

· 综述 ·

脑卒中后抑郁症的心理康复

张鲁诚 宋世庆 王承莲 朱爱梅

脑卒中包括急性脑出血和急性缺血性脑血管病。脑卒中患者的心理反应比其他许多疾病的心理反应更为严重,因为其他许多疾病造成的功能丧失是逐渐发生的,患者有一定的适应时间,而脑卒中患者身体功能的丧失是突然发生的,缺少一个逐渐适应的过程。因脑部受损的部位、范围、程度不同及个体性格的差异可产生较重的心理、情感障碍,极易导致中风后抑郁症(PSD)。

脑卒中后病人的心理特点

一、危急阶段

发病后,以慌乱和严重焦虑为特征。由于对自己的病情不了解,不知该病的特点和预后,多数患者因对死亡的恐惧而焦虑不安,甚至有惊恐等剧烈情绪变化。

二、治疗阶段

由于最初几周恢复速率较快,轻型患者早期有所恢复,许多患者容易盲目乐观,产生过高期望。在迅速康复回归社会的心理驱使下,治疗积极。

三、残疾阶段

由于运动、语言功能恢复需要较长时间,一般为数月或一年以上,相当一部分患者出现残损(impairment)、残障(handicap)^[1],被迫接受偏瘫、失语、认知功能障碍。患者逐渐意识到自身身体发生了一定的缺陷,其相应的行为和心理活动在心理学上被定义为标签效应(label effect)。标签效应的直接结果是引起患者的情绪波动和心理失衡,自感失去工作、生活、社交能力而产生压抑、焦躁、怨恨、愤怒心理,表现为不与医护人员合作、治疗积极性不高、爱发脾气及对家属的督导反感。因不能改变残疾现状而自卑自责,甚至拒绝治疗,产生轻生念头^[2,3]。

四、适应阶段

经过治疗及心理调适,能够认同并适应现状。但某些患者达不到这个阶段。

抑郁症产生的原因

抑郁是脑卒中患者发生最多的情感障碍,从抑郁情绪到抑郁症是疾病由量变到质变的飞跃^[4]。病后 3 个月~1 年有 2 次发病高峰,发病率为 30% 左右。据 Stakstein 等 1998 年报道,50% 的脑血管病患者患有程度不同的抑郁症^[5]。但是,根据 WHO 多中心合作资料显示,15 个国家和地区的内科医生对抑郁症的识别率平均仅为 55.6%^[6]。脑卒中后抑郁症的发生原因尚不十分明确,单胺假说提示着中枢单胺功能的损害,包括 5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(NE)绝对浓度的不足,递质耗竭研究显示其不足与抑郁症状相关。然而,单胺缺陷对抑郁症

的确切作用尚有争议。所以,抑郁症产生的原因仍有待于基因工程及神经心理学基础理论的进一步研究^[7,8]。年龄与社会经济状况不是产生抑郁症的主要原因,躯体残疾程度与抑郁症的发生有相关性,这与北京宣武医院脑血管病研究中心的结论相符^[9]。有的学者发现,左半球病变,特别是左额叶病变、病灶过大、脑萎缩等均与抑郁症的发生密切相关,因此怀疑抑郁症可能与脑卒中损伤了特殊神经解剖通路有关。

我们认为,产生抑郁症的原因,一是脑卒中后特殊的心理反应,二是脑卒中患者的人格特征,三是诱发内源性抑郁物质。由于遗传、生活环境、学习经验、性别、性格特征等内在机制的差异,脑卒中后心理反应呈现不同的个体特征,认知功能和内心感受可完全不同。据我们观察,凡躯体残疾者几乎都存在抑郁,但抑郁程度往往不全取决于病残的性质和程度,更取决于患者的人格特征、认识评价和应对方式。脑损伤后存在着一个受神经生物学和心理因素联合影响的长期适应问题,由于大脑皮层功能的紊乱,导致高级神经系统对情感释放失控,加之丘脑下部机能失调,这是导致抑郁症的生物学基础^[10]。抑郁症主要表现为情绪低落、兴致索然、悲观沮丧、孤独少语、头痛失眠、焦躁不安、思虑过度、动作减少、反应迟钝、自理能力低下、认知功能障碍,甚至自杀^[11]。

