

# 心理危机干预在急性脑卒中患者中的应用研究\*

潘菲菲<sup>1</sup> 高婷婷<sup>2</sup> 孙玲玲<sup>1</sup> 席从林<sup>3△</sup>

**【摘要】目的** 探讨基于积极心理学理论的心理危机干预对急性脑卒中患者的影响。**方法** 选取 2018 年 5 月-2020 年 5 月我院 113 例急性脑卒中患者进行前瞻性研究,按照建档顺序分为对照组( $n=56$ )和实验组( $n=57$ ),分别给予常规心理护理、常规心理护理+基于积极心理学理论的心理危机干预,连续干预 4 周。观察并对比护理前后患者的心理状态(type D personality scale-14, DS-14)、创伤后成长、创伤后应激障碍(PTSD self-rating scale, PTSD-SS)评分、神经功能(stroke neurological deficit score, CSS)、日常生活能力(activities of daily living, ADL)情况。**结果** 干预 4 周后,实验组社交抑制、消极情感等维度 DS-14 评分低于对照组( $P<0.05$ );实验组主观评定、回避症状、社会功能、反复重现体验和警觉性增高各维度 PTSD-SS 评分低于对照组( $P<0.05$ );实验组新的可能性、与他人关系、精神改变、个人力量和欣赏生活等维度 PTGI 评分高于对照组( $P<0.05$ );干预 4 周后,两组神经功能 CSS 评分低于干预前,日常生活能力 ADL 评分高于干预前( $P<0.05$ ),但两组 CSS 评分、ADL 评分相比差异无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论** 基于积极心理学理论的心理危机干预能明显改善急性脑卒中患者心理状态,减轻创伤后应激障碍,促进创伤后成长。

**【关键词】** 积极心理学理论 心理危机干预 急性脑卒中 心理状态 创伤后成长

**【中图分类号】** R395.5 **【文献标识码】** A **DOI** 10.11783/j.issn.1002-3674.2024.01.020

脑卒中发病急,多数患者往往对突如其来的躯体功能障碍所致的日常生活自理困难难以接受,同时担心预后不良,极易产生消极、恐惧、烦躁、悲观等心理状态,对心理造成不同程度创伤<sup>[1]</sup>。研究证实,个体在经历创伤后可产生积极的心理改变,即创伤后成长(posttraumatic growth, PTG),而这种积极变化可通过积极心理学促进和激发<sup>[2-3]</sup>。积极心理学是一种新的心理学思潮,倡导积极情绪、积极认知、积极特质及积极环境等,以希望与乐观态度为指引,在医学护理中扮演重要角色<sup>[4]</sup>。鉴于此,本研究基于积极心理学理论,对急性脑卒中患者展开心理危机干预。心理危机干预是一种短期帮助过程,目的是随时对那些经历个人危机,处于困境或遭受挫折和将要发生危险的人提供帮助和支持,使之恢复心理平衡。

## 资料与方法

### 1.一般资料

选取 2018 年 5 月-2020 年 5 月我院 113 例急性脑卒中患者为研究对象,其中实验组 57 例,对照组 56 例。纳入标准:符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》<sup>[5]</sup>诊断标准,结合头颅 MRI、CT 诊断为脑卒中,处于急性发作期;经对症治疗后,病情得到控制;生命体征平稳,意识清醒;积极参与本研究,签署知情同意书。排除精神病史者、认知功能障碍者、恶性肿瘤者、听说读写能力异常者。

## 2.方法

### (1)对照组

对照组患者给予常规心理护理,如情绪疏导:积极主动与患者沟通交流,观察其心理状态变化,鼓励其表达内心想法及感受,给予正确心理疏导,使其保持积极乐观态度;家庭支持:指导家属多与患者沟通交流,明确其需求并尽量满足,避免谈论治疗费用、死亡等敏感性话题;纠正认知:向患者介绍急性脑卒中病因、临床表现、防治措施,解答其疑惑,纠正其错误认知,同时鼓励病友间相互交流,增强治疗信心。

