

## 理性情绪疗法对脑卒中后抑郁康复治疗的影响

宋峻<sup>1</sup>, 陆雪松<sup>2</sup>, 封海霞<sup>2</sup>

[摘要] 目的 观察理性情绪疗法对脑卒中后抑郁康复治疗的影响。方法 62 例脑卒中后抑郁患者随机分为理性情绪疗法组和对照组, 每组 31 例。分别于治疗开始前和治疗结束时, 应用汉米尔顿抑郁量表(HAMD)及 Barthel 指数(BI)进行测评, 比较两组的治疗效果。结果 治疗结束时, 理性情绪疗法组患者的 HAMD 和 BI 评分明显好于对照组( $P < 0.01$ )。结论 理性情绪疗法能明显改善脑卒中后抑郁患者的抑郁症状, 提高患者生活质量。

[关键词] 脑卒中; 抑郁; 理性情绪疗法

Effect of Rational-emotive Therapy on Rehabilitation of Patients with Depression after Stroke SONG Jun, LU Xue-song, FENG Hai-xia. Changzhou Welfare Institution, Changzhou 213004, Jiangsu, China

**Abstract: Objective** To observe the effect of rational-emotive therapy (RET) on rehabilitation of patients with depression after stroke. **Methods** 62 hemiplegic patients with depression after stroke were randomly divided into the RET group and control group with 31 cases in each group. All patients were evaluated with Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) and Barthel Index (BI) before and after treatment. **Results** After treatment, the scores of HAMD and BI of the patients in the RET group was superior to those in the control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** The rational-emotive therapy is effective to improve not only depressive symptoms but also the quality of living.

**Key words:** stroke; depression; rational-emotive therapy

[中图分类号] 743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)02-0126-02

[本文著录格式] 宋峻, 陆雪松, 封海霞. 理性情绪疗法对脑卒中后抑郁康复治疗的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(2): 126-127.

脑卒中后抑郁是脑血管病常见的并发症, 可使患者神经功能缺损的恢复时间延长, 明显影响生活质量, 增加脑血管病的死亡率<sup>[1]</sup>。我们用理性情绪疗法(rational-emotive therapy, RET)治疗脑卒中后抑郁患者, 并与对照组进行对照研究, 现将结果报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 脑卒中患者 62 例, 均系首次发病, 发病时间  $> 1$  个月, 平均发病时间  $(36.1 \pm 8.3)$  d, 临床诊断符合 1995 年全国第四次脑血管病会议通过的标准<sup>[2]</sup>, 符合(CCMD-2-R)脑血管病所致精神障碍诊断标准, 汉米尔顿抑郁量表(Hamilton Rating Scale for Depression, HAMD) (17 项)  $> 17$  分, 并经 CT 或 MRI 证实, 除外有明显意识障碍、感觉性失语、混合性失语及精神障碍既往史或家族史阳性者。随机将患者分为康复组(RET 组)和对照组, 各 31 例。康复组中, 男性 20 例, 女性 11 例, 年龄  $(60.4 \pm 8.4)$  岁; 脑出血 10 例, 脑梗死 21 例; 受教育年限  $(8.2 \pm 3.3)$  年; 对照组中, 男性 22 例, 女性 9 例, 年龄  $(58.9 \pm 8.9)$  岁; 脑出血 8 例, 脑梗死 23 例, 受教育年限  $(9.1 \pm 2.8)$  年。两组患者的性别、年龄、卒中类型、平均受教育年限等差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。

1.2 方法 两组患者均接受一般改善脑代谢药物及对症处理, 同时采用相同的康复训练, 由专治

疗师对患者进行各偏瘫关节的功能训练及翻身、起坐、站立和步行训练。康复组在此基础上, 每周进行 2 次个别心理治疗, 具体实施步骤如下: 医护人员首先与患者建立良好的工作关系, 帮助患者建立自信心, 在与患者沟通过程中, 摸清患者所关心的各种问题, 明确引起患者情绪反应的不合理信念, 然后逐步让患者认识到哪些信念是不现实的、不合乎逻辑的, 也是没有根据的。协助患者用合理信念代替不合理信念, 建立新的情绪, 同时布置一些相关的认知家庭作业巩固疗效, 最后通过对患者进行再教育, 让患者学会逻辑、科学地思考, 以达到治疗的目的。此疗法连续 6 周为 1 个疗程。

1.3 研究指标的评测方法 应用 HAMD 评定抑郁症状, 用 Barttel 指数(Barthel Index, BI)评定日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力。评定由经过培训的专业医师完成, 于治疗前及治疗 6 周后各评定一次。

1.4 统计学处理 计量资料均以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用 SPSS 10.0 统计软件进行  $t$  检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