抑郁症心理康复的步骤

与躯体康复相比,心理康复更容易被忽视。筛查抑郁症对于医生很重要^[12],对脑卒中中的康复也十分必要。抑郁症的筛查没有可依赖的生物学指标,采用 Zung 氏抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)进行初筛,再用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评定是常用的基本方法^[13,14]。心理康复应与躯体康复同步进行。在脑卒中的康复治疗过程中,使用诸多药物的目的为改善脑部微循环、保护脑细胞活力及促进正常代谢但对抑郁症的康复,效果不显著。重症抑郁症发作在 6~8 周内很少自发缓解,对安慰剂治疗也很少起反应^[15],要投入抗抑郁的药物配合治疗。常用的药物有单胺氧化酶抑制剂(MAOIs)、三环类(TCAs)抗抑郁药物、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRT)等。抑郁症的康复对患者功能康复与生活质量的改善都有重要影响。

心理康复可按下列步骤进行:

一、筛查诊断阶段

这是康复治疗的基础。诊断明确才能针对性的施以措施。要了解患者的一般情况,如家庭状况、文化背景、生活习惯、个性特征(如强精神质内向个性)、诱发事件及脑卒中后的心理反应、抑郁程度等,找出主要矛盾。根据患者的认知和语言能力,进行心理测评,但不要片面理解测评结果。

二、领悟修复阶段

在弄清诊断的基础上,与患者一起分析为什么会产生抑郁心理,它是由哪些不合理的理念引起的?即所谓“修通”。让患

作者单位:264000 烟台,青岛大学医学院附属烟台毓璜顶医院康复医学科

者通过认识的改变,以合理的理念代替消极因素^[16]。

三、再教育阶段

帮助患者以合理思维方式分析问题,制定切实可行的计划,并用于实践中。脑卒中进入恢复期后,病情稳定,残疾肢体恢复到一定程度,康复的原则是:一方面促进功能恢复,取得信心,另一方面预防复发。

抑郁症心理康复的方法

心理治疗包括认知疗法、精神分析疗法、行为疗法、家庭治疗、合理情绪疗法、认知领悟疗法、森田疗法、催眠疗法、疏导疗法、暗示疗法、气功疗法等,每种疗法都有自己的理论学说和独特的方法^[17]。目前一种观点认为脑卒中后患者有多方面的恢复潜能,应采取各种措施促进这些潜能的发挥。利用生物反馈技术调动患者的潜能,是近十几年来发展较快的一种方法^[18]。根据中国人的习惯,我们倾向于多种方法兼收并蓄,包括:

一、合理情绪疗法(rational emotive therapy)

脑卒中后,患者对疾病的理解,如果是合理的信念占主导地位,对疾病有较正确的认识,情绪反应则恰当适度,行为结果是良好的。反之,负性情绪过多,则极易产生抑郁症。此疗法的目的是:控制情绪,理性处世,正视现实,想明白,不回避,最大限度地消除导致抑郁症的不合理理念,从而治疗抑郁^[17]。

二、行为矫正(behavior therapy)

研究提示,脑卒中病人发病前的生活中潜伏着许多危险因素。对这些危险因素进行干预矫正,有利于增强信心,防止复发。行为矫正要根据患者的情况、体能,具体问题具体分析,制定科学的生活方式。首先进行日常生活活动能力评定,为科学训练计划打下基础,通过学习和训练,获得对不良行为的矫正。例如:利用厌恶疗法戒掉烟酒嗜好;按运动处方进行功能训练,并定期进行康复评定(rehabilitation evaluation),以增强对自身的珍爱和积极进取的生活态度;调整饮食结构,控制钠盐和脂肪的摄入量;扩大交往,充实内心世界;协调家庭成员关系,营造和谐氛围,增强社会支持及患者的适应能力等。凡自己可做的日常生活活动,尽量引导患者自己动手,避免过度依赖他人而丧失自理能力。有条件的患者可进行作业疗法(occupational therapy),但要注意安全维护和必要的护理援助^[19]。

