

心理治疗对脑卒中患者康复的应用研究

杨加青¹ 买孝莲² 宋学云¹ 韩 凯¹ 党 明¹ 郜建卫¹ 张晓丽¹

脑卒中是危害中老年人身体健康最常见的疾病之一,发病率高达109.7—217/10万,存活者中50%—70%遗留有严重残疾^[1]。早期对脑卒中后心理障碍患者进行心理治疗,有利于改善及预防患者的不良心境,促进神经功能的恢复和生存质量的提高^[2]。目前国内外对卒中患者发生“卒中后抑郁(post stroke depression, PSD)”的心理及药物治疗研究较多,且多为研究一种心理治疗方法,而本研究对卒中患者在入院后即进行预防性系统心理治疗干预,探讨多种心理治疗在脑卒中患者康复中的具体应用和对脑卒中患者康复的影响,以期探索临床实用的卒中后心理障碍治疗方法,达到最大心理治疗疗效。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2007年5月—2008年6月在我院神经内科住院治疗的急性脑卒中患者,共196例。患者入选标准如下:①均经头颅CT或MRI检查证实,符合第4届全国脑血管病会议制定的脑梗死、脑出血的诊断标准^[3];②发病在72h以内,包括初发或既往有发作但未遗留神经功能障碍的脑卒中急性期患者;③年龄<75岁;④有肢体活动障碍,排除其他疾病引起肢体运动功能障碍者;⑤患者生命体征稳定,意识清楚;⑥排除蛛网膜下腔出血;⑦无严重认知及交流功能障碍;⑧无心、肺、肝、肾等重要器官功能减退或衰竭;⑨既往无精神病史。

将所有患者随机分为心理治疗组(99例)和对照组(97例),两组患者因病情变化或其他原因而必须中断研究的人数分别为2例和3例,故最终心理治疗(治疗组)97例,对照组94例。治疗组中,男58例,女39例;年龄37—75岁,平均(58.42±10.23)岁;脑梗死68例,脑出血29例;左侧偏瘫56例,右侧偏瘫41例;首发81例,再发16例;文盲12例,中小学58例,大专以上27例。对照组中,男59例,女35例;年龄35—75岁,平均(56.74±11.61)岁;脑梗死65例,脑出血29例;左侧偏瘫55例,右侧偏瘫39例;首发76例,再发18例;文盲10例,中小学59例,大专以上25例。两组在性别、年龄、类型、瘫痪侧别、初发和再发人数、文化程度等差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。治疗组患者须有本人及家属

签署知情同意书,以进一步取得患者及家属的配合。

1.2 治疗方法

两组患者均按照脑血管病治疗指南给予药物治疗、一般康复宣教和心理疏导,均不限制针灸、推拿、功能训练、自我锻炼等治疗。心理治疗组由一名在神经内科工作多年的心理治疗师(主治医师)给予系统心理干预治疗,不参与上述两组患者的临床治疗过程。治疗时,遵循以下原则:①在患者生命体征稳定、神经症状不再发展后48h后即开始心理治疗^[4],每次至少约30min,每周至少2次;②根据患者的具体情况选择在床旁或心理治疗室进行心理治疗;③首先建立良好医患关系,取得患者及家属的信任;④依据多种心理治疗方法的不同特点,针对患者的不同卒中类型、病情及心理障碍表现,具体选择一种或多种心理治疗技术和方法联合使用;⑤心理治疗方案的实施应与患者的现实问题相结合,没必要与治疗普通心理障碍患者一样正规、系统,而要以短期、有效、易操作为准;⑥对于情绪不稳定、急躁易怒的脑卒中患者,可以短期、适量应用苯二氮卓类抗焦虑药物,以利治疗的进行;⑦如患者出院时未完成心理治疗计划,则通过心理热线或到患者家中继续进行,直至完成心理治疗计划。主要供选择的方法和具体运用如下^[2,5-6]:

