

心理疗法对支气管哮喘病人的治疗效应

尹文刚 (中国科学院心理研究所中日友好医院神经心理研究与康复中心 北京 100029)

摘要:近年来的研究表明,心理社会因素与过敏性抗原的联合作用是引发哮喘发作的重要原因,其中,精神刺激是支气管哮喘发作的重要环节。因此,对哮喘患者的心理治疗正越来越受到人们的重视。对哮喘进行心理治疗的手段有多种,医生可根据具体情况灵活选择最合适方法,一般常用的心理治疗手段包括:催眠疗法、松弛疗法、生物反馈疗法、认识疗法以及集体心理疗法。此外,对哮喘患者的心理治疗还可以和中医相结合,也可以和运动疗法相结合。

关键词:支气管哮喘 精神刺激 心理治疗

中图分类号:R562.2 文献标识码:B

文章编号:1007-5496(2001)08-0007-03

支气管哮喘是一种常见的肺部疾患,临床表现为发作性的呼气性困难,胸闷,可伴有咳嗽和咳痰,患者常在夜间和(或)清晨发作,加剧,并出现广泛多变的可逆性气流受限。支气管哮喘常反复出现。多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

1 支气管哮喘的发病机制

对于支气管哮喘的疾病归类,人们曾有不同的认识。早年它曾被看作是神经性疾病,随后又被判定为免疫系统的疾患并认为有遗传因素参与,后来确定是一种由多种因素导致的疾病,原因复杂且因人而异。目前对支气管哮喘的病理生理学改变有了较为完整的认识^[1~4],但是对其发病机制仍不够清楚。从病理生理的角度看,支气管哮喘是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和T淋巴细胞等多种炎性细胞参与的气道慢性炎症。这种炎症使患者对各种激发因子具有气道高反应性,并可引起气道狭窄,临床上则表现出上述一系列哮喘发作的征象。

近年来的研究表明:心理社会因素与过敏性抗原的联合作用是引发哮喘发作的重要原因,其中,精神刺激是支气管哮喘发作的重要环节。我们人类生存的空间基本上可以分为两个环境:社会环境和物理环境。作为社会化的生物体,对社会环境的反应会导致人的各种心理变化。那些可以使人的情绪发生显著变化的各种环境刺激可以通过大脑的中介,改变肺功能并引起支气管收缩,不过这往往并不直接导致哮喘发作。在人所处的物理环境中存在着可以使人出现哮喘的特异性过敏性抗原,以及使人出现上呼吸道感染的致病源。如果人的情绪变化及引发出来的支气管收缩状态一旦与特异性抗原和上呼吸道感染结合起来,这时便会出现支气管哮喘的发作。举例来说,临床上见有一儿童哮喘患者,导致其哮喘发作的是环境中的某种特异性过敏抗原,这种抗原不但在患儿的家中而且在他所处的学校和附近的地区均存在。患儿在家中常出现持续性的哮喘发作,而一旦离开家庭,哮喘则会迅速中止。通过详细的研究发现,患儿在家中和家外两个环境里有着两种完全不同的心理状态。在家

的时候,由于家长对患儿的病情过份耽心、烦恼和焦急,致使患儿相应地产生了严重的焦虑、抑郁和沮丧以及对自己病情的过度关注,两者相加,形成了一种不良的恶性循环,从而使患儿的哮喘频繁发作。离家之后,患儿没有心理负担,尽管外界物理环境中的那种特异性过敏性抗原依旧存在,但在健康的心理状态下却不能诱发哮喘发作。这个病例清楚地表明,心理社会因素与特异性过敏性抗原的联合作用是引起哮喘频繁发作的重要原因。在以上这个哮喘发作的环节中,人的个性等方面的心理素质因素起了很大的作用。从心身医学的角度出发进行的研究揭示,支气管哮喘患者作为一个群体,有其自身所特有的心理特征。有的研究者对哮喘患者进行了CMI测验,结果发现,被试中大多数患者可以归入神经症(III)和心身疾病(IV)的范围。应用矢田-Gelford性格量表检查,常显示病人有情绪不稳定和内向特征。Machora画人测验的结果提示患者寻求援助和保护的迹象,很少怀有敌意或攻击他人的倾向。Rorschach墨迹测验的结果显示患者呈内向型,情绪表达贫乏,期待能被他人接受以及欲望过高。这些研究结果虽然不尽相同,但总的来说反映出支气管哮喘患者的主要个性心理特征是:内向、情绪不稳定、被动、好高骛远等。

