

·心理康复·

整合式心理干预对单间 ICU 患者心理康复的影响

王 卓¹ 杨凤池² 翁以炳³ 宋为群^{1,4}

摘要 目的:探讨整合式心理干预对单间 ICU 患者心理康复的影响。方法:将 58 例单间 ICU 患者随机分为干预组(28 例)和对照组(30 例),对照组接受常规治疗,干预组接受常规治疗和整合式心理干预治疗。采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HRSD)测定并比较两组在治疗前、治疗 2 周后心理健康状况的变化。结果:治疗后,干预组 HAMA、HRSD 评分显著低于对照组,患者在各因子分上均显著低于对照组($P<0.01$);对照组精神焦虑、躯体焦虑分有显著性下降,其余因子无变化。结论:在常规治疗基础上,单间 ICU 患者焦虑、抑郁状态有自我调适并恢复的趋势,而整合式心理干预可以明显促进并改善患者的焦虑、抑郁状态。

关键词 心理干预;ICU 患者;焦虑;抑郁

中图分类号:R493 **文献标识码**:B **文章编号**:1001-1242(2008)-12-1106-03

研究表明,心理干预能改善与侵袭性治疗有关的不良情绪^[1]。综合医院康复阶段患者的焦虑、抑郁阳性率分别为 60.3%、69.2%^[2],而在 ICU 期间阳性率达到 75%^[3]。侵入性操作、不良医疗环境、对死亡的担忧等常可导致患者产生负性情绪,从而延误康复,甚至终止治疗^[4]。既往相关心理需求调查也说明,对不良情绪反应的心理干预是必要的^[5]。与既往 ICU 护士单独进行心理护理不同的是,本研究参照会诊-联络精神医学(consultation-liaison psychiatry, CLP),采用心理学专业人员和护士联合干预方式。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入组标准:①选自 2006—2007 年入住我市某三甲医院 ICU 病房的患者,入住时间至少 24h^[6];②急性生理紊乱及慢性健康评分^[7](Acute Physiology and Chronic Health Evaluation, APACHE II)大于 14 分;③汉密尔顿焦虑量表 HAMA(14 项版本)和汉密尔顿抑郁量表 HRSD(24 项版本)^[8-9]大于正常值,分别大于 7 分、8 分;④既往无焦虑、抑郁病史;⑤自愿参与研究,无交流障碍。排除标准:既往精神病史(包括躁郁症、精神分裂症、严重的焦虑症、抑郁症)、老年痴呆病史、意识不清无法交流、不愿参加本研究。

将入组 58 例患者按照随机分组原则分为干预组 28 例,对照组 30 例。干预组男性 19 例,女性 9 例;年龄 20—84(平均 61.19±16.17)岁;慢性迁延性疾病 9 例,术后监护 8 例,急性损伤 8 例,癌症相关情况 3 例。对照组男性 20 例,女性 10 例;年龄 23—85(平均 62.36±17.53)岁;慢性迁延性疾病 10 例,术后监护 7 例,急性损伤 9 例,癌症相关情况 4 例。两组在 APACHE II 评分、年龄、性别、病种、是否手术等方面差异无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

整合式心理干预包括预防性心理护理和支持性心理干预两个水平。预防性心理护理包括信息支持、情感支持、评估支持;支持性心理干预包括支持性心理治疗、放松训练等。每次干预 40—50min,每天 2 次,选择上、下午非医疗处置时间。干预要点如下:

信息支持:将可能影响患者情绪反应的各类信息及时反

馈给患者。①在开始干预前首先确定患者对信息支持和宣教的需求程度、喜爱的方式和媒介,口头描述还是纸质宣传材料。②当患者接受一个让其不舒服的检查时,向患者提供有关确切过程的信息,并把之前做过同样检查的患者感受告诉他。

情感支持:对处于应激状态下的患者给以共情,并提供适宜的建议。要点是:①为避免给患者带来分离创伤,每次干预前,告知患者本次会谈在何时结束;②对患者提出的医疗问题避免给以评论性论断;③当发现谈论的话题引起患者不适时,积极向患者求证是否需要转换话题以保证安全。

评估支持:开始干预前让患者填写 ICU 压力因子问卷,干预时让患者每天填写包含 20 种情绪描述词汇的情绪日志,运用这种结构化的形式将患者的情绪外化,使患者重新体验,客观、理性地改善自我歪曲的认知和不良情绪。