1.2.1 认知性心理治疗:适用于有卒中后认知形式障碍而继发情绪与行为障碍的患者。治疗的着眼点在于对不良认知的修正。第一步,通过与患者交谈,确定患者心理问题出现前和发生时的不恰当的思维方式;第二步,通过提问使患者检查其不恰当思维的逻辑基础;第三步,引导患者换一种思考问题和思维的方式;第四步,去注意,努力减少患者自我关注的程度;第五步,鼓励患者应用真实性检验,验证这些替代的新的解释结果。

1.2.2 支持性心理治疗:对早期的和不能离床患者尤其适用,首先创造良好的关系氛围,使患者能自由地探索内在感受,不追求特殊的策略和技术。主要有两种方式:一是个别谈话治疗,常用的治疗技巧有患者主动倾诉、开放式询问、恰当的情感反应、澄清问题、简洁具体、共情的回应、接纳患者、将矛盾对峙、尊重患者、鼓励患者、治疗师的自我暴露等。二是会心团体心理治疗,在治疗师的主持下,团体成员由治疗组

1 焦作市人民医院神经内科,454000; 2 解放军第91中心医院全军精神疾病防治中心

作者简介:杨加青,男,主治医师; 收稿日期:2009-02-23

成员组成,一般为至少7—8人,不够时可考虑非入组卒中患者、症状表现类似的病区其他患者参加;一般在每周五下午举行,每次约90min;治疗分三个阶段:患者间的相互了解和接受阶段、患者间的心理互动阶段、活动结束阶段,注意成员间心理上的互动,治疗师仅把握会谈的方向。

1.2.3 行为性心理治疗:适用于卒中患者在康复治疗时因肢体的残障而产生焦虑、恐惧等情绪和行为障碍时,可采用:①放松训练(渐进性的肌肉松弛疗法):采取舒适的体位,渐次对全身或某一部位肌肉收缩、松弛,同时深吸气、深呼气、体验紧张的感觉,反复进行,能促进肢体主动运动,连带改善了残障肢体的运动功能;②系统脱敏疗法:在患者掌握松弛疗法的基础上,针对某一心理症状的出现,由患者完成或得到患者认可下设计不适层次表,由最低层次开始脱敏治疗;③矛盾意向法:如对卒中后伴失眠症的患者,让患者由原来总想尽快入睡改为有意长时间保持觉醒,结果由过度担心失眠而产生的焦虑水平将得以缓解,入睡便易于进行。

以上三种治疗方法均可全程适用,可提高患者的康复治疗的依从性和主动性。

1.2.4 中国道家认知疗法^[7]:对于过分投入、争强好胜、对预后期望值非常高的患者尤其适用,本着“为而不争”思想,在面对现实基础上,积极进行康复锻炼。具体步骤:①简单介绍中国道家认知疗法;②让患者了解、认同、牢记并遵循32字保健诀,即“利而不害、为而不争、少私寡欲、知足知止、知和居下、以柔胜刚、返朴归真、顺其自然”;③帮助患者分析不良认知,指导患者道家思想解决心理问题。

1.2.5 心理危机干预:适用于出院后的卒中心理求助者,缺少必要的、来自家庭和社会的心理支持,应及时启动心理危机干预。主要通过“心理热线”的形式实施。主要步骤是:①通过倾听技术,确定和理解求助者本人所认识的问题;②给予支持;③提出并验证可变通的应对方式;④制订计划;⑤得到承诺,采用积极的应对方式。

以上两种方法主要适用于康复中后期。因其比较符合国人特点,医生容易掌握,患者易于接受,疗效确切,值得大力推广。

1.2.6 人际性心理治疗:根据患者情况,可选择应用婚姻治疗、家庭治疗等。家庭治疗主要是针对脑卒中后缺乏家庭支持的患者,通过加强家庭各成员之间的互动,增加或完善家庭支持系统,促进脑卒中康复。婚姻治疗是针对有婚姻问题的脑卒中患者,严重影响康复时才选择的一种方法。

因遵循尽量较少深挖患者潜意识的冲突,避免引起新的抑郁、焦虑等心理障碍,故不选择经典的分析性心理治疗。

1.3 功能评定

①症状自评量表(symptom checklist 90,SCL-90)^[8]评定心理障碍;②采用脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准^[9]评定临床神经功能缺损程度;③采用简易智力状态检查

