

## 脊髓损伤患者的心理特点及治疗

杨明明

[关键词] 脊髓损伤;心理特点;心理康复

中图分类号:R683.2,R749.055,R493 文献标识码:B 文章编号:1006-9771(2003)02-0100-03

脊髓损伤所致截瘫患者的心理变化过程大致分为震惊期、否认期、抑郁期、反对独立期和适应期,但由于患者的人格特点、身体情况、文化背景、风俗习惯、社会环境的不同,其心理表现不完全一样,可以经历 5 个时期的全部过程,也可能只经历其中 1—2 个时期。

### 1 震惊期 (Shock)

震惊是一种感情上的休克,易发生在伤后患者不能正视和接受打击,甚至不敢想象它的后果时。

1.1 临床表现 被病情吓呆,不知所措,或沉默、无感觉、无反应。感情和身体的麻木可持续短时间或几天。

1.2 治疗:①医护人员和家属应密切注意患者的情绪变化,给予紧急的照顾和处理;②一般采用解释、安慰为主的支持疗法,减轻患者的恐惧不安情绪;③可根据病情给予少量镇静药物。

仅有少数截瘫患者经历震惊期,绝大多数患者因为受伤时并没想到会截瘫,因此可无震惊现象出现。

### 2 否认期 (Denial)

否认指拒绝承认所处境况及其影响,是个体用于应付痛苦的思想或情感的一种基本方式。

2.1 临床表现 患者对自己的伤残或疾病抱有侥幸心理,对病情产生部分或完全曲解以躲避心理负担与痛苦。具体表现有:①对康复的期望值过高,超过身体恢复的实际可能性,不承认终身残疾;②忧伤、悲观、苦闷情绪一般较轻。

否认心理可保护个体免受情感痛苦,暂时保护患者,使其有时间慢慢承认疾病或损伤的存在,抵挡不愉快的现实,减轻忧伤悲痛的情绪,暂时不降低康复疗效。但否认并不是没有代价的,它不可能使患者摆脱长期的精神痛苦。否认是在潜意识下进行的,是一种心理防御机制。当一个人在心理上受到挫折、伤害时,可用许多方法来应对和适应。否认是把个体和现实的关系稍微修正一下,否认事实的真相,相信没有这个事实以躲避心理上的痛苦,使个体容易接受挫折或伤害,不至于引起情绪的过分悲伤和不安。由于大多数患者对病情不了解,加上家属和医护人员的反复安慰,所以

绝大多数患者都会经历此期。

### 2.2 治疗

2.2.1 直接对抗否认可导致患者反感和退缩,应采取真诚的而不是对抗性的态度教育患者,允许患者对其主观感觉到的能力进行测试,并鼓励他们做出有根据的判断。

2.2.2 医生是否将实情告之患者,要视患者的心理承受能力,有的患者得知将终身残疾后变得更加坚强,这样的人可将实情告之。

2.2.3 多数患者很难接受截瘫的事实,医生若将实情告之,则打击太大可使其迅速进入抑郁期,甚至出现自杀意念。因此,应将病情分几部分、数次告诉患者,并注意语气要缓和,使其在思想上有一个适应过程。

2.2.4 部分患者可逐渐从周围病友、医护人员处了解病情。因此,应鼓励患者多接触病友,积极参加康复锻炼,听从医生的指导,理智看待自己的病情。这种方法虽然见效慢,但可随患者人格的不同,使其自己找到合适的途径接受现实,故认知变化进展平稳。

### 3 抑郁期 (Depressive Reaction)

随着患者对病情的了解,否认期可逐渐或突然消失而进入抑郁期。此时,患者面对现实,承认终身残疾,忧愁、悲伤的心情占主导地位。由于患者的人格特点、残疾程度、周围社会环境不同,再加上对残疾认识的差异,可有轻重不同的抑郁情绪及长短不等的抑郁期,一般长达 1 个月以上。

