

·循证医学·

家庭干预对精神分裂症患者康复作用的系统性评价

杜 莲¹ 蒙华庆¹

摘要 目的:探讨家庭干预对精神分裂症患者康复作用的临床研究质量及疗效。**方法:**计算机检索中国生物医学文献数据库(CBMdisk)和中文科技期刊数据库(VIP,1989—2005),收集有关家庭干预对精神分裂症患者康复作用与常规药物治疗相比较的随机对照试验文献,由两名评价者独立评价纳入研究的文献质量,并进行了Meta分析。**结果:**符合纳入标准的随机对照实验(randomized control trial, RCT)共9个,但其方法学质量均欠佳(C级)。与对照组相比,家庭干预对精神分裂症患者的服药依从性有明显的增效作用[RR1.69, 95%CI(1.21, 2.37), $P=0.002$]。敏感性分析后得到的结果略有下降[RR 1.46, 95%CI(1.22, 1.75), $P<0.0001$]。**结论:**目前有关家庭干预对精神分裂症患者康复作用的临床研究在科研方法学的应用方面仍有差距。本研究提示,家庭干预可能对精神分裂症患者的服药依从性有一定的增效作用,但不排除与实验方法学质量低下及发表性偏倚有关。

关键词 家庭干预;精神分裂症;系统性评价;随机对照临床试验;Meta分析

中图分类号:R749.3.R493

文献标识码:A

文章编号:1001-1242(2007)-05-0450-05

Rehabilitative action of family intervention on schizophrenics: A systematic review/DU Lian, MENG Huaqing//Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2007, 22(5): 450—454

Abstract Objective: To assess the methodological quality of clinical studies using family intervention as a therapy and to evaluate its efficacy. **Method:** A comprehensive search strategy was designed to identify all randomized control trials (RCT) comparing family intervention versus routine drug treatment alone by searching for the CBMdisc and VIP database(1989—2005). The methodological quality of the trials was assessed by two reviewers independently for which a meta analysis was performed. **Result:** Nine RCTs met the inclusion criteria. methodological quality was poor(all the trials included were level C). Compared with the control group, the compliance outcome of drug treatment increased by family intervention, [RR 1.69, 95%CI (1.21, 2.37), $P=0.002$], and the outcome of susceptibility analysis decreases slightly [RR 1.46, 95%CI(1.22, 1.75), $P<0.0001$]. **Conclusion:** The methodological quality of the trails using family intervention should be improved. Based on the results of the review and the meta-analysis, family intervention may have positive effects on drug treatment in patients with schizophrenia, although the evidence is weak. No serious adverse events are reported. Further well-designed clinical trials should be performed.

Author's address Mental Health Center, The First Affiliated Hospital of Chongqing University of Medical Science, Chongqing, 400016

Key words family intervention; schizophrenia; systematic review; randomized control trial; Meta analysis

研究表明,精神分裂症患者出院后即使维持使用抗精神病药物,仍有30%—40%的患者于1年内复发^[1],这促使人们不得不考虑心理社会因素对精神分裂症病程的影响。在我国,90%以上的精神分裂症患者与家庭成员生活在一起,家庭因素与患者间的相互影响比较突出,分裂症的残疾程度与家庭气氛明显相关^[2]。有研究者发现,家庭因素较好的精神分裂症患者和较差者相比,前者从发病到入院的时间更短,首次治疗时间更短,复发率更低,而社会功能的恢复也更好^[3]。在精神分裂症的三级预防中,应特别重视家庭因素的影响,早期干预、家庭经济状况、家庭文化层次及家庭结构等因素直接影响着精神分裂症的病程和预后。有研究认为维持治疗和家庭社会支持是影响精神分裂症结局的两个最主要的因素,而这两个因素恰恰是可以实施人为干预的因

素^[4]。近年来兴起的家庭干预正是基于这种观念,不能单从治疗精神分裂症个人成员着手,而应以整个家庭为对象,促进其康复和改善预后。

1 资料与方法

1.1 纳入及排除标准

纳入标准:①随机对照试验(randomized control trial, RCT)或半随机对照研究。②研究对象:符合中国精神障碍分类与诊断标准-2-修订版(Chinese classification of mental disorders version 2-revised, CCMD-2-R)或中国精神障碍分类与诊断标准-3(Chinese classification of mental disorders version