量表(mini-mental state examination,MMSE)^[10]评定认知功能;④采用Barthel指数(Barthel index,BI)^[9]评定日常生活活动(activity of daily living,ADL)能力。

两组患者均在入组前给予首次评定,1个月和6个月后分别给予第2、3次评定。均由另一位医师给予评定;对于自评量表评定,必要时在不干扰结果的前提下,医师可协助患者完成。

1.4 统计学分析

数据以均数±标准差表示,应用SPSS11.0统计学软件,进行 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

各期评分及组内、组间比较见表1。2组患者治疗前SCL-90评分、神经功能缺损评分、MMSE评分、MBI评分比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。2组患者治疗后SCL-90评分同期比较有显著差异,具有显著性意义($P<0.01$);对照组组内6个月后与1个月后比较评分也明显增高($P<0.01$)。2组患者治疗后神经功能缺损评分、MMSE评分、MBI评分与治疗前比较差异均有显著性意义($P<0.01$);组间1个月后评分比较无显著性意义($P>0.05$),但6个月后比较差异有显著性意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表1 两组各阶段评分及组内、组间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SCL-90 评分	神经功能 缺损评分	MMSE 评分	MBI 评分
对照组	94				
治疗前		92.38±17.21	22.42±4.58	17.64±4.05	32.20±12.04
1月后		64.68±8.57	12.35±5.43	25.37±3.72	64.59±14.38
6月后		78.68±13.63	11.51±6.28	26.23±5.32	74.18±17.75
治疗组	97				
治疗前		94.25±15.62	20.98±5.21	18.21±3.92	33.52±11.98
1月后		52.71±5.25 ^②	11.47±5.98	26.01±4.28	67.28±13.49
6月后		32.22±7.82 ^②	9.92±4.02 ^①	27.42±2.02 ^①	83.57±12.28 ^②

两组同期组间比较:① $P<0.05$, ② $P<0.01$

3 讨论

本研究结果显示,治疗组患者经过系统、有针对性的心理治疗,在康复治疗的全程与对照组相比较,能明显改善患者的心理障碍,使其更为积极的配合康复治疗,努力适应脑卒中后的生活与工作,最大限度地恢复神经功能及社会功能,故6个月后神经功能缺损评分、生活自理能力评分与对照组比较,有明显改善;而在治疗1个月后的上述两项评分两组比较却差异不明显,故心理治疗对患者康复的促进作用,时间越长作用越明显,与国内有关研究一致^[10]。另外,对照组心理障碍评分在治疗1个月与治疗前比较有明显改善,但6个月后评分却明显增高。卒中患者在卒中急性期随着神经功能缺损有一定改善,心理障碍有一定自限性;但随着患者病程的延长,对脑卒中后留有残疾的患者,易出现“心理疲

劳”、心理波动大,反而心理障碍加重,与有关研究一致^[1]。

本研究还发现两组患者认知评分在治疗1个月无明显差异,但在6个月后治疗组评分较对照组有改善。分析原因可能为认知能力评定量表主要是评定的认知内容障碍,而心理治疗主要纠正认知形式障碍,对因脑卒中本身引起的认知内容障碍影响较小,所以治疗1个月后的认知评分两组无明显差异。随着病程的延长,对照组患者会因遗留残疾而出现更加严重的心理障碍,如情感障碍、行为障碍等,导致认知内容障碍进一步加重^[2],而治疗组患者会得到及时、针对性的心理治疗,心理障碍程度较轻,致使认知障碍受影响较小。

总之,对所有脑卒中患者早期进行及时、有针对性的心理治疗,能够促进神经功能的恢复,提高其生存质量,远期效果更为明显。

参考文献

[1] 贾建平主编. 神经病学 [M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.171.

