

• 脑神经康复 •

脑卒中患者的心理特点及治疗

杨明明

[关键词] 脑卒中;心理;康复

中图分类号:R743.3;R749.055 文献标识码:B 文章编号:1006-9771(2003)08-0471-02

目前,脑卒中有发病率上升、发病人群逐渐年轻化的趋势,并已成为致残的主要原因之一。脑卒中患者的心理特点是什么?应采取哪些治疗措施?笔者根据自己多年的临床经验介绍如下:

1 脑卒中患者的心理特点

1.1 思维方式改变 多数脑卒中患者有一定程度的认知功能障碍,多以表象或形象为思维的重要材料,常见思维方式有:①以自我为中心,思维中的各种观念互不联系、前后矛盾;②思维刻板,当注意力集中在问题的某一方面时,不能同时转移到另一方面;③情境性:心情依情境改变,行为受情绪左右;④不可逆性:患者常不能接受批评性语言。脑卒中患者思维方式改变的原因可能是最迟形成的神经联结受到损伤,使原有的基础思维神经环路启动,导致思维方式像儿童。

1.2 情绪控制能力减弱 脑卒中后,个体情绪管理的基本架构受损,初级神经环路被启用,因而对情绪的调节能力降低,控制能力减弱。由于情绪管理路径不仅管理抑郁情绪,而且还控制焦虑,故临床常见脑卒中后抑郁、焦虑情绪同时出现,而抑郁情绪减轻的同时,焦虑情绪也明显减轻。但情绪管理路径对抑郁、焦虑的控制并不完全相同,个体差异较大。

1.3 行为方式改变 约 86% 的脑卒中患者发病后表现为主动性差、惰性增强、意志力减退。这可能与脑损伤使后天形成的意志—行为调节环路受损,原有的幼年行为习惯突出有关,导致患者的行为表现与幼儿有许多相似之处。

2 脑卒中患者的心理康复治疗

2.1 否认期

2.1.1 临床表现:①对康复的期望值过高,不承认遗留残疾,常要求恢复到病前的身体状况,超过身体恢复的实际可能性;②忧伤、悲观和苦闷情绪一般较轻;③多数患者表现为惰性强、意志力减退。

2.1.2 治疗

2.1.2.1 多数脑卒中患者有认知功能障碍,对问题的

理解存在一定困难,因此,不宜将不良预后过早告之患者,不要打破他们的“梦想”,应鼓励患者积极参加康复训练,等到患者生活可完全自理后再酌情将预后情况告之。另外,在疾病的恢复过程中,患者也会逐渐认识自己的病情,如果在康复早期将不利的预后告诉患者,因情绪控制能力差,患者很容易产生焦虑及抑郁情绪。

2.1.2.2 心理治疗的重点在于促进患者早日达到生活自理,切忌讲得太多。在分析病情时,应重点给患者讲有利的一面,鼓励其积极进行康复训练,对今后的前途不做过多设想,而将不利的病情仅告之家属,避免引起患者情绪波动。

2.1.2.3 否认期选用哪种方法进行心理治疗要根据患者情况而定,最常采用的是行为疗法和认知行为疗法,系统地应用强化手段增进适应性行为,减弱或消除不适应性行为,并运用鼓励的方式使好的行为模式反复出现,保持下来。总之,要顺其自然发展,不要操之过急,允许患者有一适应、领悟和认知转变的过程。

2.1.2.4 心理治疗间隔时间应根据患者和家属的要求而定,一般 1 个月 1 次即可,若有需要可临时增加 1 次心理治疗。治疗时,可让家属在一旁,教给家属一些方法,使他们可以随时帮助患者。

2.2 抑郁期

2.2.1 临床表现 脑卒中患者感到病情严重时,否认期可逐渐或突然消失。一旦患者感到幻想完全破灭,忧愁压抑的心情就会占主导地位,此时,心情沮丧、苦闷、消沉、忧伤等悲观情绪反应成为持久和突出表现,严重者可产生失助感和绝望情绪,甚至出现轻生念头。除器质性抑郁症外,一般轻度抑郁较多(抑郁量表评定达到轻度抑郁标准)。

2.2.2 治疗 以往,多将脑卒中后的抑郁归于抑郁症,临床医生常采用抗抑郁药治疗。经过多年的临床实践和研究,笔者认为,脑卒中后的抑郁状态是一种既不同于抑郁症,又不同于一般抑郁心情的一组症状,因此,在治疗上也有其特点。

2.2.2.1 抑郁情绪明显时,首先要防止自杀等意外的发生。尽管脑卒中患者有自杀意念的仅 17%^[1],有自杀行为的极少(2‰),但如果发现患者有自杀意念时,应及时通知主管医师、值班护士、患者家属及同房病

作者单位:100068 北京市,北京博爱医院心理科。作者简介:杨明明(1948-),女,江苏江都市人,副主任医师,主要从事脑损伤患者的心理研究。

友,防止意外事件发生。同时,可采用支持治疗,辅导患者有效适应面对的困难,帮助其度过危机。

2.2.2.2 对脑卒中后抑郁,多数医生选用药物治疗,且认为百忧解的作用优于其他抗抑郁药。因此,百忧解常作为脑卒中后抗抑郁治疗的首选药物,而有关心理治疗的报道较少。笔者曾将 115 例脑卒中后抑郁患者分为心理治疗+百忧解药物治疗组和单纯心理治疗组,两组患者入院时在抑郁、焦虑情绪、认知功能及日常生活能力方面无显著性差异。2 个月后复查,两组患者在抑郁、焦虑情绪改善及认知功能、日常生活能力提高方面无显著性差异,表明心理治疗可帮助患者学会控制情绪反应的模式,效果不亚于药物治疗^[2]。