支持性心理治疗:提供的支持构成心理治疗的主要内容。操作要点主要有下述 6 个方面:解释、鼓励、保证、指导、宣泄、促进环境的改善。①解释:将与患者自身感受有关的事实和评价提供给患者,在输出每个信息群后寻求患者的反馈,进行双向性互动,如:“对刚才的这一点你有什么想问我的吗?”“还有其他你想了解的吗?”。②鼓励:鼓励患者接受自己的情绪反应,鼓励患者去做目前自己可以做的事情;当患者表达哀伤或情绪激动时,适当地接触手部、胳膊,递上纸巾,这是情感安抚的表达方式。③保证:向患者说明如果尝试谈谈自己的感受,可以让自己感觉好些。如果患者表达哀伤,确保在每次干预的最后 5—10min 引导患者的情绪,并在一个积极的情感基调里结束本次干预,避免心理遭受二次创伤。④指导:一方面是告诉患者如何应对疾病,如何安排生活;另一方面帮助患者如何处理各种人际关系问题,特别是因患病而带来的若干新问题。选择患者愿意接受的言语,语

1 首都医科大学宣武医院康复医学科,100053

2 首都医科大学心理学教研室

3 首都医科大学附属北京友谊医院中心 ICU

4 通讯作者

作者简介:王卓,女,心理学硕士,治疗师

收稿日期:2008-06-05

句简短、重复关键信息、重要的内容先说,因为首因现象使患者记得最清楚的往往是首先接受的信息。⑤宣泄:倾听患者陈述,不轻易打断;说话轻声,动作轻盈,身体微微前倾 10—15°,面部表情以接近中性为好;⑥促进环境的改善:减少一切恶性刺激,包括来自视觉、听觉、触觉、温痛;因为嘈杂的情境有可能进一步降低患者的信息接受能力,干预时坐在患者没有插管、监护器一侧,转移患者对监护器的注意;与患者交谈时,距离在 0.5—0.8m。

放松训练:选取中央音乐学院录制的带有指导语的放松音乐,进行渐进性肌肉放松训练。训练患者能随意放松全身肌肉,以达到随意控制全身肌肉的紧张程度,保持心情平静,缓解紧张、恐惧、焦虑等负性情绪的目的。首先紧张肌肉,注意这种紧张的感觉,保持这种紧张感 3—5s,然后放松 10—15s。最后,体验放松时肌肉的感觉。顺序是足、腿、腹、背、肩、脖子、脸,最后是全身。完成训练,且感到放松时,休息片刻,让患者想象最让自己感到舒适、宁静的情景。此时让患者注意呼吸:节奏缓慢,从鼻子深深地吸气,慢慢地呼出来。持续 1—2min 后,睁开双眼。全过程动作均缓慢、轻柔。

音乐治疗:音乐治疗包括主动式音乐治疗和被动式音乐治疗(听音乐),每次长度为 20min。主动式如:利用小乐器进行音乐游戏、即兴演唱。被动式依具体情况有所不同:①忧郁:利用具有开畅胸怀、舒解郁闷功效的乐曲,选择节奏明快、旋律流畅的乐曲,如贝多芬 G 大调小步舞曲、莫扎特浪漫曲、民族乐曲喜洋洋、阳关三叠、假日的海滩等;②烦躁失眠:利用某些具有安神宁心、镇静催眠的乐曲,以消除患者紧张焦躁情绪,选择旋律缓慢轻悠、曲调低沉柔和,如摇篮曲、小夜曲、梅花三弄等;③悲观:利用使人轻松欣喜的音乐,选择旋律悠扬、节奏明快多变、音色优美的乐曲,如贝多芬第五交响曲 e 小调命运第一乐章,民族音乐百鸟朝凤等;④增进食

欲:利用音乐旋律刺激改善胃分泌及胃蠕动功能、帮助消化,选择旋律优美淡雅、自然舒展平稳、强度变化不大的乐曲,如贝多芬春天奏鸣曲第一乐章等。

1.3 评定方法

患者于治疗前、治疗 2 周后,在心理治疗师和经培训的专科护士指导下填写 HAMA 和 HRSD。两名评定员联合检查,采用交谈与观察的方法。HAMA 包括躯体焦虑因子分、精神焦虑因子分;HRSD 包括焦虑/躯体化、认知障碍、迟缓、睡眠障碍、绝望感、体重、日夜变化。

1.4 统计学分析

采用 SPSS12.0 统计软件包处理数据,统计方法包括 *t* 检验、秩合检验。

2 结果

2.1 干预组、对照组 HAMA、HRSD 治疗前后差值的组间比较

见表 1。对两组干预前 HAMA、HRSD 评分进行比较差异无显著性意义($P>0.05$),说明两组具有可比性。对两组治疗前后差值进行组间比较,HAMA 总分中的躯体焦虑因子和精神焦虑因子、HRSD 总分及其 5 个因子符合正态分布,采用独立样本 *t* 检验;HRSD 中的日夜变化和体重因子属非正态分布,采用独立样本秩和检验,干预组、对照组体重差值的平均秩次为 32.00、23.32,差异具有显著性意义($P<0.05$),两组日夜变化差值的平均秩次为 33.12、22.29,差异具有显著性意义($P<0.01$)。比较两组研究前后的差值,干预组焦虑、抑郁评分下降,对照组焦虑评分下降、除绝望感外其他抑郁评分也下降,但干预组评分比对照组下降的更多,两组心理康复改善的差异有显著性意义($P<0.01$)。