1 重庆医科大学附属第一医院心理卫生中心,400016

作者简介:杜莲,女,硕士研究生,医师

收稿日期:2006-07-18

3, CCMD-3) 诊断标准的精神分裂症患者; 与家庭成员生活在一起。③干预措施: 将药物合并家庭干预的干预组与单独药物治疗或药物合并一般心理指导的对照组进行比较。分为个别家庭干预及集体家庭干预。前者以家庭访视为主, 内容包括: 精神卫生知识宣教; 疾病知识的介绍(病因、临床表现、治疗及预后等); 家庭气氛及情感表达的调节, 改善家庭成员的人际交流; 康复知识及康复训练; 随时危机干预。后者以集体授课和集体座谈会为主, 内容包括: 对普遍存在的问题解答; 对效果较好的家庭示范教育; 建立相互的支持网络。④测量指标: 只针对精神分裂症患者的情况进行评定, 包括复发率、依从性、社会功能缺陷筛选量表(social disability screening schedule, SDSS)、简明精神病量表(the brief psychiatric rating scale, BPRS)、Morningside 康复状态量表(Morningside rehabilitation status scale, MRSS)、阳性症状量表(scale for assessment of positive symptoms, SAPS) 及阴性症状量表(scale for assessment of negative symptoms, SANS)、功能缺陷评定量表(disability assessment schedule, DAS)、症状自评量表(symptoms checklist 90, SCL-90)、总体幸福感(general well-being schedule, GWB)、自尊量表(the self-esteem scale, SES)、生活质量量表(quality of life, QOL)、阳性和阴性症状量表(positive and negative syndrome, PANSS)、Krawiecka 症状量表(Krawiecka scale)、家庭功能评定问卷(family assessment questionnaire, FAQ)、精神病人护理观察量表、家庭负担会谈量表、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)、家庭关怀度指数问卷、现状精神检查(present psychiatric examination, PSE)、副反应量表(treatment emergent symptom scale, TESS)、家庭环境评定量表(family environment scale-Chinese version, FES-CV)、家庭负担会谈量表(family interview schedule, FIS)。⑤排除伴有严重脑、躯体疾病者(包括酒精及药物依赖者)。

1.2 文献检索及资料收集

检索中国生物医学文献数据库(CBMdisk)和中文科技期刊数据库(VIP)中 1989—2005 年 12 月发表的文献。用题名或关键词检索, 检索策略为: ①家庭干预; ②精神分裂症; ③家庭干预和精神分裂症。资料提取及评价由两名评价员独立完成, 意见不一致时由双方讨论后解决。

1.3 纳入研究的质量评价

纳入文献的方法学质量评价按 Cochrane Reviewer 手册对随机对照试验的 4 条质量评价标准

进行分析评价, 将各研究按质量等级分为 A、B、C 三级: ①评价研究的随机方法是否正确; ②是否做到分配隐藏、方法是否正确; ③是否采用盲法; ④有无失访或退出。如有失访或退出时, 是否采用意向性分析(intention-to-treat, ITT)。如四条标准均完全满足(正确), 则该研究存在偏倚的可能性为最小(A 级); 如其中任一条或多条质量评价标准仅为部份满足(不清楚), 则该研究存在相应偏倚的可能性为中等程度(B 级); 如其中任一条或多条质量评价标准完全不满足(未使用或不正确), 则该研究存在相应偏倚的高度可能性(C 级)。

1.4 疗效分析

Meta 分析采用 Cochrane 协作网提供的 RevMan 4.2.8 进行。所有纳入研究均采用计数资料, 因所有纳入研究均为前瞻性的随机对照研究, 采用 RR 值及其 95% 可信区间(CI)表示。我们根据临床实际将持续或规律服药定义为完全依从, 断续服药和不愿或拒绝服药(即部分依从和不依从)合并为不依从。