3.1 临床表现:①情绪悲观、压抑、苦闷,有时饮泣无语或哭叫连天,自评抑郁量表和/或汉密顿抑郁量表检测达到轻度以上抑郁诊断标准;②有无用感、自暴自弃、自罪自责等心理,放弃治疗,自感无路可走、无可奈何、悲愤自怜,对生活失去信心,对前途悲观失望,严重者可导致失助感和绝望情绪,甚至出现轻生意念和自杀行为;③对周围环境反应迟钝,感情麻木,缺乏活力;自觉懒散乏力、精神不振,干事缺乏信心;对周围任何事情均不感兴趣,少言寡语,对赞扬无反应,愉快感消失;④出现社会退缩,与他人接触由主动变为被动,害怕与外界来往,怕被别人瞧不起;对以往的兴趣失去兴趣或兴趣下降,故作姿态极力掩饰,疏远周围的人;夸大自己的弱点、自我评价降低;⑤持续表现警觉、易激

惹、易激动、易发脾气、易受惊、过分警惕,有些患者外露出愤怒情绪,将受外伤或失去能力的愤怒转移发泄到家属或康复工作者身上;⑥躯体化:情感痛苦可通过躯体的一些模糊症状表现出来,如感到头脑不清楚、注意力不集中、反应迟钝、心跳快、饮食减少、体重下降、性欲降低、睡眠障碍(失眠或早醒)、无故疲劳等。

抑郁症状多因患者认识到终身残疾,对前途悲观失望而引起。少数患者可因残疾后家庭关系破裂、经济困难、事业受损、人际关系紧张、对本单位或肇事者的做法不满意等种种困境而诱发抑郁。

### 3.2 治疗

3.2.1 抑郁情绪明显时,首先要防止自杀情况的出现。如果发现患者有自杀的企图时,应通知主管医师、值班护士、患者家属或陪护,以及同房病友,关注患者动向,防止意外事件发生。同时,可采用支持治疗,辅导患者有效地应对伤残现实,帮助其度过危机。

3.2.2 有些患者本来有严重的抑郁情绪,如果突然变得心情开朗,应寻找原因。因为个别患者找到自杀的方法后会感到心理解脱,情绪可变得平稳,对这样的患者应该密切注意,及时给予心理治疗。

3.2.3 大部分患者有自杀的意念却很少采取行动,因为他们怕自杀未遂会使残疾加重。有的患者是将自杀作为一种求救的信号,希望大家对他的痛苦能够给予足够的重视。个别患者的抑郁症状表现为愤怒情绪,他们将自己的情绪向外界发泄,很可能做出过激的伤害他人的事情,此时应及时阻止,以防发生意外事故。

对以上情况应采用合理情绪疗法,此法在急症时往往能起到立竿见影的效果,但需要:①首先弄清患者情绪障碍的原因;②使患者领悟到只有改变不合理的信念才能减轻以至消除目前存在的各种症状;③采用辩论方法使患者真正认识到他们不合理的信念是不现实、不合逻辑、站不住脚的;④教育患者改变原有的不合理信念,现实看待外界及自身,消除不合理情绪。

3.2.4 对认识不到自己的认知错误,但愿意接受帮助的患者,可采用认知疗法:①采用探讨式的态度,向患者提出一些特定的问题,鼓励其谈出自己的看法,将他引导到一个特定的问题范围,显出他的错误观念;②从解决边缘表层问题开始逐步靠近中心,揭示深层问题,最后解决该问题;③用正确思维方式产生的适应观念代替错误观念,最终使其行为和情绪适应社会生活。

3.2.5 有些患者抑郁症状较轻,有能力解决自己的问题,或者自信心较强,比较顽固,不愿听从别人的指点,不想得到外界的帮助。对这样的患者,可采用患者中心疗法:①提供一种适宜的谈话气氛,帮助患者自己寻找答案或自己解决问题;②以真诚的态度鼓励患者发泄内心情感,对其所讲的事件不做任何评价和指引,仅