### (2)实验组

实验组患者给予常规心理护理+基于积极心理学理论的心理危机干预,常规心理护理同对照组,基于积极心理学理论的心理危机干预内容如下。

①确定问题:收集患者心理变化信息(type D personality scale-14, DS-14),结合既往临床经验确定其心理问题,一般情况下,急性期患者存在认知狭窄、混乱,无法做出正确决策,稳定期开始考虑康复问题、生活再适应问题,常常伴有焦虑、无助、抑郁等心理问题。

②保证安全:危机干预期间,首要目的在于保证患者安全,可直接、坦然地与患者及家属讨论自杀、死亡,告知患者很多人都曾面临上述处境,帮助其接纳当前困境,表达内心痛苦,与家人、朋友、专科护士建立连接关系,保证 24 h 不间断陪伴,注意做好病房巡视及病情监测。

③提供心理支持:a.非语言性沟通技术:信任关系建立初期,患者不愿主动交流,对护士询问及关心缺少回应,建议体态、延伸、触摸、沉默等非语言性

\* 基金项目: 2021 年度江苏省高校哲学社会科学研究专题项目(2021SJB1052)

1.江苏医药职业学院护理学院(224005)

2.盐城市第一人民医院

3.淮安市第二人民医院(徐州医科大学附属淮安医院)

△通信作者: 席从林, E-mail: 2326780656@qq.com

沟通技术进行干预;b.积极心理学技术:初步建立信任关系后,积极主动与患者沟通交流,并通过积极心理学技术给予心理支持。

④提出并验证变通的应对方式:聚焦解决提问技术。当患者对自我持否定态度,且对未来生活悲观失望时,建议与其共同寻找应对资源,引导患者说出内心最真实想法及感受。

⑤制定计划:初步具备目标及动力后,与患者共同制定具体可行阶段性计划,如急性期以家属同步认知干预为主,稳定期以积极心理学为主。

⑥承诺实施:指导患者复述制定计划及目标,并承诺执行,及时肯定执行过程中患者作出的努力和改变,进一步促进其对计划执行及对危机的控制感。两组患者均连续干预4周。

### 3.观察指标

#### (1)心理状态

干预前、干预4周后分别采用D型人格量表(type D personality scale-14, DS-14)对患者进行调查。量表包括社交抑制和消极情感两个分量表,每个量表包含7个条目,采用5级计分法,两个分量表评分范围均为0~28分,评分越高,提示不良心理状态越严重。两个分量表Cronbach's α系数分别为0.79和0.92。

#### (2)创伤后应激障碍

干预前、干预4周后分别采用创伤后应激障碍自评量表(PTSD self-rating scale, PTSD-SS)对患者进行评估。量表包含24个条目,分为反复重现体验、对创伤事件的主观评定、回避症状、社会功能和警觉性增高5个部分;每个条目采用1~5级评分,从“没有影响”至“很重”。量表得分越高,提示创伤后应激反应程度越重;以50分为分界值,≥50分即存在阳性症状,≥60分为重度PTSD。量表Cronbach's α系数为0.90。

#### (3)创伤后成长

干预前、干预4周后分别采用创伤后成长量表(posttraumatic growth inventory, PTGI)对患者进行评估。该量表共5个维度,21个条目,包括新的可能性、精神改变、与他人关系、欣赏生活个人力量;采用Likert 5级计分,评分范围0~105分,得分与创伤后成长水平成正比;各维度Cronbach's α系数为0.61~0.87。

#### (4)神经功能、日常生活能力

干预前、干预4周后分别采用神经功能缺损程度评分表(China stroke scale, CSS)评估患者神经功能变化。量表共8个维度,评分范围0~45分,评分越高,提示神经功能损害越严重。生活自理能力评定量表(activities of daily living, ADL)评估日常日常生活能力变化,评分范围0~100分,评分越高,提示日常