- [2] 王艳云,王拥军.心理治疗在脑卒中康复中的应用[J].中国康复医学杂志,2005,20:294—296.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29:379—380.
- [4] Gordon WA.Advances in stroke rehabilitation[M].Boston:Andover, 1993.18.
- [5] 王拥军, 主编. 卒中单元 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004.415—422.
- [6] 胡佩诚主编.心理治疗[M].北京:人民卫生出版社,2007.27—228.
- [7] 杨德森,张亚林,肖水源,等.中国道家认知疗法介绍[J].中国神经精神疾病杂志,2002,28(2):152.
- [8] 张明圆主编.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998.121—126,184—188.
- [9] 全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J].中华神经科杂志,1996,29:381—385.
- [10] 张智博,彭旭,唐璐,等.早期心理干预对卒中后抑郁的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(3):262—263.
- [11] 周海云,席静雯,王春玉.作业疗法结合道家认知疗法治疗脑卒中偏瘫恢复期患者情绪障碍的临床研究 [J]. 中华物理医学与康复杂志,2007,29:627—630.
- [12] 陈湛惜,陆兵勋,陈文荣,等.脑梗死后情感障碍和认知障碍的影响因素[J].中国神经精神疾病杂志,2008,34:417—421.

·心理康复·

认知治疗合并抗抑郁药对抑郁症残留症状的效果*

徐松泉¹ 蔡进伟¹ 朱桂东¹ 曹江¹

在抑郁症的药物治疗中,大多数患者有残留症状的出现,如心境恶劣、焦虑、睡眠障碍、易疲劳、兴趣或愉快感减少,以及疼痛和食欲减退等^[1-2]。有证据表明,认知治疗合并抗抑郁药可有效地治疗和预防抑郁症的复发与复燃^[3-4]。为探讨治疗抑郁症残留症状有效的方法,本文采用认知治疗合并药物与单用药物治疗的方法进行对照观察。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2005年1月—2006年6月我院精神科门诊及住院的抑郁症患者,共100例。入选标准:①符合中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)(CCMD-3)抑郁症的诊断标准;②经过充足抗抑郁药物治疗20周以上,症状部分缓解但未达到痊愈,汉密尔顿抑郁量表(HAMD17)评定 ≥ 17 分或临床疗效总评量表(CGIS) > 2 分者。排除标准:①脑器质性病变和严重的躯体疾病,以及药物、酒精依赖者;②具有严重自杀倾向者;③不同意参加本研究和无法进行定期随访者。

按入组先后顺序用随机数字表法随机分为临床管理组(CM组)或合并认知治疗组(CBT组),连续治疗20周,结合

全病程管理模式对研究对象进行随访观察48周,主动告知患者及其家属疾病的性质及坚持治疗的必要性,每4周门诊1次,了解患者服药治疗情况,评估病情。

CM组50例,脱落3例,实际完成47例;男23例,女24例;年龄18—55岁,平均 24.7 ± 14.2 岁;病程2—38个月,平均 22.1 ± 16.6 个月。CBT组50例,脱落2例,实际完成48例;男23例,女25例;年龄18—53岁,平均 25.3 ± 15.7 岁,病程1—43个月,平均 23.1 ± 17.2 个月。两组患者在性别、年龄、病程、文化程度等方面经 χ^2 检验或 t 检验差异均无显著性意义。

1.2 方法

1.2.1 药物治疗:两组均接受充足5-羟色胺再摄取抑制剂类抗抑郁药物治疗20周以上,药物剂量相对保持固定(20—40mg/d),其中CBT组服用盐酸氟西汀(百忧解)28例、盐酸帕罗西汀(赛乐特)20例,CM组分别为26例、21例。两组用药剂量经 t 检验差异无显著性意义。

1.2.2 认知治疗:CBT组在药物治疗的同时合并认知治疗。认知治疗共分两个阶段^[5],第一阶段(第1—6次):症状减少阶段,首先了解患者存在的各种症状和问题的发生发展,注重

* 基金项目:丽水市科学技术局计划项目(20063-10); 1 浙江省丽水市第二人民医院心理科, 323000

作者简介:徐松泉,男,副主任医师; 收稿日期:2009-03-22