

# 认知疗法在创伤性截瘫合并抑郁患者中的应用

刘宁, 刘德秋

(哈尔滨医科大学附属第四医院科技创新园区综合外科, 黑龙江哈尔滨, 150000)

**[摘要]** **目的** 探讨认知疗法对创伤性截瘫合并抑郁患者中的应用效果。**方法** 选取 100 例创伤性截瘫合并抑郁患者,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 50 例。对照组给予常规的护理干预,观察组在常规护理基础上给予认知疗法干预。比较两组患者干预前后的焦虑、抑郁、心理卫生状况、自杀态度和生活质量。**结果** 干预后观察患者焦虑、抑郁评分均低于对照组,观察组患者的心理卫生状况评分低于对照组,干预后观察组的自杀态度评分高于对照组和生活质量评分高于对照组,两组比较,差异具有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。**结论** 通过认知疗法对创伤性截瘫合并抑郁患者进行干预,可显著降低患者自杀意念,改善患者焦虑及抑郁症状及心理卫生状况,提高生活质量,值得推广应用。

**[关键词]** 创伤性截瘫;认知疗法;焦虑;抑郁;自杀态度;心理卫生;生活质量

**[中图分类号]** R473.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2017)03-0037-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.03.010

## Effect of cognitive therapy on patients with traumatic paraplegia

Liu Ning, Liu Deqiu//Modern Clinical Nursing, -2017, 16(3): 37.

(Comprehensive Surgery Department of Science and Technology Innovation Park, Harbin Medical University 4th Hospital, Harbin, 150000, China)

**[Abstract]** **Objective** To explore the effect of cognitive therapy on patients with traumatic paraplegia. **Methods** Toally 100 traumatic paraplegia patients were randomly divided into observation group and control group with 50 cases in each. The control group received routine nursing intervention and the observation group cognitive therapy on the basis of intervention for the control group. The two groups were compared in terms of anxiety, depression, mental health, suicidal ideation and quality of life by the instruments of self-rating anxiety scale (SAS), self-rating depression scale (SDS) and suicide attitude questionnaire (SQA) before and after intervention. **Results** Before the intervention, the scores by SDS, SAS scores and SQA were insignificant different between the groups ( $P > 0.05$ ). After the intervention, the scores on suicidal ideation in the observation group were significantly higher and the quality of life were significantly higher and the depression and anxiety and the mental health status were lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The cognitive therapy for the patients with traumatic paraplegia can significantly alleviate their depression and anxiety, reduce their suicidal ideation and improve the quality of life.

**[Key words]** traumatic paraplegia; cognitive therapy; anxiety; depression; suicidal ideation; mental health; quality of life

伴随着机械化制动化的社会发展进程,各种损伤及创伤形式不断增加,且形式多样。在脊柱损伤中表现出较为严重的多发性损伤,给治疗带来较为严峻的挑战<sup>[1]</sup>。截瘫是骨科创伤性脊髓损伤后常见并发症之一<sup>[2]</sup>。由于患者截瘫之后失去正常的运动功能,重者需要长期卧床,患者情绪低落、思维极端、兴趣丧失,意志行为减少,焦虑、抑郁等心理疾病随之而来,严重者伴有自杀意识,伴有自杀意识的截瘫患者思维极端、僵化等不良认知造成冲动性人格,其康复过程中有必要进行有效干预<sup>[3-4]</sup>。认

知疗法是通过信念、思维改变或行为改变的方法消除不良情绪的心理治疗方法,为患者重新建立正确的认知。认知疗法纠正消极的思维模式,从而改变患者对特定问题的行为模式,达到心理康复的目的。本院于 2012 年 1 月-2016 年 1 月对骨科创伤性截瘫合并抑郁患者进行认知疗法干预,取得较好的效果,现将方法和结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院骨科 2012 年 1 月-2016 年 1 月住院的 100 例创伤性截瘫合并抑郁患者,按随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组各 50 例。对照