表示理解,使患者能够畅所欲言;③不论患者暴露什么情绪,表达的事情内容多么不可思议,治疗者始终对其表示充分的理解和信任,使患者开放自己的经验,有信心自我指导,充分发挥自己的潜能,使行为富有创造力和独特的适应性,使自己的价值得到充分的表达,趋向自我实现的目标。

3.2.6 由于患者人格特征、思维方式、处理问题的态度各异,残疾后抑郁的表现及认知也各不相同,很难找出一种理想的治疗方法。如果不能灵活处理各种细微的情绪认知变化,易产生阻抗使治疗难以进行。此时,因人施治显得非常重要。根据患者人格特点和现存的问题,可采用折中主义(方法任选)心理治疗:①全面分析患者的问题、心理障碍、人格特点、治疗环境及治疗者的技术特长;②不以任何理论为指导,仅以患者的问题为指导,对以上变量进行匹配和组合,建立一种恰当、注重实效、包括很多不同理论和技术的治疗方案;③以一种理论为指导,兼用其他方法(不影响整体理论方向);④在治疗过程中根据患者的瞬间变化,不断调整治疗方案,加强患者积极的自我评价,减弱消极的自我评价,保持有效的心理活动,促进患者心理康复。

### 4 反对独立期(Reaction Against Independence)

随着悲伤、忧愁心情逐渐减轻,情绪相对平稳,患者开始为自己打算。他们想尽各种办法为自己谋取利益,以残疾作为谈判的条件,不想参加工作,希望尽量依靠单位和社会的照顾。有些患者在得知自己会终身残疾后,深感自己无能为力,怕被社会抛弃,凡事都想依靠别人的帮助,一旦失去帮助就会产生孤立无援的感觉。以上种种原因形成的症状组成反对独立期。

4.1 临床表现:①在经济或生活上尽量依靠社会、单位和他人的帮助,不想自己奋斗,不愿发挥自己的潜能;②抑郁症状较轻,达不到轻度抑郁标准;③自动反对自己照顾自己,凡事不想自己动手,尽量依靠别人;④懒散乏力,精神不振,满足现状,不想参加康复锻炼,找种种借口躲避治疗;⑤一些公费医疗的患者,虽然已经达到出院标准,但不想离开医院,找种种理由延期出院或不断转院、转换治疗科室,以求长期住院;⑥本人或依靠亲友不断向单位要待遇,以达到长期依赖的目的;有时利用某些行为作为谈判、磋商的条件,希望改变或减少损失,若不能如愿便退回到愤怒或抑郁状态;⑦患者早期惯用的心理防卫机制可能是依靠。

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

4.2.1 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锻炼,通过锻炼减少截瘫后的并发症,减轻患者的痛苦。

4.2.2 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,改变能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。

**4.2.3 社会学习方法** 提醒患者与一些已适应残疾的患者(尤其是与他本人脊髓损伤平面相同的患者)接触,增加患者新的适应行为,使其在相同情况下带来更大的满足,降低不适应行为的潜能。

**4.2.4 治疗方法的选择** 反对独立期患者的情况比较复杂,心理障碍的主要原因是与所处社会环境之间协调不当,在行为上表现为不适应。因此,在治疗方面也要灵活处理。若患者态度不明朗、掩饰多、与治疗者有隔阂,可选用行为疗法;对认知顽固、依赖性强的患者选用社会学习疗法;对能听进治疗者意见的患者选用认知行为疗法。

在以上治疗方法中,可随时加用心理治疗技术,如强化、放松、行为限制等。

## 5 适应期 (Adaptation)

随着时间的推移,大部分患者可对身体残疾逐渐适应,接受自己的形象,悲伤情绪慢慢减轻,自尊、自信增强,同时,能面对现实较理智地考虑问题,开始为自己的前途着想,考虑如何发挥自己的潜能,从事新的职业,从而进入适应期。