表 1 两组患者 HAMA、HRSD 评分比较

($\bar{x}\pm s$)

	干预组			对照组		
	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
焦虑总分 *	22.150±7.018	8.310±3.147 ^①	13.846±6.123 ^②	22.140±5.509	16.930±5.734 ^①	5.214±5.952 ^②
躯体焦虑因子分 **	1.406±0.554	0.495±0.236 ^①	0.912±0.539 ^②	1.362±0.412	1.020±0.536 ^①	0.342±0.495 ^②
精神焦虑因子分 **	1.758±0.549	0.692±0.318 ^①	1.066±0.416 ^②	1.801±0.504	1.398±0.474 ^①	0.403±0.526 ^②
抑郁总分	24.810±9.308	11.460±5.602 ^①	13.346±4.931 ^②	23.680±6.418	22.460±6.333	1.214±7.290 ^②
焦虑/躯体化	5.580±2.062	2.540±1.449 ^①	3.039±1.865 ^②	6.140±2.068	5.570±1.874	0.571±2.168 ^②
认知障碍	3.620±2.562	1.230±1.505 ^①	2.385±1.920 ^②	2.610±1.618	2.110±1.343	0.500±1.836 ^②
迟缓	4.190±1.939	1.810±1.096 ^①	2.385±1.525 ^②	4.000±1.491	3.680±1.588	0.321±2.195 ^②
睡眠障碍	3.770±1.704	1.880±1.366 ^①	1.885±1.633 ^②	4.320±1.588	4.070±1.438	0.250±1.956 ^②
绝望感	4.350±2.545	1.690±1.087 ^①	2.654±2.465 ^②	3.710±2.034	4.210±2.394	-0.500±2.687 ^②

* 原始总分;** 因子分=组成该因子各项目总分/该因子项目数 ①用配对 *t* 检验分别对两组进行自身前后比较,结果具有显著性差异, $P<0.01$;

②用独立样本 *t* 检验对两组的差值进行组间比较,结果具有显著性差异, $P<0.01$

2.2 干预组、对照组 HAMA、HRSD 自身前后比较

采用配对秩和检验分别对两组的体重、日夜变化因子进行自身前后比较,干预组体重、日夜变化因子的平均秩次干预后较干预前降低,*Z* 值分别为-2.676、-2.982,具有显著性意义($P<0.01$);对照组两因子平均秩次干预后较干预前降低,*Z* 值分别为-0.258、-0.333,但差异没有显著性意义($P>0.05$)。采用配对 *t* 检验分别对两组进行自身前后 HAMA、HRSD (除体重、日夜变化因子)比较,见表 1。干预组 HAMA、HRSD 评分干预后较干预前下降,差异具有显著性意义($P<0.01$)。对照组 HAMA 评分研究后较研究前下降,差异具有显著性意义

($P<0.01$),HRSD 因子分研究后较研究前除绝望感上升外,其他均下降,变化差异无显著性意义($P>0.05$)。

3 讨论

整合式心理干预是包括结构性心理教育、支持性治疗的综合性心理干预^[10]。它以心理支持为基础,将应激处理、健康教育与应对技巧有机结合,形成一种综合的心理干预方法。根据患者心理康复的需求,选取不同心理治疗技术,推进心理康复的进程。

进入单间 ICU 的患者,由于病情急、重,需要长时间地接

受不同生命体征监测,同时还要接受侵入性操作,如:输液、插管等。所处环境的特殊性 & 病情影响均会给这一特殊群体带来很大的心理压力。在干预前对干预组、对照组患者进行 HAMA、HRSD 测评总分均高于正常值,说明单间 ICU 患者普遍存在有心理问题。

本文研究显示,通过对两组分别进行自身前后比较,发现两组患者焦虑水平均下降($P<0.01$)、抑郁水平也有不同程度的下降(干预组 $P<0.01$,对照组 $P>0.05$),说明单间 ICU 患者焦虑、抑郁状态具有自我调适并适度减弱的趋势;对两组前后变化的差值进行组间比较,干预组焦虑、抑郁改善程度明显优于对照组($P<0.01$),说明整合式心理干预可以显著降低干预组不良情绪反应水平,促进心理康复的进程。

