

肢体残疾患者叙事心理康复的应用研究*

贾书磊¹ 冯 琼¹ 方小群^{2,3} 何朝珠¹ 何雪莹¹

摘要
目的: 探讨叙事治疗对肢体残疾患者心理和生活的影响。
方法: 从参与研究的6所医院中抽取符合纳入标准的新发病例198例,分为叙事组和对照组,每组99例,住院期间对照组进行常规心理康复,叙事组进行叙事心理治疗。出院后随访1年,比较两组患者的心理状态、日常生活活动(ADL)能力和生存质量在心理康复前和随访后的差别。
结果: 随访1年后,叙事组的心理状态有明显改善($P<0.05$),而对照组无明显改善($P>0.05$)。叙事组和对照组的ADL能力均较治疗前提高($P<0.05$),叙事组优于对照组($P<0.05$)。叙事组和对照组的生存质量总评分显著提高,叙事组优于对照组($P<0.01$),差异主要表现在心理层面(心理、独立性、社会关系、精神支持)。
结论: 与常规心理康复相比,叙事治疗可改善肢体残疾患者的心理状态,提高其自理能力和生存质量。为肢体残疾患者的心理康复提供了新的思考方向。
关键词 叙事治疗;肢体残疾;心理状态;日常生活活动能力;生存质量
中图分类号: R493 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2017)-10-1155-03

据统计,全球肢体残疾患者已突破5亿^[1]。绝大多数患者的恢复需要较长时间,极易造成心理失衡。我国对肢体残疾的心理康复刚刚起步^[2]。叙事治疗在20世纪80年代由澳大利亚研究者麦克·怀特和新西兰研究者大卫·艾普斯顿首创^[3]。通过倾听患者的经历,帮助其找出隐藏信息,外化问题,寻找生活的积极意义,重新建立自我认知,使其心理和人格得以成长。叙事心理治疗临床实践在国内较为少见^[4]。本研究将叙事治疗应用于肢体残疾患者的心理康复,以期达到治疗心理创伤、提高生存质量的目的。

1 资料与方法

1.1 病例来源

采用便利抽样的方法,从2015年1月起,抽取南昌6所

三级甲等医院的新发肢体残疾患者,共198例,纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②肢体残疾^[5];③预期住院时间 >1 个月;④预期生存时间 >2 年;⑤无精神病史,意识清楚、能理解问卷内容、与医护人员沟通顺畅;⑥除肢体残疾外,无其他影响患者日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力的疾病;⑦知情同意。患者平均年龄(41.0 ± 16.3)岁;其中男117例,女81例;平均住院天数(59.4 ± 17.1)天;以美国康复医学会损伤分级(American injury association impairment scale, AIS)为标准判定^[6],其中A级42例(21.21%),B级14例(7.07%),C级45例(22.73%),D级97例(48.99%)。按照入院先后顺序,采用单双号抽签法,单号入叙事组,双号入对照组,将患者分成叙事组和对照组,每组99例。试验前,经 t 检验和 χ^2 检验,两组的一般临床资料基线均衡($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组一般临床资料比较

组别	例数	年龄(岁)	性别(例)		住院天数 (天)	文化程度(例)				损伤级别(例)				初始病因(例)					
			男	女		大学及以上	高中	初中	小学	A	B	C	D	创伤	脑血管病变	退变	感染	畸形	肿瘤
叙事组	99	40.9±15.6	59	40	58.2±13.8	13	26	40	20	20	7	23	49	45	25	5	7	7	10
对照组	99	41.1±16.9	58	41	59.7±14.3	14	23	39	23	22	7	22	48	46	25	5	9	5	9

1.2 康复治疗方法

叙事组和对照组患者在病情平稳后,均进行常规肢体康复。心理康复方面,叙事组进行叙事治疗,对照组进行常规

心理康复,包括自身心理调整,建立良好的医患关系,心理评估等。干预时间为患者住院期间病情平稳后的1个月,在此期间教会患者及家属叙事治疗的方法,以便其出院后自行实

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2017.10.014

*基金项目:江西省科技厅科技支撑项目(20151BBG70248,20151BBG70187)