**5.1 临床表现:** ①承认自己有不同程度的终身残疾,清楚了解身体康复的可能性,接受现实,无不切实际的幻想; ②尽最大努力将事情办好,做了最坏的打算; ③在经济上、生活上努力做到自理,尽量少依靠别人; ④能较理智地分析问题、处理问题,主动采取积极有效措施应付悲痛、忧伤、愤怒等情绪冲动,心情压抑减轻或消失; ⑤准备带着残疾重新开始生活和工作,根据自身残疾情况、个人特长、社会环境等因素选择适当的新职业,在新的工作岗位上发挥自己的能力和行为上有一致的表现。

## 5.2 治疗

**5.2.1 适应期最突出的心理障碍**是患者面对新生活感到选择职业困难。多数人已无法从事原来的工作,需要重新选择。因此,求职咨询和职业前培训成为主要问题,治疗者应在这方面给患者提供信息,同时充分发挥患者自身的潜能,扬长避短,努力适应当地的环境,融入到社会之中。

**5.2.2 多数患者**残疾后在医院或家中长期治疗休养,很少接触社会,对进入社会与人来往感到心理压力较大,面对他人指手画脚的议论不知所措,害怕讽刺和嘲笑。对此,可选用患者中心疗法或认知疗法,使其从自我矛盾中解放出来,减少防御,采用较成熟的心理防御机制如压抑、升华、利他、幽默等方法来现实看待问题,具体有效地解决问题,增强自信心,减少“内射”现象,

不管别人怎样看,都能自我引导行为适应社会,朝着既定的目标前进。

**5.2.3 适应期患者**已有自我辨别能力,已接受和适应自己的失能状态,需要重新考虑自己的前途,思想波动较大。此期多采用患者中心疗法,及时引导,为其提供继续探索自己信心的气氛,使他体验到一种期望、一种动力、一种自我价值的发现。这样自尊、自爱、自信就会进一步提高。在这种自我探索的气氛下,患者容易接受治疗者的意见,将它变成自己认知的一部分,同化整合到自我概念之中,使个体的自我防御减少,客观认知现实,有效解决问题,使心理接近最佳水平。

**5.2.4 对适应期患者**的每一步努力都应该支持、强化,使其行为保持下去。可采用系统脱敏疗法帮助患者想象可能遇到的困难情境,使其在真正遇到时能够有心理准备,心情较平静,有克服困难的勇气,掌握解决问题的方法,能有效地对付挫折。

## 6 各期之间的转化

截瘫患者不一定都按顺序经过以上 5 个时期,有 98 % 的患者经历过否认期, 78 % 的患者经历过抑郁期, 80 % 的患者在反对独立期停留过,仅有 50 % 的患者能进入适应期。各期反复出现的情况经常发生,心理治疗可参考各期治疗方案。

**6.1 少部分患者**可反复出现否认,一个新的医院,一种新的疗法都可以使他们破碎的心又燃起希望,否认现实。少数人可不经抑郁期,由否认期进入反对独立期,表现为感情麻木,对现实问题不予考虑,过一天算一天。极少数患者从否认期直接进入适应期。这些人有较强的意志力,有很好的领悟和适应能力,截瘫后能及时得到社会的帮助,减少了他们进入社会的阻力。

**6.2 抑郁期的患者**一旦有了新的希望可进入否认期。但也有人一旦明白忧伤、悲观的情绪不能解决问题,必须战胜残疾,做一些有益的事情才没有白活一生后,可由抑郁期进入适应期。

**6.3 反对独立期的患者**可因意外的惊喜(如看到截瘫有望治愈的报道)而进入否认期,当生活和/或治疗上遇到新的问题又可回到抑郁期或反对独立期。

**6.4 适应期的患者**可因家庭矛盾、经济困难、新的挫折而进入抑郁期,也可能由于进入社会的阻力大,自身难以承受退回到反对独立期,但回到否认期的可能性较小,因为患者对截瘫已有一定的了解。

在适应期,除了少数患者性格变得比截瘫前更坚强外,大多数人的心理承受能力是脆弱的,一旦遇到问题很容易将困难与身残累加在一起考虑,心情再度抑郁,甚至出现自杀意念。因此,对截瘫患者的心理治疗和支持是长期的。

(收稿日期:2002-12-12)