2.2.2.3 对器质性抑郁的脑卒中患者(临床表现为情绪低落、思维迟缓、活动减少^[3]),如果心理治疗效果不佳,可考虑药物治疗。

2.2.2.4 对脑卒中患者的心理治疗应注意以下几点:

①对认知功能严重障碍的抑郁患者,因其无法理解医生的话语,心理治疗针对的是家属,即指导家属如何帮助患者稳定情绪,配合康复训练;②中、重度认知障碍的抑郁患者均有记忆障碍,进行心理治疗时需有家属在旁记住医生的话,及时帮助和提醒患者,方法多采用行为治疗的鼓励技巧,帮助患者建立自信心;家属应督促患者积极配合康复锻炼,不要指责患者的不正确想法;③对轻度认知障碍的抑郁患者可采用认知—行为疗法,改变患者对自己说的内部语言,矫正他们的自我指导,减轻情绪障碍和无效行为;④有些患者对病情估计过重与实际不符,认为自己好不了,对此,应将实情告之,减轻患者和家属的心理负担;⑤有些患者虽有抑郁情绪,但对病情的康复仍抱有不切实际的幻想,期望能恢复到病前的状况,抑郁仅是针对目前偏瘫的现状;由于多数脑卒中患者采用的思维方式与健康的同龄人不同,进行心理治疗时不要打破患者的梦想,应鼓励他们积极康复,随着身体的好转抑郁消失后,再逐渐帮助患者了解身体恢复的可能性,否则将事与愿违,患者一旦得知实情会加重抑郁,患者及其家属都会埋怨医生,对病情的恢复也不利,这一点与其他抑郁的治疗不完全一样;⑥对少数脑卒中后认知功能正常的抑郁患者,可采用认知疗法、患者中心疗法等治疗方法。若抑郁的原因与家庭状况有关,可单独与患者交谈,但所有的心理治疗时间不宜太长,内容不要太多,重点应放在身体康复方面,争取获得较好的康复疗效。

2.3 反对独立期

2.3.1 临床表现:①对康复不抱希望或期望值与现实相符;②主动反对自己照顾自己,凡事不想自己动手,尽量依靠别人帮助;③自觉懒散乏力、精神不振,满足现状不想参加康复锻炼;④绝大多数脑卒中患者意志

力减退,主动性差、惰性强的表现比其他疾病患者更明显;⑤抑郁症状较少,达不到轻度抑郁标准。

2.3.2 治疗 反对独立期的不适应行为是患者重复行为的一部分,可以通过另外的学习进行矫正。

2.3.2.1 行为疗法 先不探讨患者的认知和情绪问题,鼓励患者积极参加康复训练,通过锻炼减少脑卒中并发症。

2.3.2.2 认知行为疗法 如果要改变行为,必须让患者在行动前先想一想,改变引起患者无效情绪和行为的内部语言,重新概念化的内部语言能使不适应行为去习惯化,为产生新的适应行为提供基础。

2.3.2.3 社会学习法 将一些积极锻炼、恢复较好的病友介绍给患者,鼓励患者与他们接触,增加患者新的适应行为,使其在相同情况下得到更大的满足,降低不适应行为的潜能。

2.3.2.4 治疗方法选择 脑卒中患者依赖性强,在行为上普遍表现不适应。因此,在治疗方面要灵活处理,可参照抑郁期的治疗方法,并在治疗中随时加用强化、放松、行为限制等心理治疗技术。

2.4 适应期

2.4.1 临床表现:①承认自己有一定程度的残疾,了解身体康复的现实可能性,接受现实,无不切实际的幻想;②尽最大努力将事情办好,并做了最坏的打算;③生活上努力自己照顾自己,尽量少依靠别人,并根据自己的身体情况做些力所能及的事情;④能较理智地分析问题、处理问题,采取有效措施应付悲痛、忧伤、愤怒等情绪冲动,心情压抑程度减轻或消失。

2.4.2 治疗 因多数脑卒中患者有认知功能障碍,进入适应期后虽然能有所改善,但与正常人相比仍有差别,故心理治疗的方法仍以行为治疗和认知—行为疗法为主,目的是帮助患者巩固疗效,坚持采用正确的方式进行康复训练,争取恢复到最佳状态。

2.5 各期之间的转换 大多数脑卒中患者并不按顺序经过以上各期,90%的患者有过否认期,40%的患者经历过抑郁期,26%的患者在反对独立期停留过,60%的患者最后能进入适应期。否认期反复出现的情况最常见,心理治疗应参考各期的治疗方法。

总之,对脑卒中患者要掌握其特点,有针对性地进行心理治疗,这样才能取得良好的疗效。

[参考文献]

- [1]杨明明.脑卒中后抑郁及相关因素分析[J].中国康复理论与实践,2001,7(4):159-160,162.
- [2]杨明明.脑卒中后抑郁治疗的初步探讨[J].中国康复理论与实践,2002,8(9):542-544.
- [3]范肖冬,汪向东,于欣,等.精神与行为障碍分类[M].北京:人民卫生出版社,1994,54,97-103.