1 南昌大学护理学院,南昌市八一大道461号,330006; 2 南昌大学第二附属医院康复科; 3 通讯作者

作者简介:贾书磊,女,硕士研究生; 收稿日期:2016-05-14

施。出院后每月电话随访1次,对患者的叙事治疗的开展情况进行监督指导,持续1年。

叙事治疗在日常交流或医患日记中进行,时间及频率没有硬性规定,但总次数不少于6次。医患日记在住院期间由患者和医护人员共同记录,以文字方式交流,此方式特别适用于一些情感细腻,性格内向,有一定文化程度的患者。出院后由患者与其家属或朋友继续在日记中交流。根据患者特质选择采用语言交流、文字的日记交流,还是两者均采用。治疗分为4个步骤。①患者讲述。采用叙事问话的方式对患者进行半结构访谈,提纲问题包括“现在最大的担心是什么?你对你的健康问题是如何看待的?你认为子女、父母、配偶、朋友、社会是什么态度?你未来的打算是什么?”等。②问题外化。就困扰患者最严重的问题,帮助患者提炼并命名问题,如心理方面的“压抑”、“个人价值”、“亲子关系”、“婚姻压力”等,身体功能方面的“排便”、“肢体锻炼”、“皮肤”、“疼痛”等,生活方面的“活动不便”、“个人卫生”等。此步骤非常重要,问题命名可为患者提供焦点和目标,使其对问题更有控制力,便于问题外化。如“排便”是患者最困扰的问题,我们要让患者明白,尿失禁或排尿困难等,是泌尿系统功能紊乱或神经源性的,不是患者本身的错,通过积极的治疗和锻炼是可以改善的,这时候将提炼出的“排便”问题,命名为“狡猾的小便”,就可以将问题外化。③寻找例外。帮助患者找出问题解决的可能性,打开通往重构故事的大门。如在交流和日记的细节中帮助有心情压抑问题的患者,识别自己舒缓心情的有效方式:“写日记能让我安静下来,去反思,去计划”,“在房间里唱歌让我很开心”,“和小孙子在一起玩就忘了烦恼”等,将这些有效方式进行强化,形成个体化的处理外化问题的方式和规律,如心情压抑时就写日记,将唱歌发展成兴趣爱好,多参加社区的唱歌文艺活动,定期与小孙子玩耍,教小孩子唱歌等。④重构故事。使患者思考“如果你从损伤中彻底康复了,你的生活会有什么变化吗?你能为这个目标做些什么?”构建患者未来的新故事,与第一步骤中患者讲述的原故事相比,新故事压迫性较少,解放性和选择性更多。

1.3 质量控制

叙事治疗由经过统一培训和考核的医生、护士、教师和医学生的叙事团队实施,掌握叙事和沟通技巧,治疗前对患者进行心理评估,根据患者的不同特质,配备不同的叙事治疗对接人员,制定个性化的治疗方案。采用访谈、电话、网络、日记、团体活动等方式,邀请患者的子女、父母、配偶、朋友共同参与叙事治疗。叙事团队每周开会总结,随时调整。叙事团队通过观察、电话、网络、面谈等方式,分别于住院期间每周,出院随访期间每月,对患者的依从性进行评价,评价指标包括访谈、写日记情况、态度、积极性和肢体康复锻炼情

况等,结果记录在评价表上。结果表明,除由于搬家、失去联系、不愿再参加等原因,叙事组脱落6人,脱落率为6.06%,对照组脱落8人,脱落率为8.08%以外,其他患者依从性良好,积极进行心理康复和肢体康复锻炼。

1.4 评价指标

分别用症状自评量表(symptom check list-90, SCL-90)、改良的 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)和世界卫生组织生存质量量表(WHO quality of life-100, WHOQOL-100)评价患者的心理状态、ADL能力和生存质量^[7],借此评价叙事治疗对患者心理、生理和生活的影响。MBI满分100分;SCL-90量表共90个条目;WHOQOL-100量表测试生理、心理、独立性、精神支持、社会关系、环境6个方面^[7]。两组患者出院后均随访1年,于康复治疗前和随访1年后分别评价患者的心理状态、自理能力以及生存质量。

