥ 13 分为阳性。

1.3 统计学方法 采用SPSS 24.0统计软件进行数据处理。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较使用 t 检验;计数资料以(%)表示,组间比较使用 χ^2 检验。采用多因素logistic回归分析方法对分离转换性障碍儿童青少年抑郁及焦虑的相关影响因素。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 分离转换性障碍儿童青少年抑郁及焦虑的单因素分析见表1

表1 分离转换性障碍儿童青少年抑郁及焦虑的单因素分析/例

因素	n	抑郁情绪		焦虑情绪	
		有 (n=25)	无 (n=29)	有 (n=28)	无 (n=26)
性别					
男	24	9	15	10	14
女	30	16	14	18	12
年龄					
儿童(6~12岁)	23	5	18	6	17
青少年(13~18岁)	31	20	11	22	9
性格					
中性	27	13	14	13	14
内向	17	8	9	8	9
外向	10	4	6	7	3
情绪稳定性					
稳定	14	4	10	2	12
不稳定	40	21	19	26	14

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.006.028

作者单位:312000 浙江绍兴,绍兴市第七人民医院综合科

续 表1 分离转换性障碍儿童青少年抑郁及焦虑的
单因素分析/例

因素	n	抑郁情绪		焦虑情绪	
		有 (n=25)	无 (n=29)	有 (n=28)	无 (n=26)
严重精神质					
无	23	5	18	10	13
有	31	20	11	18	13
家庭关系					
正常	35	11	24	13	22
离异或留守	19	14	5	15	4
学校相关问题					
无	36	12	24	15	21
有	18	13	5	13	5

由表1可见,不同年龄、严重精神质、家庭关系、学校相关问题(离异或留守)与分离转换性障碍儿童青少年伴发抑郁情绪存在明显的差异(χ^2 分别=9.72、9.72、8.84、7.30, P 均 <0.05);不同年龄、情绪稳定、家庭关系(离异或留守)、学校相关问题与分离转换性障碍儿童青少年伴发焦虑情绪存在明显的差异(χ^2 分别=10.65、10.68、8.62、4.49, P 均 <0.05)。

2.2 影响分离转换性障碍儿童青少年发生抑郁及焦虑的多因素分析见表2、表3

表2 影响分离转换性障碍儿童青少年发生抑郁多因素分析

变量	B	Wald	OR	95%CI	P
年龄(青少年)	1.58	3.92	4.87	1.02~23.39	<0.05
情绪不稳定	1.01	0.94	2.74	0.44~17.15	>0.05
严重精神质	2.14	6.03	8.51	1.54~47.04	<0.05
家庭关系(离异或留守)	1.98	4.43	7.26	1.15~45.95	<0.05
存在学校相关问题	1.93	4.64	6.92	1.19~40.20	<0.05

表3 影响分离转换性障碍儿童青少年发生焦虑多因素分析

变量	B	Wald	OR	95%CI	P
年龄(青少年)	2.33	7.23	10.32	1.88~56.53	<0.05
情绪不稳定	2.36	4.30	10.57	1.14~98.25	<0.05
严重精神质	-0.18	0.04	0.83	0.14~4.88	>0.05
家庭关系(离异或留守)	1.99	4.42	7.28	1.14~46.34	<0.05
存在学校相关问题	2.16	4.89	8.71	1.28~59.20	<0.05

由表2、表3可见,分离转换性障碍儿童青少年

的年龄、存在学校相关问题、严重精神质、家庭关系(离异或留守)与伴发的抑郁情绪相关。分离转换性障碍儿童青少年的年龄、情绪不稳定、家庭关系(离异或留守)、存在学校相关问题与伴发的焦虑情绪相关。年龄、家庭关系(离异或留守)、存在学校相关问题是影响分离转换性障碍儿童青少年发生抑郁以及焦虑情绪的共同危险因素。

3 讨论

分离转换性障碍的发病机制仍不清楚,可能是来源于动态或者是功能性的神经系统损害,表现为自我暗示或精神刺激等引起的精神心理障碍,反映的是患者潜在的心理困扰,其没有器质性相关的病变基础^[10,11]。而且分离转换性障碍患者多伴有情绪不稳定,甚至焦虑、抑郁等心理问题。所以,讨论分离转换性障碍儿童青少年抑郁及焦虑的影响因素和相关护理措施显得尤其重要。

本研究结果显示,对比儿童群体,青少年更容易伴发抑郁和焦虑情绪,尤其是存在情绪不稳定的青少年。年龄是分离转换性障碍儿童青少年发生焦虑、抑郁情绪的共同的危险因素。分离转换性障碍的青少年比儿童更容易产生抑郁及焦虑,可能是由于青少年正处于认知发展的过程,情绪敏感而不稳定,而且性格比较偏向内向的趋势。

本次研究结果显示,伴发抑郁情绪与患者存在严重精神质密切相关,而伴发焦虑情绪与患者存在情绪不稳定息息相关。郑恩雨等^[12]研究报道,根据生理-心理-社会这一层面分析的危险因素分析,发病患者往往是具备疑病、分离转换性障碍等一定人格基础的精神状态,对于已经伴有情障碍明显的患者更为显著,在经历负性事件后往往会采取理想化、退缩、躯体化等不成熟防御机制,患者会出现不能明确判读自己的情绪状态、缺乏使用合适的语言表达自己情感等情况,以至于产生焦虑、抑郁的负性情绪。Cramer等^[13]研究也显示了,分离转换性障碍的患者往往存在不同程度的精神异常,因此患有严重精神质或情绪不稳定的患者伴发的抑郁、焦虑的情绪存在高发频率。