对于支气管哮喘的发病机制,不同的心理学派则提出了不同的心身医学或心理学方面的解释。条件反射学派认为,哮喘的发作是心理刺激所引起的情绪应激与憋气体验的偶然结合而形成的条件反射反应,所以条件化刺激是哮喘发作的诱因。举例来说,有1例哮喘患者由于对某种花粉过敏而出现哮喘发作,以后不但碰到这种花粉,(如遇到这种花时会出现哮喘),而且就是看到用纸做的这种花,甚至是当听到人们讲起这种花时都会出现哮喘发作。那些与花粉相关联的事物之所以会导致患者出现哮喘正是由于条件反射的原因而在这里起着一种条件性刺激物的诱发作用。与条件反射学派的观点不同,精神分析学派的研究者对哮喘发作有着完全不同的另一种说法,他们认为,哮喘患者由于强烈的欲望未能达到满足,从而使这种感情受到压抑,但又不能以哭泣或叫喊来表达,于是便转成哮喘发作,并认为哮喘发作时的喘息和咳嗽是“被压抑了的、为了得到帮助的哭喊”。

2 支气管哮喘的心理治疗

支气管哮喘的治疗包括3个方面,一是应用药物进行躯体治疗,如控制感染、去除特异性过敏性抗原;二是对症治疗,如对哮喘症状进行控制;三是采用临床心理的方法进行心理治疗。其中的第3方面即心理或精神治疗近年来越来越受到人们的重视。

2.1 支气管哮喘伴有的心身障碍 心理疗法对疑有心身障碍的哮喘患者效果最佳。若患者有下列情况可考虑有心身障碍:

(1)哮喘的发病显然与精神刺激、情绪波动有关;(2)通过暗示或相应的心理作用可诱发哮喘发作;(3)患者在日常生活中表现出情绪不安、神经质、自我中心、消极或欲求水平高等性格特

作者简介:尹文刚(1955-),男,北京人,研究员,教授,博士,1987年赴英国伦敦大学攻读神经心理博士学位,在英国伦敦大学学院和国立神经病和神经外科研究所工作4年,1998年赴加拿大阿尔伯特大学进修,研究方向:神经心理康复。

征;(4) 患者有回避疾病倾向,病情反复发作;(5) 患者有分离体验 心理创伤体验;(6) 有家族史;(7) 有其他心身疾病。

2.2 支气管哮喘的心理治疗手段 对哮喘患者进行心理治疗的手段有以下几种。

2.2.1 催眠疗法 催眠疗法治疗哮喘的目的是通过运用暗示手段,主要是靠训练有素的催眠者的语言暗示,使患者进入催眠状态,进而减轻或消除患者的心理恐惧、调整其情绪、解除焦虑。人们对催眠的敏感性有较大的差异,有的人很易被催眠,有的人则根本无法被催眠,催眠的效果有较大的个体差异性。

2.2.2 松弛疗法 松弛疗法不是单一的方法,它包括多种能够使人身心放松的技术。东方的佛教、印度的瑜伽、中国的道教和内功、以及日本的神道与禅宗等都具有使人放松入静的效果,是传统的放松手段。现代行为医学中主要采用如下几种放松方法:腹式深呼吸法,进行性肌肉放松训练、以及视觉放松技术。放松疗法在实施中一般有 3 个步骤:(1) 准备阶段,此阶段主要让病人进入状态,采用应有的姿势,如坐在沙发上,头后靠,双腿自然分开与肩宽,腰背处于最适位置等;(2) 指导实施阶段,此阶段对患者进行指导,让患者体会到肌肉紧张和松弛的不同感觉,如让患者握紧双拳然后松开,皱眉、咬牙,然后放松面部有关肌肉等;(3) 自我训练复习巩固阶段,此阶段要求患者按放松反应的指令,依次放松,每天训练一两次,要求在 2~3 min 内达到全身肌肉放松,并维持松弛状态 10~15 min。松弛疗法应用得当会起到很明显的预防哮喘发作的效果。