1.5 异质性分析

首先进行临床异质性分析, 将具有临床同质性的研究分在同一亚组, 并进行 Meta 分析。然后采用 χ^2 检验, 分析亚组内各研究结果的统计学异质性。如 $P > 0.05$, 表明不存在统计学异质性, 采用固定效应模型进行 Meta 分析。如 $P < 0.05$, 表明存在统计学异质性, 使用随机效应模型进行 Meta 分析。具有异质性的各亚组间的合并采用随机效应模型、否则采用固定效应模型计算疗效的合并效应量。

1.6 敏感性分析

比较包括所有研究在内的合并结果与剔除低质量研究后的合并结果。

1.7 发表性偏倚

通过描绘散点图来检测有无发表性偏倚的存在, 如果没有发表性偏倚, 整个图形应该是一个对称倒置的漏斗形, 如果图形分布不对称或歪斜, 则可能存在发表性偏倚。

2 结果

2.1 文献筛选结果

从 CBMdisk 和 VIP 中共筛选出 137 篇文献(包括重复发表的文献)。通过阅读标题、摘要和全文, 按照上述纳入和排除标准, 共纳入 9 个试验^[5-13]。各试验的基线情况见表 1。

2.2 纳入研究的一般特征

2.2.1 研究设计: 纳入的 9 个试验均提及采用平行随机对照设计, 研究地点均在中国。

2.2.2 观察对象: 9 个试验中, 6 个研究都是从某时间段的住院患者中抽取样本, 1 个研究是在某市的农村中抽取的样本^[9], 2 个研究是从某市的社区中抽取的样本^[8,12]; 样本例数为 26—229 例, 平均 113 例; 全部有纳入及排除标准, 并说明了诊断依据, 入组对象至少满足以下几点: 符合精神分裂症诊断的当时国内标准、患者和主要照顾者生活在一起、排除躯体重大疾病者; 均未对症候类型描述, 未对疾病分型。

2.2.3 干预措施: 各研究者都同意家庭干预并非药物治疗的取代者, 故所有研究对象(包括观察组和对照组)均保持原有的常规临床治疗。其干预措施具有以下一些特点: 干预措施施行 0.5—2 年, 均不仅限于住院阶段; 除一项研究^[9]以电话随访为主, 遇重大应激随时家访外, 其余均以面对面的干预为主; 除一项研究^[9]外, 其余均采用一对一的家庭干预和集体教育或家庭座谈会相结合的方式。9 个试验所采取的具体的干预内容差异较大, 现罗列如下: 精神卫生知识的宣教; 精神分裂症的相关知识(包括病因、临床表现、治疗、预后); 识别药物副反应及复发先兆; 引导自知力的提高从而懂得维持治疗的重要性; 调整家庭氛围, 改善家庭交流方式; 解决具体困难, 促进自信心和社会功能的恢复; 婚恋与生育; 家庭监护及照料知识的介绍; 康复训练; 答疑咨询及遇重大应激时随时干预等。虽然不同研究者各有侧重, 但最终发挥治疗途径的有效因素却有很大共性, 可概括为以下机制: 治疗者与患者家属建立治疗同盟; 增加患者及其家属对疾病的了解, 改善依从性, 坚持维持治疗; 减少亲属愤怒和指责情绪的流露, 缓和家庭紧张气氛; 对患者保持一定的期望值等。

2.2.4 干预实施者: 所有干预者均为精神科医师或护士。

2.2.5 评价指标: 6 项研究采用了 SDSS^[6,8—10,12,13], 5 项研究比较了患者的依从性或遵医态度^[5,8,9,12,13], 有 4 项研究比较了复发率^[5,11—13]、BPRS^[5,6,12,13], 2 项研究采用了 SCL-90^[6,12]、PSE^[9,12], 仅 1 项研究采用了 DAS^[5]、Family AttAR index^[7]、LQOL^[7]、MRSS^[8]、GWB^[8]、SES^[8]、QOL^[10]、FAD^[10]、NORS^[10]、TESS^[13]。所有研究无一例报告了家庭干预的不良事件。