生活能力恢复越好。两个量表的Cronbach's α系数分别为0.85、0.87。

### 4.统计学方法

数据处理采用SPSS 23.0软件包,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示。两组间基线计量资料比较用独立样本t检验,组内前后差异比较用配对t检验,治疗后两组间样本均数比较用协方差分析。计数资料用n(%)表示,组间比较用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 结 果

### 1. 两组患者一般资料比较

两组患者性别、年龄、疾病类型、职业类型等资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表1。

表1 一般资料比较[n(%)]

项目	实验组 (n=57)	对照组 (n=56)	t/ $\chi^2$	P
男/女	30/27	31/25	0.085	0.771
年龄(岁)	46~76 (59.63±6.24)	44~78 (61.20±6.85)	1.274	0.205
疾病类型			0.121	0.728
缺血性	52(91.23)	50(89.29)		
出血性	5(8.77)	6(10.71)		
职业类型			0.085	0.771
体力劳动	27(47.37)	25(44.64)		
非体力劳动	30(52.63)	31(55.36)		

### 2. 两组患者心理状态比较

干预前两组患者心理状态相比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预4周后,实验组患者社交抑制、消极情感等维度DS-14评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组患者心理状态比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	社交抑制		消极情感	
		干预前	干预4周后	干预前	干预4周后
实验组	57	22.10±2.10	8.32±1.12*	20.36±3.45	6.44±1.06*
对照组	56	21.75±2.32	14.69±1.89*	21.10±3.11	12.36±1.85*
t		0.841	21.841	1.197	20.917
P		0.402	<0.001	0.234	<0.001

\*: 与同组干预前比较,  $P < 0.05$

3. 两组患者创伤后应激障碍比较 干预前两组患者创伤后应激障碍相比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预4周后,实验组患者主观评定、回避症状、社会功能、反复重现体验和警觉性增高等维度PTSD-SS评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3。

### 4. 两组患者创伤后成长比较

干预前两组患者创伤后成长相比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预4周后实验组患者新的可能性、与他人关系、精神改变、个人力量和欣赏生活等维度PTGI评分高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表4。

表 3 两组创伤后应激障碍比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

时间	组别	<i>n</i>	反复重现体验	主观评定	警觉性增高	社会功能	回避症状
干预前	实验组	57	16.14±3.06	19.06±4.39	24.31±3.74	15.39±2.85	20.62±3.75
	对照组	56	15.85±3.26	19.77±4.25	23.67±4.01	16.02±3.12	19.73±3.69
	<i>t</i>		0.488	0.635	0.878	1.121	1.271
	<i>P</i>		0.627	0.478	0.382	0.264	0.206
干预 4 周后	实验组	57	5.06±1.10*	7.28±2.06*	6.39±2.64*	5.28±1.67*	8.21±2.06*
	对照组	56	10.45±2.10*	11.35±2.45*	10.15±3.11*	9.63±2.10*	12.56±2.74*
	<i>t</i>		17.133	9.564	6.933	12.198	9.550
	<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

\* : 与同组干预前相比,  $P<0.05$ 表 4 两组创伤后成长比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

时间	组别	<i>n</i>	新的可能性	与他人关系	精神改变	个人力量	欣赏生活
干预前	实验组	57	12.14±3.15	17.58±4.21	4.31±1.21	11.18±3.52	6.54±2.41
	对照组	56	13.03±3.28	16.78±4.29	4.26±1.25	12.06±4.03	7.14±2.58
	<i>t</i>		1.471	1.001	0.216	1.237	1.278
	<i>P</i>		0.144	0.319	0.829	0.219	0.204
干预 4 周后	实验组	57	22.19±1.74*	31.32±2.19*	8.15±1.11*	18.16±1.38*	13.15±1.15*
	对照组	56	17.14±2.40*	26.28±3.22*	6.44±1.05*	15.18±1.26*	10.58±1.31*
	<i>t</i>		12.823	9.744	8.410	11.981	11.088
	<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