2.2.3 生物反馈疗法 生物反馈疗法的原理是借助仪器让患者通过反复的学习实践与训练,一方面切身感受到各种心理社会因素,如人际关系、环境变化、认知影响等,与躯体生理变化的关系,而且通过反复训练中的正性强化和定型,逐渐形成不依赖仪器就可以对原本不能随意控制的生理活动或情绪反应进行自我控制或调节的能力。对于哮喘患者来说,有效地自我控制情绪反应是十分重要的预防发作的手段。同时生物反馈训练还可以进一步改变患者原有的一些不利于身心健康的信念和行为方式,从而得以更有效地提高哮喘患者的生活质量。临床常用的生物反馈治疗仪有以下 4 种:(1) 肌电生物反馈仪;(2) 皮肤电反馈仪;(3) 皮温生物反馈仪;(4) 脑电生物反馈仪。这几种仪器虽然各不相同,但原理基本上是一致的。都是把电信号转化为患者可以感知到的反馈信号,并学会自我控制。肌电反馈仪是将患者的肌电信号叠加输出,并转换成患者能直接感受到的反馈信号,如数字、声响、彩色灯光等,患者根据反馈信号的变化,学习对全身肌肉进行松弛训练,使肌电值下降,降低肌紧张水平,从而减轻或消除焦虑、紧张等情绪障碍。皮肤电反馈仪主要测量的是患者皮肤表面的电阻反应 GSR,并将其转换成视、听信号,从而让患者学会控制。皮温反馈仪是通过热变阻式温度计记录指端皮肤温度,并转换成声、光、数字信号反馈给患者,以使患者学会控制外周血管的舒缩。由于皮肤温度的变化与交感神经兴奋关系密切,因此皮温反馈训练对于与交感神经兴奋相关的支气管哮喘的治疗效果也比较明显。脑电反馈是用 α 波或 SMR (感觉运动节律,即在前脑区部记录到的一种频率为 12~15 Hz 的脑电波) 为反馈信息通过声、光等反馈信号指示病人反复学习,提高脑电中的 α 波或 SMR 水平,减少异常脑波的出现,从而达到改善患者紧张情绪的作用。

2.2.4 认知疗法 认知疗法的一个主要治疗目标是要解除患

者对哮喘的恐惧。研究表明,对哮喘的恐惧是导致患者哮喘发作的重要原因,而平静的心态则是减缓哮喘发作的有效心理因素。临床研究证实,认知疗法是解除患者对哮喘的恐惧心理的重要手段。除此之外,认知疗法还有一个比较有成效的作用,那就是可以通过改善患者的自我认知评价体系,提高患者对周围环境的适应性,改善患者的人际关系,如此可以缓解情绪波动,进而降低哮喘的发作频率。认知疗法是一组疗法的总称,一般包括下列几种:(1) 理性-情绪疗法;(2) 贝克认知疗法;(3) 自我指导训练;(4) 应对技巧训练;(6) 隐匿示范疗法;(7) 解决问题技术疗法。在临床具体实施认知疗法时,医生可根据病人的情况及个人的知识和技能的偏向选择其中的一种或几种手段灵活进行。这里主要介绍临床上比较常用的两种疗法,即理性-情绪疗法和贝克疗法。

2.2.4.1 理性-情绪疗法的治疗过程及技术 理性-情绪疗法的理论基础是关于情绪障碍形成的 ABC 理论。A 指的是特定事件或诱发事件,B 指的是人对事件的看法和观念,C 指的是由 B 直接引起的反应结果。ABC 理论认为,A 不能直接引发 C,而需要通过 B 的中介导致 C。也就是说人的情绪和行为的产生原因是当事人对特定事物的看法与观念。因此,如果能够改变当事人对特定事物的非理性观念,以理性信念取而代之,同时改变其非理性的认知方式,同样代之以理性的认知方式,就可以缓解或消除当事人对特定事物的困扰并使其行为发生改变。理性-情绪疗法的治疗过程分为诊断、领悟、修通和巩固 4 个阶段:(1) 诊断是治疗的开始,这时病人一般处于不良情绪状态中,治疗的目的是帮助患者认识不良情绪,与患者建立良好的医患关系,同时引导病人寻找不良情绪和行为的原因,探索 ABC。当医生确信已找到病人的主要的 ABC 之后,可进行总结,做出诊断;(2) 领悟阶段的主要目的是引导病人学习理性情绪疗法的理论,增强其治疗动机;(3) 修通阶段是认知治疗的关键期,这一阶段的主要目的改变患者的非理性信念,它也是诊断、领悟阶段的自然延续;(4) 巩固阶段是治疗的最后一步。这一阶段的主要目的是使病人进一步通过理性思维巩固前期治疗的效果。认知疗法的实施需要掌握一些技巧,包括引导与领悟,角色变换,以及认知作业等等。