据此分析单间 ICU 患者心理康复趋势的可能性如下:在进入 ICU 初期,患者感受并评价周围情境和自身,情绪感受的主观结果是出现了不同程度的焦虑、抑郁反应(如:感到有最坏的事会发生、易激惹、害怕独处、内疚、易哭等),客观结果是出现了可被观察到的各种焦虑、抑郁的躯体和精神状态异常(如:与当前病情不符的肌张力增高、心悸等);焦虑所产生的驱力一定程度上是患者面对重大疾病时的“保护装置”,能够使患者运用情绪性应对^[11],集中内心的能量进行自我重建,并适应新的情境及自我角色。初期的抑郁反应起到保护作用,它可以调节情绪反应水平、保存部分心理能量来应对躯体疾病。不同的是,抑郁情绪反应的变化不如焦虑反应那样明显(见表 1)。随着病情好转,生命安全不确定性导致的焦虑反应得到缓解,对未来的担忧和不可控感转而成为患者主要的问题,而不可控感是抑郁情绪的基础^[12]。这与既往研究一致,即焦虑在应对压力事件中往往首先发生变化,而抑郁往往不如焦虑变化明显^[13]。

整合式心理干预的工作要点是支持性心理干预,包括支持性心理治疗、放松训练、音乐治疗等。既往研究多利用音乐治疗对 ICU 患者进行心理康复^[14]。音乐治疗是一种良性应激,它通过三个方面发挥作用:音乐对人体生理上的共振作用,音乐对人的情绪有直接的感染作用,音乐对行为的直接和间接影响。音乐治疗的效果,主要还是通过听音乐者丰富的想象而体验出来。张丽宏^[15]运用放松训练对 ICU 患者进行干预对照研究,结果证明心理护理结合放松训练比只用心理护理来说,更有利于患者情绪宣泄。

近些年,随着康复心理学的发展,对住院患者进行心理康复的探索不断增加。有研究认为,住院患者的焦虑和抑郁情绪主要是由于自身心理活动指向自我、过分自我关注造成的,并因为其隐蔽性而不能被医护人员发觉^[16]。本研究在此方面进行了初步的探索,通过建立支持性关系、利用半结构式访谈法、创造安全的干预情境、给以适当的情感支持、信息支

持,运用基本心理治疗技术,如:鼓励、暗示、指导、共情式地倾听、情感反映、内容反映、释义等,对患者进行干预,以加强心理活动的防御能力,使患者的心理活动指向外界,不过分自我关注,控制和恢复对情境的适应及平衡。治疗者通过倾听、解释、建议,进行说服和做出保证,辅助患者从由单间 ICU 应激造成的严重失衡状态中平衡情绪反应。结果证实,整合式心理干预可以推进单间 ICU 患者心理康复的进程。

参考文献

- [1] 邓立力,吕慧芳,杨宁.心理干预治疗对癌症患者化疗后心理状态的影响[J].中国康复医学杂志, 2007, 22(2):168—169.
- [2] 李美华,区丽明,谭杰文,等.综合医院住院康复患者心理状况调查及相关因素分析[J].中国康复医学杂志,2005,20(7):539—540.
- [3] 曲振瑞.ICU 危重症患者的心理评估及心理护理干预[J].中国误诊学杂志, 2005, 5(14): 2370—2371.
- [4] 王卓,杨凤池,翁以炳.单间 ICU 患者压力因子与急性生理紊乱与慢性健康评估评分相关性研究 [J]. 中国健康心理学杂志, 2007,15(5):448—451.
- [5] 叶维菲,施寿康,徐俊冕,等.957 例住院患者焦虑、抑郁障碍的研究[J].中国行为医学科学,1995,4(4):198—199.
- [6] Marc A.Stress and the intensive care patient: perception of patients and nurses [J]. Journal of Advanced Nursing,1998,27: 518—527.
- [7] 孟新科,邓跃林.APACHE 评分系统的研究现状及展望[J].中国急救医学, 2001, 21 (7): 430—432.
- [8] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册(增订版)[J]. 中国心理卫生杂志社,1999.
- [9] 胡契.心理治疗效果的评价及其影响因素[J].中国康复医学杂志, 2006, 21(3): 263—264.
- [10] 王建平.结构性心理教育干预在癌症患者中的应用[J]. 国外医学·肿瘤学分册, 2000,27(3):156—159.
- [11] Folkman S. Coping across the life span : Theoretical issues,in Gummig EM, Greene AL, Karaker KH. Life - Span Developmental Psychology[M]. NJ:Lawrence Erlbaum Associates, Pub.,1991.3—19.
- [12] T. Strongman.情绪心理学—从日常生活到理论[M].第 5 版.北京:中国轻工业出版社,2006.127,189—205.
- [13] 吴文源,季建林.综合医院精神卫生[M].上海:上海科学技术文献出版社,2001.173.
- [14] 周用桓.音乐疗法在行为康复中的应用[J].中国康复理论与实践,2002,8(6): 180—181.
- [15] 张丽宏.放松训练在 ICU 患者中的应用[J].实用中医内科杂志, 2006,20(3):331.
- [16] 杨智辉,王建平.癌症住院患者心理状况调查[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(5): 463—465.