三、中国传统疗法

上个世纪 80 年代以来,西方各种心理治疗学派均传入我国,但我们要根据自己的治疗对象进行治疗,不可生搬硬套。我国传统的气功、太极拳、五禽戏等,可以释放紧张、陶冶情操。我国道家的认知疗法,遵循顺应自然的观点,进行正本清源的扬弃,注重人与自然的和谐,很有独到之处^[20]。针灸、按摩则根据

经络学说、卫气营血的原理,调节神经、体液系统,放松身心,达到抗抑郁的目的。综合地使用我国人民习惯和接纳的这些本土化的治疗方法,不失为治疗抑郁症的良好选择。

参 考 文 献

- 1 王茂斌. 关于 ICDH-2 的进展情况. 第三届中国康复医学大会论文汇编, 2001: 37-40.
- 2 李心天, 等. 医学心理学. 北京: 北京医科大学中国医科大学联合出版社, 1998. 322-325.
- 3 苏占清. 脑卒中后抑郁障碍. 临床精神医学杂志, 2000, 10: 304-305.
- 4 张明园. 二十一世纪中国精神医学的思考. 上海精神医学, 2000, 12: 1-2.
- 5 王刚, 崔利华, 陈立嘉, 等. 脑卒中后抑郁症状的发生率及相关因素的研究. 中国康复理论与实践, 2000, 6: 149-152.
- 6 肖泽萍, 等. 综合性医院门诊病人抑郁障碍的研究. 中华医学杂志, 1999, 79: 329-331.
- 7 Stokes PE. Fluoxetine: A five-year review. Clin Therapeutics, 1993, 15: 216-243.
- 8 Leonard BE. Evidence for a biochemical lesion in depression. J Clin Psychiatry, 2000, 61: 12-17.
- 9 孟家君. 神经内科临床新进展 - 北京医学文库. 北京: 北京出版社, 1994. 164-165.
- 10 Bestak RM. Mind. NY: Bantam Books, 1988.
- 11 Educational Program on Disorders. WPA/PTD, 1997.
- 12 张鲁旗. 隐匿性抑郁症误诊分析. 中华误诊学杂志, 2000, 4: 2542.
- 13 苏占清, 康冰, 邵伟波, 等. 脑卒中后焦虑、抑郁自评量表测评的临床研究. 现代康复杂志, 2001, 5: 20-21.
- 14 汪向东, 等. 心理卫生评定量表手册. 增订版. 中国心理卫生杂志社, 1999. 191-223.
- 15 Michael E. Thase MD. Treatment of severe depression. J Clin Psychiatry, 2000, 61 [Suppl 1]: 17-25.
- 16 岳文浩, 等. 现代临床心理学分册. 济南: 山东科技出版社, 1997.
- 17 王长虹, 等. 临床心理治疗学. 北京: 人民军医出版社, 2001. 67-179, 119-126.
- 18 周士枋. 脑的可塑性和脑卒中. 第三届中国康复医学大会论文汇编, 2001. 4-6.
- 19 刘新华. 脑卒中后患者抑郁心理分析及康复护理对策. 现代康复, 2001, 5: 138-139.
- 20 张亚林, 杨德森. 中国道家认知疗法 - ABCDE 技术简介. 中国心理卫生杂志, 1998, 12: 188-192.

(收稿日期: 2002-01-09)

(本文编辑: 欧阳兆明)

本刊办刊方向:

立足现实 关注前沿 贴近读者 追求卓越