**[收稿日期]** 2016-07-07

**[作者简介]** 刘宁(1970-),女,黑龙江哈尔滨人,主管护师,本科,主要从事骨科及外科护理工作。

组中男 29 例,女 21 例,年龄 46~75 岁,平均  $(65.73 \pm 6.24)$  岁,病程 2~24 个月,平均  $(10.23 \pm 5.14)$  个月。参照美国脊髓损伤协会创伤严重程度评分<sup>[5]</sup>,17~24 分 20 例,25~34 分 15 例, $\geq 35$  分 15 例。观察组中男 28 例,女 22 例,年龄 45~72 岁,平均  $(64.98 \pm 5.68)$  岁,病程 3~21 个月,平均  $(9.75 \pm 4.26)$  个月。评分<sup>[5]</sup>17~24 分 18 例,25~34 分 17 例, $\geq 35$  分 15 例。两组患者年龄、性别、病程和创伤严重程度等比较,差异无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),具有可比性。所有患者创伤性截瘫符合《脊柱创伤外科学》<sup>[6]</sup>的诊断标准。

## 1.2 纳入标准与排除标准

纳入标准:创伤性截瘫患者;抑郁评分<sup>[7]</sup> $\geq 53$  分,无痴呆。排除标准:意识不清楚;既往或目前患有器质性和其他精神疾病者;中途退组者或未按规定治疗者。

## 1.3 方法

对照组患者给予常规护理,包括日常生活护理、病情观察、并发症处理、定时翻身、预防压疮、支持性心理治疗。

观察组患者在对照组的基础上给予认知疗法干预,由精神科临床护士和 1 名工娱疗护士、2 名取得二级心理咨询师资格护理人员组成行为认知心理干预小组,主要为个体干预。干预时间为每周 1 次,每次约 1h,15 次为 1 个疗程。时间为每个星期二下午,每次 3 例患者。

1.3.1 取得患者信任 由于创伤性截瘫患者受伤前都是健康的人群,突然下肢瘫痪,其心理特点为情绪低落、悲观、焦虑、抑郁、烦躁、经济压力大,甚至有自杀念头;生理特点为自我形象毁灭、活动受限、疼痛折磨。为保证患者的配合,实施干预前与患者及患者家属进行沟通,让其了解目的及意义,做到耐心倾听,建立一种信任和轻松的沟通方式,从而找出导致患者产生自杀倾向的主要原因。如中年患者受伤前是家庭主要劳动力,害怕以后无法担当责任;老年患者担心拖累子女;家庭困难者家庭压力增大,青年患者认为自我形象毁灭。

1.3.2 识别负性思维 患者在每天完成基础疾病的治疗后在心理治疗室进行干预;通过实例帮助患者认清消极的情绪、错误的想法带来的不良后果,

引导患者积极向上;侧面试探患者对一些自杀事件的看法,让患者换位思考,通过事例及假设进行推论,陈述角色调换的感受,让患者放弃错误的想法。

1.3.3 了解情感变化 患者的心理康复过程较长,如病情病情变化,住院时间过长,会导致患者焦虑加重。及时了解患者情感的变化,及时打消患者的消极念头,帮助其建立正确的认知,教会使用提出问题,分析问题和解决问题的方式使患者进行自我反省。

## 1.4 评价指标

1.4.1 抑郁症状 采用抑郁自评量表<sup>[7]</sup>对患者干预前后抑郁症状进行评价,共 20 个条目,内容包括焦虑/躯体化(6 个条目),认知障碍(6 个条目),日夜变化(1 个条目),睡眠障碍(2 个条目),迟缓(2 个条目),体质量(1 个条目),绝望感(2 个条目);各条目分 4 个等级(无=1 分,有时=2 分,经常=3 分,持续=4 分)。10 个条目为正向评分,10 个条目反向评分。总分 20~80 分,总分越高代表抑郁程度越严重。

1.4.2 焦虑症状 采用焦虑自评量表<sup>[8]</sup>对患者干预前后焦虑症状进行评价,包括 20 个项目,采用 5 级评分制(无=1 分,有时=2 分,经常=3 分,持续=4 分),总分 20~80 分,总分越高则表示焦虑程度越严重。

1.4.3 生活质量 患者干预前后生活质量评价采用简明健康调查量表<sup>[9]</sup>,包括活力、情感职能、社会功能、生理职能、精神健康、生理功能、躯体疼痛及总体健康等 8 个维度。采用 5 级评分制(非常好~差计 5~1 分),标准论得分=(实际得分-最低可能得分)/(最高可能得分-最低可能得分) $\times 100$ ,总分越高说明生活质量越好。