2.2.6 复发的界定: 减少精神分裂症患者的复发率是家庭干预的主要目的之一。那么必然涉及到如何界定复发的何题。在对复发率进行了比较的 4 项研究中, 无一例对复发进行了界定。

2.3 纳入研究的方法学质量

2.3.1 随机方法: 纳入的 9 篇文献均提及“随机”,

3 项研究清楚描述了产生随机序列的方法^[1,11,13]。

2.3.2 分配隐藏: 所有纳入研究均未提及采用随机分配方案的隐匿情况。

2.3.3 盲法: 所有研究无一例提及采用盲法。

2.3.4 失访、退出、脱落和 ITT 分析: 仅 1 项研究提及所有入组者均完成本研究^[12], 1 项研究提及实际完成研究的人数^[9], 但均说明未完成者的原因及作 ITT 分析, 余均未描述失访、退出或脱落例数。均未提及受试者入组前是否签订知情同意书。

2.3.5 基线相似性: 有 1 篇文献只是简单陈述了各组情况(如教育程度、家庭经济条件等), 但很难说明组间均衡可比性^[9]。其余文献均分析了组间可比性, 并报告了 $P>0.05$, 但分析的因子数目多少不一。

2.3.6 一致性分析: 有 3 项研究未提及家庭干预实施者是否经过专业培训或一致性检验^[6,11,13], 有 1 项研究仅提及家庭教育(即集体教育)的实施者经过培训, 而家庭干预实施者未提及^[7], 有 2 项研究的干预实施者经过了培训并进行了一致性检验^[5,12], 其余均只经过了专业的培训, 但未进行一致性检验。有 5 项研究对评定人员之间进行了一致性评定^[5,7,9,12,13]。

故纳入文献的方法学质量为 C 级。

2.4 家庭干预的增效作用

2.4.1 服药依从性: 5 项研究^[5,8,9,12,13]具有临床同质性, 但存在统计学异质性($\chi^2=14.31$, $df=4$, $P=0.006$)。故使用随机效应模型估计合并效应量, Meta 分析结果显示, 家庭干预增加患者服药依从性的效果优于对照组, 其差异有显著性意义 [RR 1.69, 95% CI (1.21, 2.37), $P=0.002$]。

2.4.2 SDSS 6 项研究^[6,8—10,12,13]、对入组的精神患者进行了干预前后的 SDSS 评定和比较, 但有 5 项研究采用了计量资料^[6,8—10,12], 1 项研究采用了计数资料^[13], 无法将其合并, 而计量资料中又有两项研究^[8,10]只提供了研究组和对照组在入组前后的评分差值, 未分别提供入组前后的评分情况, 故未进行 Meta 分析。在统计学分析方面, 有两项研究^[9,12]不仅对比了研究组和对照组的分值变化情况, 还对各组进行了自身前后的分值比较, 其余的研究均只比较了前者。

2.5 敏感性分析

2.5.1 研究设计质量高与低者: 因所纳入研究的质量均低, 不满足不同质量研究敏感性分析的条件, 故未进行敏感性分析。

2.5.2 异质性处理: 在对服药依从性进行比较的资料中, 有一项研究^[9]的家庭干预方式与其他的研究存在较大差异, 以每月至少两次的电话随访方式为主, 仅在重大刺激或复发先兆出现时才面对面的家访干

预,为了解该研究是否对依从性出现的统计学异质性造成影响,在排除该研究后重新进行 Meta 分析。可见剩余的 4 项研究具有统计学的同质性 ($\chi^2=7.37, df=3, P=0.06$)。Meta 分析结果显示,家庭干预增加患者服药依从性的效果优于对照组,其差异有显著性意义 ($P<0.0001$)。