\* : 与同组干预前比较,  $P<0.05$ 

5. 两组患者神经功能、日常生活能力比较 干预前两组患者神经功能、日常生活能力相比, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 干预 4 周后, 两组患者神经功能 CSS 评分低于干预前, 日常生活能力 ADL 评分高于干预前, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 但两组患者 CSS 评分、ADL 评分相比, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 见表 5。

表 5 两组神经功能、日常生活能力比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	<i>n</i>	神经功能(CSS)		日常生活能力(ADL)	
		干预前	干预 4 周后	干预前	干预 4 周后
实验组	57	28.36±3.10	21.25±3.85*	56.32±4.85	68.58±5.10*
对照组	56	27.87±3.22	22.25±3.10*	55.78±4.74	67.25±5.56*
	<i>t</i>	0.824	1.519	0.598	1.3262
	<i>P</i>	0.412	0.132	0.551	0.188

\* : 与同组干预前比较,  $P<0.05$ 

## 讨 论

积极心理学的兴起使医学领域逐渐开始关注社会、人性、生活的积极面。张诗毅等<sup>[6]</sup>研究指出, 合理应用积极心理学, 能提高脑卒中病人的生活质量。姜桐桐等<sup>[7]</sup>证实, 积极心理学能有效改善乳腺癌患者心理状态, 以积极态度面对疾病和未来生活。由此可见, 积极心理学在医疗的多个领域取得显著效果。

鉴于此, 本研究以积极心理学为指导展开心理危机干预。20 世纪 40 年代, 学者林德曼最先提出危机理论, 源于自我心理学、社会精神病理学和行为学习理论, 经开普兰等心理学家加以补充和发展, 至今已成为较为成熟的心理危机理论<sup>[8-9]</sup>。个体在成长过程中, 不可避免会遇到各种危机事件, 因此心理危机是

不可避免的。危机伴随于人生发展的各个阶段, 但出现危机并不意味着失败, 若能成功地度过危机, 意味着个体获得了新的发展<sup>[10]</sup>。本研究以积极心理学为导向, 首先明确问题。一般情况下, 急性期患者存在认知狭窄、混乱, 无法做出正确决策, 稳定期开始考虑康复问题、生活再适应问题, 常常伴有焦虑、无助、抑郁等心理变化; 围绕希望与乐观, 以此为话题, 提供针对性心理支持, 如急性期以家属同步认知干预为主, 稳定期以积极心理学为主。

本研究结果显示, 干预 4 周后, 相比对照组, 实验组患者心理状态得到有效纠正, 创伤后应激障碍减轻, 创伤后成长水平提高。考虑原因可能在于危机心理干预期间, 采用多形式、多类型针对性心理干预措施, 如吃葡萄干练习<sup>[11-12]</sup>; 结合觉知躯体训练、静坐冥想练习等正念疗法能逐渐让患者从内心深处树立正念信念, 无论遇到什么问题、困难和打击, 患者均能正确面对, 妥善处理, 这对减轻心理应激障碍, 提升创伤后成长水平具有积极意义<sup>[13]</sup>。此外, 心理危机干预的另一项内容为幽默疗法, 根据患者性格、喜好等为其提供针对性幽默方案, 使患者获得短暂快乐, 长期以来, 逐渐培养快乐感、幸福感, 以改变焦虑、抑郁等不良心理状态<sup>[14]</sup>。

本研究显示, 干预后两组患者神经功能、日常生活能力提高, 但差异无统计学意义。考虑原因可能与干预时间较短有关, 神经功能、日常生活能力均为长期演变的结果, 非一蹴而就。临床护理工作中, 需加强患者的院外随访服务, 对院外药物病情控制和康复

(下转第 98 页)