1.5 统计学分析

采用SPSS 20.0进行统计。计量资料采用均数±标准差表示,统计方法为 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验进行比较。以 $P<0.05$ 为差异具有显著性意义。

2 结果

2.1 随访1年后两组患者心理水平的变化

康复治疗前,两组在各心理水平项目上均无显著性差异($P>0.05$)。对照组在治疗后各心理水平项目上均无明显改善($P>0.05$),叙事组在各项目上均有明显改善($P<0.05$),优于对照组($P<0.05$),见表2。

2.2 随访1年后两组患者ADL能力和生存质量的变化

康复治疗前,两组在ADL能力、生存质量总评分、各层面评分方面均无显著性差异($P>0.05$)。叙事组和对照组的ADL能力均较治疗前提高($P<0.05$),叙事组优于对照组($P<0.05$)。叙事组和对照组的生存质量总评分显著提高,叙事组优于对照组($P<0.01$),差异主要表现在心理层面(心理、独立性、社会关系、精神支持),见表3。

表2 两组康复治疗前及随访1年后 SCL-90评分的变化 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	叙事组		对照组	
	治疗前 (n=99)	随访1年 (n=93)	治疗前 (n=99)	随访1年 (n=91)
躯体化	2.42±0.71	1.89±0.18 ^{①②}	2.60±0.31	2.22±0.54
强迫症状	2.24±0.18	1.42±0.45 ^{①②}	2.23±0.76	2.05±0.78
人际关系敏感	1.83±0.33	1.05±0.52 ^{①②}	1.84±0.15	1.61±0.13
抑郁	2.13±0.86	1.46±0.43 ^{①②}	2.06±0.06	1.99±0.74
焦虑	2.07±0.82	1.32±0.55 ^{①②}	2.07±0.41	1.98±0.45
敌对	1.89±0.48	0.91±0.22 ^{①②}	1.98±0.38	1.84±0.07
恐惧	2.38±0.68	1.58±0.64 ^{①②}	2.57±0.69	2.47±0.65
偏执	2.62±0.91	1.11±0.92 ^{①②}	2.14±0.78	2.01±0.18
精神病性	2.45±0.18	1.78±0.57 ^{①②}	2.37±0.15	2.02±0.09

①与组内康复治疗前比较 $P<0.05$;②与对照组随访1年后比较 $P<0.05$

表3 两组康复治疗前及随访1年后ADL能力和生存质量(WHOQOL-100评分)的变化 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	叙事组		对照组	
	治疗前 (n=99)	随访1年 (n=93)	治疗前 (n=99)	随访1年 (n=91)
MBI评分	52.79±8.22	73.68±7.76 ^{①②}	53.29±5.64	60.02±6.73 ^①
生理	5.35±0.76	9.66±0.53 ^①	5.75±0.71	9.85±0.53 ^①
心理	9.41±0.66	19.15±0.74 ^{①②}	9.84±0.64	10.43±0.04
独立性	8.15±0.43	16.54±0.35 ^{①②}	8.38±0.08	8.95±0.24
社会关系	6.11±0.81	10.30±0.33 ^{①②}	6.24±0.40	6.92±0.38
环境	15.98±0.22	29.92±0.51 ^①	15.90±0.63	28.83±0.21 ^①
精神支持	2.34±0.32	3.54±0.34 ^{①②}	2.04±0.23	2.13±0.24
总评	33.61±0.52	73.16±0.31 ^{①③}	34.14±0.52	46.05±0.24 ^①