1.4.4 心理卫生状况 心理卫生状况采用症状自评量表<sup>[10]</sup>,主要内容包括抑郁、敌对性、强迫症状、躯体化、恐惧、人际关系、焦虑、偏执、精神病性等,共 90 个条目,每个条目评分为 5 个等级(无=1 分,轻度=2 分,中度=3 分,重度=4 分,很重=5 分),总分 90~450 分,总分越高代表心理卫生状况越差。

1.4.5 自杀态度 自杀态度采用自杀评分量表(suicide attitude questionnaire, SQA)<sup>[11]</sup>,其包括 4 个维度:自杀行为性质的认识(9 个条目)、对自杀者

家属的态度(5个条目)、对自杀者的态度(10个条目)、对安乐死的态度(5个条目)。13个条目为反向计分,其余条目均为正向计分,所有条目采用5级评分法,完全赞同~完全不赞同计1~5分,并计算每个维度的条目均分。 $\leq 2.5$ 分为对自杀持肯定、认可态度, $\geq 3.5$ 分为对自杀持反对、否定态度, $>2.5$ 分且 $<3.5$ 分为矛盾或中立态度。

### 1.5 统计学方法

数据采用SPSS 20.0软件进行统计学分析,计量资料采用独立样本 $t$ 检验,计数资料比较用 $\chi^2$ 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的焦虑、抑郁及干预后心理卫生状况比较

两组患者的焦虑、抑郁及干预后心理卫生状况比较见表1。由表1可见,干预前两组患者的焦虑、抑郁评分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$ );干预后观察组焦虑、抑郁评分均低于对照组,两组比较,差异具有统计学意义(均 $P<0.05$ );干预后观察组患者的心理卫生状况评分低于对照组,两组比较,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 两组患者焦虑、抑郁及干预后心理卫生状况比较

(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	抑郁评分		焦虑评分		心理卫生状况
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预后
观察组	50	60.50 $\pm$ 6.80	45.2 $\pm$ 4.02	58.23 $\pm$ 7.54	42.34 $\pm$ 3.17	129.96 $\pm$ 38.76
对照组	50	59.60 $\pm$ 7.15	54.3 $\pm$ 3.93	59.16 $\pm$ 5.75	50.53 $\pm$ 3.87	164.76 $\pm$ 62.83
$t$		0.213	7.638	0.165	5.608	9.273
$P$		0.730	0.008	0.767	0.023	0.003

### 2.2 两组患者干预前后的自杀态度及生活质量比较比较

两组患者干预前后的自杀态度及生活质量比较比较见表2。由表2可见,干预前两组患者的自杀态度和生活质量评分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$ );干预后观察组的自杀态度评分高于对照组和生活质量评分高于对照组,两组比较,差异具有统计学意义(均 $P<0.05$ )。

表2 两组患者干预前后自杀态度及生活质量比较

(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	自杀态度评分		生活质量评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	0.73 $\pm$ 0.32	3.34 $\pm$ 0.86	40.58 $\pm$ 3.12	55.85 $\pm$ 3.77
对照组	50	0.74 $\pm$ 0.32	2.05 $\pm$ 1.27	40.84 $\pm$ 3.55	42.78 $\pm$ 3.96
$t$		-0.241	6.908	-0.362	4.045
$P$		0.657	<0.001	0.682	0.021

## 3 讨论

### 3.1 损伤后截瘫患者合并抑郁自杀的原因分析

伴随着机械化的进程,自动化不断发展和提升,各类创伤和损伤种类和数量不断增加,脊柱损

伤后截瘫的例数逐年增多。患者突然创伤及术后无法自主活动,意识清醒的情况下往往出现抑郁、烦躁等无法接受当前病情的心态,严重者还会出现自杀意念,患者在创伤截瘫发生的最初阶段是最容易陷入自杀的危机情境中,是出现自我伤害的易感阶段<sup>[12]</sup>。其情绪不稳定、感受性较强,对周围事物无兴趣,从阴暗面看问题,因此缺乏决断力,思想、感情上将自己与社会隔离<sup>[13]</sup>。自我意识方面,容易陷入焦虑与绝望的情感中。创伤后偏瘫后出现情绪上的起伏较大,最大的风险是自杀,存在自杀意念的创伤后偏瘫患者普遍存在高度的绝望心理,由于认知是思维、行为反应、情感的中介,引起情绪、行为、思维等问题的不是时间本身,而是患者对事件不同的认知。