2.2.4.2 贝克疗法的治疗过程和技术 临床心理学家贝克经过 30 多年的探讨,发展出一套较为完整的认知治疗的理论体系、操作方法以及系统的治疗程序。贝克理论的基本观点是:一个人如何解释他的经历决定着他的情感和行为,导致人的不良情绪和行为的核心理由正是人的认知歪曲。比如说,如果一个人把他的处境解释为危险的,那么他就会体验出焦虑并期待着逃离。人们所经常体验的悲伤、欣快、焦虑和愤怒这四种最为基本的情绪正分别由失落、获得、危险和别人有不良行为的知觉所引起。因此,如果要想改变人们的不良情绪,就要设法改变他们的不良认知。贝克疗法的核心就是矫正人们思维过程中特殊的习惯性错误。这种治疗的基本策略是言语性干预与行为矫正技术的结合。目的是为了帮助病人认识他们的错误认知,并帮助他们改正。当病人认识到他们所处的困境并以较现实的枋度来思考和行动时,他们的症状便开始改善。贝克列举了 6 种常见的认知错误:(1) 任意的推断,即没有证据时病人作出的推断性结论;(2) 选择性抽象,即只注意细节而忽略处境中更为主要的信息,并用所注意到的细节对整个处境进行解释;(3) 过分概

括,即从个别事件作出概括全部处境的一般性结论;(4)放大和缩小,即对特殊事件的相对重要性作出的不正确评价;(5)个人化,即将外部本无关联的事件硬性地联系到自己身上;(6)二分法思维,即对事物的评价采用非白即黑,非此即彼的简单性思维方式。对以上这6种常见的认知错误进行矫正是贝克疗法有效改善患者情绪障碍的重要途径。具体实施时,可以采用以下几种技术:(1)识别自动化思想;(2)辨别歪曲认知;(3)进行真实性检验;(4)注意不良认知;(5)监督焦虑水平。

2.2.5 **集体心理治疗** 在集体心理治疗实践中,国外的一些机构作出了明显的效果。如英国一家普通医院曾在1970年成立了一个专为哮喘患者服务的特殊机构,在这个机构里,曾为几百名哮喘患者提供了集体性的心理治疗。每周由医患组成会诊小组,让每个病人进行系统登记,记录病人病情发作时间,来自不同职业的病人聚在一起,在医生配合下共同交流各自的治疗心得。这种集体性的交流在相当的程度上增强了患者的自信,起到了比较明显的效果。我国一些医疗单位在推广联合国《全球哮喘防治战略》指南(GINA)中,从加强医患关系入手,建立了不少哮喘之家,通过医生与患者,患者与患者之间的交流,有效地减轻了不少患者的心理负担。有了这种心理基础,患者可以积极地在医生的指导下,结合自己的具体情况,找出各自的促发因素,以及避免诱因的方法,同时能够自觉地按医生要求进行规律的肺功能

监测(PEF),从而得以制定出有效的针对个人的用药计划和发作期处理方案,进而有效地改善了支气管哮喘症状。

2.2.6 **中医与心理相结合的方法** 历史悠久的中医学强调情志在疾病发作中的作用,并在实践中积累了丰富的经验。根据中医的脏腑情志理论,调节躯体与情绪障碍,拟定行气、降逆散结的治则,理气散结,清热化痰,同时进行心理干预,如此可以达到系统的综合性治疗的效果。

2.2.7 **心理与运动相结合的方法** 这是一种叫作哮喘体操的综合性方法。在心理调节的基础上,让患者进行腹式呼吸的运动,同时采用祛痰的姿势,这样就可以通过腹式呼吸来锻炼与增强呼吸肌群的肌力,并因采用了祛痰的姿势,促使痰液易于咳出,从而可以减少小支气管的阻塞,使哮喘症状大大改善。

参考文献:

- [1] 徐勤枝,丁新民,李强,等.嗜酸性粒细胞在激素抵抗型哮喘中的作用[J].现代康复,2001,5(3上):94-95.
- [2] 姜丽敏,朱惠如,章晓冬.支气管哮喘遗传相关基因的研究[J].现代康复,2001,5(3上):95-96.
- [3] 郭晓明,郭爱云,严绍增,等.哮喘豚鼠外周血淋巴细胞凋亡及白细胞介素-5和粒细胞/巨噬细胞集落刺激因子mRNA表达的研究[J].现代康复,2001,5(3上):97-98.
- [4] 冯学斌,王福猛,齐春生,等.支气管哮喘淋巴液与血清白细胞介素、免疫球蛋白G亚类的对比研究及意义[J].现代康复,2001,5(3上):98-99.