①与组内康复治疗前比较 $P<0.05$;与对照组随访1年后比较;② $P<0.05$,③ $P<0.01$

3 讨论

3.1 叙事治疗对肢体残疾患者心理的影响

本研究中,叙事组在各心理水平项目方面较对照组均有明显改善($P<0.05$),见表2,Jefferson使用叙事治疗的双重倾听进行心理危机干预^[8]。Sawa认为叙事可以促进患者对疾病的认知^[9]。武素宁^[10]提出叙事会增强医护人员对个体疾病的理解,促进其与患者之间积极关系。本研究中选取新发的残疾患者,不仅排除了干扰因素,而且在损伤的早期进行心理康复,效果更好^[1]。对于肢体残疾患者,需要长期康复,其心理状态影响着康复的整个过程。叙事的过程使患者讲述自己的经历,摆脱传统意义上将人视为问题的治疗观念,将肢体残疾的问题外化,残疾不是他个人的错,要做的是解决残疾这个问题,而他已经做了一部分,只不过没有察觉到,医护人员帮助他找出“例外”,即积极康复的行为,加以放大,帮助其建立信心,看到希望,重构生命故事,进而促进其积极地进行肢体功能康复。

3.2 叙事治疗对肢体残疾患者生活的影响

相关研究表明,心情抑郁、焦躁的患者,难以坚持肢体康复锻炼,进而影响其生理功能的恢复和生存质量^[11]。本研究中,叙事组在提高ADL能力($P<0.05$)和生存质量($P<0.01$)方面效果优于对照组,表明叙事治疗可以通过改善患者的心理状态,使患者积极进行功能锻炼,进而提高生存质量,见表3。心理状况的改善,可以引发一系列的连锁反应,使患者的生活向积极的方向发展,形成良性循环。肢体残疾的患者出院后大多在社区进行康复,如果患者能够在院内学会叙事的方法,如讲述、外化问题、反思日记等,进行自我心理成长,积

极康复,出院后继续采用叙事的方法自我治疗,从长远来看,可以节约大量的医疗资源。

3.3 本研究的局限

本研究通过患者讲述、问题外化、寻找例外、重构故事,4个步骤对肢体残疾患者进行叙事心理治疗,从结果来看,叙事治疗对肢体残疾患者的心理康复起到了积极作用,有利于患者的全面康复。但也存在着一些不足,如缺乏针对肢体残疾患者叙事治疗的专门的评价方法,而只是通过测量患者心理状况、自理能力和生存质量的方法来间接测量叙事治疗的效果。由于条件限制,对出院后的患者未继续进行叙事治疗,而只进行了定期电话随访,询问心理和肢体康复情况,可能会影响叙事治疗的效果。这也是在今后的研究中需要完善的部分。

参考文献

[1] 任艳苹,郭琪,李雨晴,等.我国社区康复医疗资源的现状与需求[J].中国康复医学杂志,2014,29(8):757—759.
[2] 密忠祥,程军,崔志茹,等.我国康复机构组织建设研究综述[J].中国医院,2012,16(6):2—4.
[3] 杨世欣.叙事疗法-话语下绽放的叙事自我[J].漳州师范学院学报,2013,(4):134—137.
[4] 胡文芝,廖美珍.心理治疗中间话的预设机制与语用功能[J].中国临床心理学杂志,2013,(1):165—169.
[5] 李建军,周红俊,孙迎春,等.肢体残疾神经学分类国际标准(第6版)[J].中国康复理论与实践,2014,(13):1—6.
[6] Yeon-Jae Jeong, Won-Cheol Kim, Yoon-Shin Kim, et al. The relationship between rehabilitation and changes in depression in stroke patients[J]. J Phys Ther Sci, 2014, 26(8): 1263—1266.
[7] 汪向东.心理卫生评定量表手册(增订版)[M].北京:中国心理卫生杂志出版社,2012.31—35.
[8] Singe Jefferson, Pavel Baglov, Meredith Berry, et al. Self-defining memories, scripts, and the life story: narrative identity in personality and psychotherapy [J]. J Pers, 2013, (6): 81—84.
[9] Sawa Senzaki, Takahiko Masuda, Keiko Ishii. When is perception top-down and when is it not? culture, narrative, and attention [J]. Cogn Sci, 2014, (7):94—97.
[10] 武素宁,陈越.叙事心理治疗对乳腺癌患者心理康复的影响[J].科技风,2016,(4):67—69.
[11] 梁娟,林成杰.我国脑卒中患者社区康复探讨[J].社区康复, 2012,27(4):316—318.