表 1 纳入研究的特征

作者名	病程 T/C	年龄 T/C	性别男/女 T/C	例数 T/C	家庭干预方法	干预内容	评价指标及工具	随访期限
庞道记等 ^[5]	5.4/5.8	33.6/34.1	均为男性	60/60	至少每月电话随访 2 次,重大应激或复发先兆时随时家访干预。对照组维持原有治疗。	对自知力的引导;疾病知识介绍;心理治疗	BPRS, DAS, 复发率,依从率	共 2 年 BPRS 在 1.2 年末,余在 2 年末评定
于秀珍等 ^[6]	处于缓解期	63.2	/	30/30	家庭治疗:在开始的 2 周末入户 1 次,2 月后每 4 周末入户 1 次。集体家庭教育系列讲座:每 2 周末 1 次,2—3h/次,共 8 次。两组均药物治疗。	家庭治疗:调整家庭交流方式;督促患者服药;解决具体困难,促进社会功能恢复。集体讲座:精分的病因、临床表现、治疗、药物副反应、心理行为治疗、家庭监护及照料、社会康复。	BPRS, SCL-90, SDSS	共 8 个月在治疗前及 6、12 个月后评定
杜召云等 ^[7]	/	37.8/36.5	42/32/39/ 33	74/72	家庭教育:4 次集体授课和补课(60—90min 次)。家庭干预:至少每月上门家庭干预 1 次。安排 2 次多家庭聚会。两组均药物加一般心理护理。	家庭教育:精神卫生宣教、用药、婚恋与生育、生存与康复。家庭干预:调整家庭交流方式、识别药物反应及复发先兆、答疑、遇重大应激或复发先兆时随时上门干预。	Family AttAR index, LQOL	共 1 年在家庭干预前及 1 年后评定
刘琳等 ^[8]	处于缓解期	41.8/41.3	37/22/35/ 24	59/59	家庭访视:1 次/月,60—90 分/次,共 6 次。集体座谈会:1 次/3 月,2—3h/次,共 2 次。两组均维持药物,对照组常规康复治疗。	家庭访视:疾病知识、改善家庭成员交往方式、用药指导、答疑。集体座谈会:对共同存在问题解答讨论、由已取得疗效病人示范教育、协助建立相互支持网络。	MRSS, SDSS, GWB, SES, 遵医态度,家属对疾病的认知	共 6 个月在干预前及 6 个月末评定
陈海源 ^[9]	10/9	44/42	44/82/48/ 55	126/ 103	家庭访视:1 次/月,1.5—3h 次,共 9 次。家庭集体座谈会。两组均维持药物治疗。	家庭访视:疾病知识介绍、讨论患者存在的具体问题、已取得疗效患者示范教育、危机干预、有线广播进行精神卫生知识宣传。	精神病学诊断记录表,亲属精神疾病认识调查表, PSESDDSS	共 9 个月于干预前、干预中每 3 个月评定一次,共 4 次
段元青等 ^[10]	/	18/50	/	12/14	集体授课:每讲 40min,提问 30min,复习 15min,共 5 次。维持干预:每 3 月随访 1 次,以门诊和电话为主。对照组药仅针对问题作一般解释,两组均维持药物治疗。	集体授课:家庭干预目标及简介、疾病知识介绍、沟通技巧、解决难题技巧、应对特别问题策略。维持干预:针对患者出现的问题进行干预。	SDSS, QOL, FAD, 精神病人护理观察量表	共 2 年观察组入组前及 3.6 个月末评定,对照组每 6 个月评定 1 次
李相珍 ^[11]	9.4/9.5	29.4/27.3	均为女性	40/40	集体授课:1 次/半月,缺课者个别辅导。定期对患者及家属掌握知识检查。每半年总结一次。对照组传统家访,1 次/月,不做特殊指导。	集体授课:疾病知识、家庭护理知识及技巧、识别复发先兆、督促服药、及时心理疏导。另配宣传册、黑板报、录像、电话咨询等辅助手段。	复发例次	共 1.5 年每半年评定 1 次,共 3 次
林笋昂等 ^[12]	18.2/18.1	42.9/42.3	/	60/60	集集体家庭教育:配合多媒体,共 5 周。重点干预:每 1—2 周入户一次,共 10 周。维持干预:每 4 周入户一次,共 10 周。期间安排两次多家庭聚会。两组均维持药物治疗,对照组维持原有社区服务。	集体家庭教育:疾病知识、婚恋与生育、积极生存与康复。重点干预:调整家庭交流方式、识别药物副反应及复发先兆、提高解决问题能力。维持干预:答疑,治疗者渐从干预中脱离。多家庭聚会;讨论经验及问题建立支持网络。	病史资料表(自编),康况复状况登记表(自编), PSE, BPRS, SCL-90, SDSS	共 6 个月在干预前及半年、1 年末评定,复发率仅在半年末评定
何蕊芳等 ^[13]	2.9/5.0	32/30	30/24/29/ 21	59/59	急性治疗期:1 次/周,60 min/次,共 4 周,从症状开始到缓解。持续治疗期:1 次/周,40 min/次,至出院。维持治疗期:1 次/3 个月,60 min/次,共 1 年。两组均维持药物治疗,对照组配合普通心理治疗。	急性治疗期:集体授课、示范演示。持续治疗期:启发自知力,引导前后自身对比,纠正不依从性。维持治疗期:强调药物维持重要性,纠正不良行为,调整家庭情感表达方式,提供社交活动机会。随时危机干预。	依从性,复发率, BPRS, SDSS, TESS	共 1 年余在入组时及研究结束时评定