治疗前, 两组患者的 HAMD 与 BI 评分差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ); 经 6 周治疗后, 两组的评分差异有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ), 康复组的疗效明显优于对照组(见表 1)。

## 3 讨论

目前, 对脑卒中抑郁的发病机制尚不清楚。一般认为, 卒中后抑郁的病因可能与卒中后病程有关, 早期

作者单位: 1. 常州市福利院, 江苏常州市 213004; 2. 东南大学附属中大医院康复科, 江苏南京市 210009。作者简介: 宋峻(1967-), 男, 江苏常州市人, 主治医师, 主要研究方向: 脑卒中康复。

更可能与脑损伤后神经生物学因素密切相关<sup>[3-5]</sup>,而后期发生的抑郁则更多地取决于患者的神经功能缺损程度、心理、社会及人格因素相互影响、相互作用的长期适应情况<sup>[6]</sup>。因此,对卒中后抑郁患者的治疗,除应进行生物学因素治疗外,尤其应特别重视心理康复<sup>[7]</sup>。

表 1 两组患者治疗前后 HAMD 及 BI 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

项目	时间	康复组	对照组	P
HAMD 评分	治疗前	20.6 ± 5.6	19.1 ± 5.3	> 0.05
	治疗后	11.3 ± 4.2	15.5 ± 4.4	< 0.01
BI 评分	治疗前	39.1 ± 10.1	40.4 ± 9.9	> 0.05
	治疗后	62.4 ± 8.2	48.9 ± 7.6	< 0.01

RET 是 20 世纪 50 年代由 Ellis 在美国创立的,是认知疗法的一种。Ellis 认为,人的情绪和行为障碍不是由于某一激发事件(activating event, A)直接引起,而是由于经受这一事件的个体产生的不正确认知和评价所引起的信念(belief, B),最后导致在特定情景下的情绪和行为后果(consequence, C),这就是 ABC 理论。通常认为,情绪和行为后果的反应直接由激发事件所引起,即 A 引起 C。而 ABC 理论指出,诱发性事件 A 只是引起情绪及行为反应的间接原因,而人们对诱发性事件所持的信念、看法、解释 B 才是引起人的情绪及行为反应 C 的更直接的原因。

脑卒中后抑郁患者常存在一些不合理信念(B),如绝对化要求,要求自己绝对健康;对事件的评价以偏概全,偏瘫后认为自己可能好不了,糟糕透顶;患了脑血管病后,认为自己这下变成了无用的人了等等,这些不合理的信念或看法极易使患者陷入情绪的困扰,导致自我挫败,直接导致抑郁症的产生(C),阻碍神经功能康复,严重影响患者的生活质量<sup>[8]</sup>。传统的康复治疗仅对脑卒中诱发事件(A)进行相应治疗,而忽视了患

者患病后的一些非理性信念,若不消除这些不良的信念,对患者肢体的康复极为不利<sup>[9]</sup>。因此,对卒中后抑郁患者的治疗,应特别重视患者的一些不合理信念,用理性信念代替非理性信念,调整患者的心理状态,从而促进肢体功能康复。

本研究结果显示,治疗前两组患者的 HAMD、BI 评分差异均无显著性意义;治疗 6 周后,康复组各项评分均明显高于对照组,表明 RET 不仅能促进脑卒中后抑郁情绪的改善,同时对脑卒中后神经功能的治疗也有明显疗效,因此本法可在临床进一步实践和推广。

[参考文献]

[1] 龙洁,刘永珍,蔡焯基,等.卒中后抑郁状态的发生率及相关因素研究[J].中华神经科杂志,2001,34:145—148.  
[2] 中华神经科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29:379.  
[3] 冯海霞,石秀娥,王兴武.脑卒中后抑郁的研究进展[J].中国康复理论与实践,2006,12(11):931—933.  
[4] 梁翠萍,吕佩源.脑卒中后抑郁研究进展[J].中国康复,2007,22(1):52—53.  
[5] 李踔,倪朝民.脑卒中后抑郁[J].中国康复理论与实践,2005,11(1):25—27.  
[6] 陆雪松,陆兵勋,周曙.卒中后抑郁的抗抑郁治疗[J].临床神经病学杂志,2007,20(1):68—69.  
[7] 马艳,李洁,罗利俊,等.心理治疗对脑卒中抑郁患者肢体运动功能的影响[J].中国康复,2005,20(6):362.  
[8] Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression[J]. Biol Psychiatry, 2003, 54(3): 376—387.  
[9] Fure B. Depression, anxiety and other emotional symptoms after cerebral stroke[J]. Tidsskr Nar Laegeforen, 2007, 127(10): 1387—1389.

(收稿日期:2007-07-03)