有研究显示,分离转换性障碍,即癔症或歇斯底里精神病,通常是由于心理因素或一些行为反应的刺激而陷入的一个意识异常的精神状态^[14,15]。本次研究结果显示,家庭关系(离异或留守)、学校相关问题是影响分离转换性障碍儿童青少年发生抑郁以及焦虑情绪的共同危险因素。在家庭关系中,

孤独、挫败、自卑等情绪更容易出现在缺少父母关爱、肯定的家庭,子女成长过程中所产生的一些神经症性的人格与父母的不当养育方式密切相关,特别是对于分离转换性障碍儿童青少年,容易产生抑郁、焦虑情绪的病理状态^[6]。在学校,同学与同学之间的霸凌和嘲笑、老师们的忽视和不重视等等,对于分离转换性障碍儿童青少年,心理问题之间会越来越纠结,导致一系列的心理困扰,抑郁和焦虑油然而生,这是不可忽视的问题。

目前,对于分离转换性障碍的精神疾病,尚无疗效满意的治疗方法,而且治疗药物起效慢和疗程长,因此大部分患者往往中途就放弃治疗,导致治疗依从性处于较低的水平。

在急性发作的时候,临床上常常采用心理疏导、肌肉放松的训练来进行综合治疗。在中医方面,可以采取穴位按摩及针刺治疗,同时配合心理暗示疗法,患者接受度高,可以取得更好疗效。而且,临床护士需要意识到分离转换性障碍的患者往往具有较高水平的认知闭合,可以使用分析式的方式处理信息来引导患者进行相关治疗和心理开导,同时探索多元治疗方案,开展多层次、多方位心身同治的综合治疗研究,以促进患者病情康复,这将是今后医疗领域研究和发展的方向。

由于本研究选取样本量较少,研究对象全部选取为同一家医院,存在代表性有限、区域性偏差等问题,后续可以开展多中心研究探讨。

参考文献

- 1 Brown RJ. Dissociation and functional neurologic disorders [J]. *Handb Clin Neurol*, 2016, 139: 85-94.
- 2 李建平, 陈生弟, 王刚. 功能性神经系统疾病 150 年 [J]. *中国现代神经疾病杂志*, 2023, 23(1): 58-61.
- 3 Li F, Cui Y, Li Y, et al. Prevalence of mental disorders in school children and adolescents in China: Diagnostic data from detailed clinical assessments of 17 524 individuals [J]. *J Child Psychol Psychiatry*, 2022, 63(1): 34-46.
- 4 Li JY, Li J, Liang JH, et al. Depressive symptoms among children and adolescents in China: A systematic review and Meta-analysis [J]. *Med Sci Monit*, 2019, 25: 7459-7470.
- 5 North CS. The classification of hysteria and related disorders: Historical and phenomenological considerations [J]. *Behav Sci (Basel)*, 2015, 5(4): 496-517.
- 6 刘雪君, 李肖岩, 李枫叶, 等. 72 例儿童分离/转换性障碍的临床特点及心理护理干预 [J]. *中国卫生产业*, 2016, 13(32): 36-39.
- 7 陶国泰. *儿童少年精神医学* [M]. 江苏: 科技出版社, 1999: 260.
- 8 苏林雁, 王凯, 朱焱, 等. 儿童抑郁障碍自评量表的中国城市常模 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2003, 17(8): 547-549.
- 9 王凯, 苏林雁, 朱焱, 等. 儿童焦虑性情绪障碍筛查表的中国城市常模 [J]. *中国临床心理学杂志*, 2002, 10(4): 270-272.
- 10 Hester L. The DSM-5's supporting works: An underused resource [J]. *Lancet Psychiatry*, 2021, 8: e17.
- 11 Gaebel W, Stricker J, Kerst A. Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification [J]. *Dialogues Clin Neurosci*, 2020, 22: 7-15.
- 12 郑恩雨, 王可, 冯雪竹, 等. 躯体症状障碍相关研究进展 [J]. *中国药物依赖性杂志*, 2022, 31(6): 407-410, 416.
- 13 Cramer P. What has happened to hysteria? [J]. *J Nerv Ment Dis*, 2019, 207(9): 705-706.
- 14 Rinaldi F, Sacchetto S, Di Francia A, et al. The "Hysterical Psychosis" dilemma: A narrative review [J]. *Psychopathology*, 2024, 5: 1-11.
- 15 Vigo L, Ilzarbe D, Baeza I, et al. Shared psychotic disorder in children and young people: A systematic review [J]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2019, 28(12): 1555-1566.
- 16 齐建, 于玲, 王素明, 等. 青少年精神障碍者日常生活实践的失序与重塑 [J]. *医学与哲学*, 2022, 43(6): 52-56, 68.

(收稿日期 2023-11-21)

(本文编辑 葛芳君)