T/C:处理组/对照组;/:文中未注明

3 讨论

家庭干预,建立在以家庭成员的共同参与为核心这个理念之上,包括一系列的干预方法^[14]。作为精

神障碍中的一种较新的干预手段,越来越引起人们的关注。德国的一项大型随机对照试验显示,精神分裂症患者的焦虑抑郁情绪主要来自缺乏疾病相关知

识且感到前途渺茫, 而通过心理教育干预可以得到缓解, 同时高情感表达组的家庭比低表达组缓解效率更高^[15]。Pitschel 等^[16]发现, 经过一定时期的系统的家庭干预, 可以显著改善精神分裂症的治疗, 减少再住院率, 并增强对药物的依从性。虽然报道的结果均倾向于家庭干预对精神分裂症的康复有促进作用, 但研究的质量参差不齐, 所得到的增效作用也大小不一。故本研究严格按照指定的纳入及排除标准来筛选所查找到的文献, 最终得到的符合要求的文献仅 9 篇, 且由于各项研究的评价指标不一致, 仅有对服药依从性和 SDSS 进行了评价的研究多于 5 篇, 其他的一些指标(如复发率)由于涉及的研究过少, 即使进行 Meta 分析意义也不大, 故未进行分析。本研究结果提示家庭干预对精神分裂症患者的服药依从性可能有一定的增效作用。但由于以下几方面原因, 解释这些结果需谨慎。

3.1 方法学质量

本次评价所纳入的 9 篇 RCT 质量评价均为 C 级, 无随机双盲研究。这些随机试验极少描述研究设计、随机方法及随机分配方案的隐藏, 仅述及采用随机分组, 而未给予足够信息以判断该试验的质量。故本研究中干预组与对照组之间服药依从性的显著性差异可能与试验方法学质量低下有关。今后做一步研究时需强调: ①详细报告随机分配序列的产生方法和分配方案的隐藏方式; ②是否正确应用盲法; ③清晰地描述试验中病例退出的数量和原因; ④从敏感性分析可以看出, 家庭干预措施至少应以“面对面”的方式为主, 包括系统的具有一定期限的心理教育、康复训练等。

3.2 发表性偏倚

本研究分析显示, 倒“漏斗图”图形不对称。引起这种不对称主要的原因是存在发表偏倚及方法学质量低下。本研究中“倒漏斗”图分析表明的发表偏倚提示, 阴性结果的试验可能未能发表。

综上所述, 目前国内有关家庭干预对精神分裂症的康复作用的临床试验规范性较差, 多为小样本试验。Meta 分析结果提示^[17], 家庭干预在对患者的服药依从性可能有一定疗效。但这些结果可能过高的评价了家庭干预的作用, 因为对研究者和干预对象实施盲法确实存在困难, 尽管现有资料未报道家庭干预的严重不良反应或事件, 但疾病知识的教育有可能对患者治疗的信心有不利影响。该干预要耗费大量的时间, 常需要在晚上或周末进行, 可能会降低其可行性, 不适合于很少得到家庭关怀的患者。其确切疗效及安全性尚有待随机对照临床试验证实。Vos