### 3.2 认知疗法干预在创伤性截瘫中的应用效果分析

认知疗法是通过认知和行为假设技术改变人不良心理,错误的认识引起病态情感及行为,根据人的认识过程影响情绪和行为的理方法。因此,重新建立人的理智结构,以更加理性、合理的认知去替代歪曲的认知,以促进创伤后截瘫者的心理健

康,降低自杀意念,有利于行为效能的改善<sup>[13]</sup>。由表1、表2结果可见,认知疗法治疗创伤性截瘫合并抑郁患者,可显著改善患者焦虑及抑郁症状,降低自杀意念,改善心理卫生状况,提高生活质量。原因分析如下:本研究干预的护士必须具备良好的综合素质和熟练的沟通技巧,在取得患者及家属的信任能清楚了解患者的心理和实际情况,从而采取个性化、针对性的干预方式;认知疗法通过改变患者对别人、对自己及对事物的态度及看法,更着重强调非功能认知问题以及这些消极认知和信念的影响,一个人的认知状态决定了他的情绪及行为,由于个人原有的认知基础不同,个体的人格特点也决定了其易受损的敏感点以及认知的特点,对应激性行为 and 情绪反应也有所差异,更利于转变患者偏激的思维定式,减少焦虑、抑郁负性思维,从而控制自杀心理活动;认知疗法对截瘫后患者的康复效率的提高起到重要的作用,可让患者更了解需要解决的问题以及解决问题的可能性及可行性,纠正不合理的认知,降低自杀的行为及意念。通过改变患者的极端思维、认知的僵化从而建立合理的认知模式,从而达到心理康复<sup>[14-15]</sup>,最终实现生理康复。本研究通过认知疗法干预创伤后截瘫合并抑郁患者,可有效改善患者的焦虑、抑郁情绪,改变自杀态度,让患者更理性的面对挫折及困难,更好适应接下来的生活,从而提高患者生活质量,值得临床推广应用。

#### 4 结论

综上所述,由于创伤性截瘫患者受伤前都是健康的人群,突然下肢瘫痪,其心理往往处于负性状态,采用认知疗法能有效降低患者的焦虑、抑郁情绪,减少自杀意念与行为,改善心理状况,从而提高生活质量。

#### 参考文献:

- [1] SPIRITO A, ESPOSITO-SMYTHERS C, WOLFF J, et al. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality[J]. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2011, 20(2):191-204.
- [2] HANDLEY T E, KAY-LAMBKIN F J, BAKER A L, et al. Incidental treatment effects of CBT on suicidal ideation and hopelessness[J]. J Affect Disord, 2013, 327(13): 481-483.
- [3] 江开达.精神疾病高级教程[M].北京:人民军医出版社, 2009:327-331.
- [4] 尤丽荣. 优质服务在高位截瘫患者的护理中应用[J]. 中国实用医药, 2012, 7(30):256-257.
- [5] BAKER S P, O'NEILL B, JR H W, et al. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care[J]. J Trauma, 1974, 14(3):187-196.
- [6] 贾连顺,李家顺主编.脊柱创伤外科学[M].上海:上海远东出版社, 2000:284-291.
- [7] Zung W W. A self-rating depression scale[J]. Arch Gen Psychiatry, 1965, 12(12): 63-70.
- [8] Zung W W K. A rating instrument for anxiety disorders[J]. Psychosomatics, 1971, 12(6):371-9.
- [9] 王坤. 健康状况调查简表(SF-36)[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(6):571-571.
- [10] 王征宇. 症状自评量表 (SCL-90)[J]. 上海精神医学, 1984, 26(2):68-70
- [11] 肖水源, 杨洪, 董群惠, 等. 自杀态度问卷的编制及信度与效度研究 (自杀系列研究之一)[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(4):250-251.
- [12] SCHNEIDER B. Behavioural therapy of suicidality[J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2012, 2(8): 123-128.
- [13] 张振兰, 姚绍敏, 王岚, 等. 认知行为干预对老年抑郁障碍自杀态度影响的研究[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(18):1641-1643.
- [14] 李铮, 谢春燕, 李发娣, 等. 封闭式负压引流联合新型敷料治疗慢性难愈性压疮的效果观察[J]. 现代临床护理, 2009, 8(7): 20-23.
- [15] 白艳玲, 董兰菊, 王维平, 等. 骑跨椅在截瘫并发压疮患者应用中的效果观察[J]. 现代临床护理, 2013, 12(3):34-36.

[本文编辑:李彩惠]