(收稿日期:2001-06-22) (编辑:马晓昕)

(上接第6页)

最明显的是运动能力和转移能力障碍,而康复治疗后功能改善最明显的同样是运动能力和转移能力的改善,说明了康复治疗最重要的是运动功能的恢复。表3还显示,在所有的住院病人中出院与入院相比,FIM评分平均进步20分左右,随访与入院相比,FIM评分平均进步30分左右。说明住院病人出院后回到社区和家庭,FIM评分仍有一定增加,功能在不断改善。

以上本文仅介绍了美国康复医学统一数据系统运用FIM量表作为评价康复医学科住院病人康复治疗效果,以及随访情况指标。此外,UDSMR还包括许多其他相关资料,包括病人的家庭居住情况、文化程度、住院费用、费用来源等多方面资料,通过统计分析这些资料可起到以下一些作用:(1)将这些数据提供给国家政府部门和卫生机构,以使这些机构了解国内整个康复医疗的动态,制定相应的措施和目标,提供相应的医疗经费;(2)这些资料每年提供给各个临床单位,临床单位通过将本单位的资料与UDSMR发表的资料相比较,以了解美国国内,以及本单位的康复医疗水平,制定本单位相应的措施和目标;(3)UDSMR系统通过大量汇总各单位的数据和资料,运用统计的方法混合到统计模式中去,制定出相应的数理模型,可进一步预测相关疾病康复治疗的过程和预后,使康复治疗更有预见性,目前这个预测数理模型已经通过FIM量表的评测,发展到一个功能相关的模式,即FIM-FRC模式^[7],今后有望将这种模型成为美国国内康复医学整体性模型,以作为指导和预测康复医疗工作的基础和依据。

在我国,每年同样有许多功能障碍的病人进行康复治疗,但国内至今还没有一个统一的、规范化的功能评价量表,许多资源无法充分利用和统计。本文通过以上介绍的美国康复医学统一数据系统和临床康复医学科运用FIM量表作为功能评价指标的方法,希望对我国康复医疗工作有一定启迪和借鉴作

用。在我国同样应建立一个比较统一的、规范化的,并能与国际相接轨的功能评价量表。通过有效的功能评价,可以评价我国对不同疾病康复治疗的效果,评价不同康复医疗单位康复治疗水平,同时可将这些资料与国际上康复医疗较为发达的国家和地区的资料相比较,借以找出我们的差距,制定相应的康复医疗规划,缩小与发达国家康复医疗的距离,最终借以提高我国康复医疗的整体水平^[8-11]。

参考文献:

- [1] GRANGER CV, HAMILTON BB. UDS Report - the Uniform Data System for Medical Rehabilitation[J]. Am J Phys Med Rehabil, 1992, 71: 108 - 113.
- [2] BATES BE, STINERMAN MG. Outcome indicators for stroke, application of an algorithm treatment across the continuum of postacute rehabilitation services[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2000, 81: 1468 - 1478.
- [3] DONAGHY S, WASS PJ. Interrater reliability of the functional assessment measure in a brain injury rehabilitation program[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1998, 79: 1231 - 1236.
- [4] INOUE M, KISHIKI, IKEDA Y, et al. Prediction of functional outcome after stroke rehabilitation[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2000, 79: 513 - 518.
- [5] FIEDLER RC, GRANGER CV, RUSSELL CF. UDSMRSM: follow-up data on patients discharged in 1994 - 1996[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2000, 79: 184 - 192.
- [6] WHITLOCK JA JR, HAMILTON BB. Functional outcome after rehabilitation for severe traumatic brain injury[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1995, 76: 1103 - 1112.
- [7] STINERMAN MG, ESCARCE JJ, GOIN JE, et al. A case mix classification system for medical rehabilitation[J]. Med Care, 1994, 32: 366 - 379.
- [8] 卓大宏. 面向21世纪的中国康复治疗[J]. 现代康复, 2000, 4(1): 2.
- [9] 高谦, 王福根. 重视康复医学的临床评估问题[J]. 现代康复, 2000, 4(2): 242.
- [10] 傅克礼, 崔三生. 对现代康复医疗机构发展的探讨[J]. 现代康复, 2000, 4(10): 1493.
- [11] 胡永善. 论康复医学医疗服务的效益[J]. 现代康复, 2000, 4(12上): 1855.

(收稿日期:2001-06-22) (马晓昕)