等^[18]曾经进行过相关研究, 并认为家庭干预对于精神分裂症患者来说是一项有效又较经济的可取的方法, 尤其是对于适合该方法的患者, 疗效可以提高约 12%。本研究提示家庭干预不仅直接增强了对精神分裂症患者的家庭支持, 且能提高患者对药物的依从性, 使其更易于维持治疗。但从敏感性分析可以看出, 家庭干预具体如何实施是至关重要的, 方法学的差异可能直接影响到干预的效果。建议以后的相关研究应重视随机对照的试验设计以及标准的干预措施的实施。同时也有大量研究显示^[19], 精神分裂症的照料者, 尤其是母亲、老年人、文化程度较低者、无固定工作者, 具有高水平的心理负担。因此, 家庭干预作为一种心理干预方法, 不管是对患者还是其照料者都具有重大意义。

参考文献

- [1] 李洁, 向孟泽. 精神分裂症患者及其家属的心理社会干预[J]. 中国心理卫生杂志, 1997, 11(6): 358.
- [2] 胡明月, 沈调英. 精神分裂症患者精神残疾的影响因素[J]. 中国医学行为科学, 2005, 10(14): 899.
- [3] 于忠敏. 家庭因素对精神分裂症的影响[J]. 中国公共卫生, 2005, 21(6): 734.
- [4] 刘铁桥, 杨德森, 郝伟, 等. 首发精神分裂症住院患者近期结局的影响因素[J]. 中华精神科杂志, 1999, 32(1): 21.
- [5] 庞道记, 张凤仙, 刘庆梅. 心理治疗及家庭干预对精神分裂症的远期疗效[J]. 现代康复, 2000, 4(12): 1812.
- [6] 于秀珍, 雷学琴. 家庭干预用于老年精神分裂症恢复期患者近期疗效观察与可行性探讨[J]. 山东医药, 2004, 44(11): 30.
- [7] 杜召云, 张丽, 陈景清, 等. 家庭干预前后精神分裂症病人家庭支持和生活质量变化的研究[J]. Chinese Nursing Management, 2005, 15(3): 32.
- [8] 刘琳, 高彩凤, 岳淑英, 等. 家庭干预对社区精神分裂症病人的康复作用[J]. 护理学杂志, 2004, 19(5): 3.
- [9] 陈海源. 农村社区精神分裂症患者家庭干预的对照研究[J]. 中华临床医学研究杂志, 2005, 11(1): 21.
- [10] 段元青, 赵共和. 家庭干预对社区慢性精神分裂症康复的影响[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2004, 21(4): 344.
- [11] 李相珍. 对精神分裂症康复期患者家庭干预的指导和效果观察[J]. 齐齐哈尔医学院报, 2003, 24(10): 1168.
- [12] 林笋昂, 赵传绎, 杨文英, 等. 精神分裂症缓解期的社区家庭干预效果的随访研究[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(6): 325.
- [13] 何蕊芳, 李忠义. 精神分裂症患者维持治疗中依从性的研究[J]. 中国临床康复, 2003, 7(12): 1778.
- [14] Goodman D, Happell B. The efficacy of family intervention in adolescent mental health[J]. Int J Psychiatr Nurs Res, 2006, 12(1): 1364.
- [15] Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, et al. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan[J]. Psychiatry Clin Neurosci, 2006, 60(5): 590.
- [16] Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study[J]. J Clin Psychiatry, 2006, 67(3): 443.
- [17] Pilling S, Bebbington P, Kuipers, et al. Psychological treatments in schizophrenia: meta-analysis of family interventions and cognitive behaviour therapy[J]. Psychol Med, 2002, 32(5): 763.
- [18] Vos T, Haby MM, Magnus A, et al. Assessing cost-effectiveness in mental health: helping policy-makers prioritize and plan health services[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2005, 39(8): 701.
- [19] Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia[J]. Qual Life Res, 2006, 15(4): 719.