



集体心理咨询和行为训练对手术康复的影响^{*}

姜乾金

(浙江医科大学)

郭安娜 翁焕兰 孟朝霞 沈雅芬

(杭州市第一人民医院)

孙贤林

(浙江玉环医院)

【摘要】通过对50例上腹部手术病人的临床实验观察,证明集体心理咨询和简单的松弛训练方法相结合能降低外科病人对手术的紧张心理反应,减轻手术后疼痛程度,因而也减少止痛和镇静药物使用量;病人起床时间提早,手术后肠道开始排气时间提前,同时还一定程度使病人术后住院时间缩短和术后并发症减少。这些结果说明,心理行为技术在外科手术病人中具有一定的应用价值。

近年,随着心理行为科学研究取得进展,心理社会因素对健康和疾病所产生的影响已越来越被人们重视,心理学方法和技术已被越来越广地应用于临床疾病防治和康复过程。国外曾有人使用各种心理教育或行为训练等方法,应用于外科手术病人,取得了较满意的效果。⁽¹⁾但国内未见有类似的系统观察研究报告。本文使用心理指导和自我松弛训练相结合的方法,探索行为技术在临床外科康复中的应用。

对象与方法

一、对象

胃、胆囊疾病为主的上腹部择期手术病人按入院先后次序随机分为实验组和对照组各25名。两组的性别、年龄、文化程度、职业和手术种类经统计处理无明显差异,具有可比性。

二、方法

1、集体心理咨询模式:在入院后对病人做心理指导,重点介绍心身联系基本知识,阐述手术对个体心身影响情况,解释手术后疼痛的主要原因是局部肌肉紧张,强调心理调节和自我松弛训练可使之减轻。指导他们事先进行松弛训练练习,要求在手术中和手术后积极配合实施。

^{*}谨对浙江省建工医院气功康复病房甘莲珍老师表示感谢。

2、松弛训练模式：用类似气功的放松功做松弛训练，包括入静（即排除杂念，但适当进行愉快的联想），利用缓慢的呼吸而有意识地把自身各部位顺序放松，并反复进行自我训练。

3、行为反应评定标准：（1）根据病人主观报告和睡眠、食欲、表情、语言、态度、活动等客观行为表现，将病人的心理反应分为1~4个等级；（2）手术后疼痛程度分级采用类似的四级估价方法，即病人主观报告和为行为反应观察（包括表情、呻吟程度、躯体症状如出汗不止等）相结合。以上两项标准经参考Egbert工作事先制订。⁽²⁾病人行为反应等级由实验人员按标准逐个商定随时记录。

4、实施：实验组病人入院后除接受常规术前指导外，同时还要接受心理指导，并被要求进行具体的松弛训练练习。在手术进行和手术后病人要坚持进行自我放松训练，实验人员术后重复上述有关的心理指导。对照组病人仅给以常规术前指导，不提及疼痛问题。分别记录两组病人的术后心理反应等级、术后疼痛程度、起床活动时间、术后放屁时间、住院时间、使用过的镇静止痛药物剂量等主客观指标作统计比较。主治医生不参与本实验过程，以尽可能消除医生主观因素对治疗过程的影响。实验目的也不告诉病人知道。

结果分析

一、行为反应情况

实验组和对照组入院时的焦虑心理反应评定结果平均等级分别为3.00和3.08（对数均数，下同），差异不显著（ $P > 0.05$ ）。但手术后心理反应评定均值两组分别为2.07和2.82，差异有显著意义（ $P < 0.05$ ）。结合下述实验组术后镇静药用量也较小之结果，说明心理指导和松弛训练能有效地帮助病人克服对手术的焦虑心理，从而减轻术后心身反应程度，这将有助于手术后的康复过程。

手术后疼痛程度分级评定均值两组分别为2.68和3.35，差异有显著意义（ $P < 0.05$ ）。由于手术后止痛药物使用也存在差别，故可以认为实验组手术后疼痛程度较轻。

二、术后过程

手术后止痛、镇静药物使用情况见表1。实验组使用量明显较少，差异有显著意义

表1 术后止痛镇静药物使用量（每人平均值）

组别	度冷丁		非那更（与度冷丁合用）		安定	
	次数	剂量（mg）	次数	剂量（mg）	次数	剂量（mg）
实验组	1.04	66.6	0.44	11	0.2	2.0
对照组	1.84	91.2	0.88	22	0.32	3.2

（ $P < 0.05$ ）。手术后整体康复过程见表2。其中肠道开始排气时间和起床活动时间，两组

表2 术后康复情况比较（平均值）

组别	肠道开始排气（时）	起床活动（天）	导尿（例）	住院时间（天）
实验组	61.64（40~84）	4.56（2~8）	2	13.72±4.76
对照组	75.00（58~112）	5.96（4~11）	6	16.84±7.24

差异都有非常显著意义($P < 0.01$)。另外, 实验组术后需要导尿的例数较少(2/25 : 6/25); 平均住院时间也较对照组短3.12天。上述结果说明, 实验组较之对照组, 其术后康复过程相对顺利。

讨 论

外科手术由于对躯体有一定损伤, 因而对多数外科病人来说易引起一定的焦虑性心身反应。(1、3) 据研究, 手术病人的严重紧张焦虑, 或者相反, 术前有明显的心理否认(denial)机制, 即心理上对手术采取回避和否认, 都会影响个人对手术结果的评价, 而且还会与术后心身康复过程密切有关。(1) 因而在术前做好集体心理咨询工作以及使用各种心理行为技术以帮助病人减少焦虑反应, 提高心身应付能力, 增加手术成功率, 成为目前康复心理学(rehabilitation psychology)领域感兴趣的一项课题。Egbert曾在60年代着重使用语言鼓励并结合放松训练方法, 对上腹部手术病人进行观察研究, 结果病人手术后躯体和行为状态都比对照组好。(2) Healy也有类似研究, 结果经过一系列行为训练指导的病人有效地减少了镇静止痛药物的使用量, 减少了术后并发症的发生。(4) 70年代, Melamed进一步用电影教育的手段, 对儿科手术病人进行模型教育训练(Modeling), 她们将一位能够顺利渡过手术治疗全过程的儿童表现拍成电影, 供新入院的患儿观看, 结果也较满意。(5) 我们的工作与上述各项工作结果具有一致性。

近年, 行为疗法(behavior therapy)中的松弛训练法(relaxation training)在国外某些地方已被应用于多种功能和器质性疾病, 包括早中期高血压、哮喘、以及其他心理生理失常如慢性疼痛、焦虑、抑郁、失眠等病症的康复治疗。(6) 其中松弛训练对高血压的作用研究较多, 被证明是一种相当有意义的辅助行为治疗法。(7、8) 松弛训练对心身的作用有其特定的生理机制, 主要是有效地降低外周肾上腺能活力, 如实验测定使血浆多巴胺 β 羟化酶活力下降。(9) 这一机制对于外科病人手术前后的心身调节同样是有利的。

传统上的松弛训练技术(relaxation techniques)其方法和种类很多, 一般常带有各种民族或宗教的色彩。(8) 近年, Benson等人经过总结各种松弛训练方法的共同特点, 创立了一种非文化的松弛反应(relaxation response)方法, 使松弛训练变得简便而易于掌握, 同时又能够产生与其他复杂的静默松弛训练方法相同的低代谢生理变化和治疗效果。(10) 这种松弛反应方法的特点是入静, 即排除杂念, 默数呼吸和反复在深呼气中进行自我全身顺序放松。我们在本文中使用的松弛反应方法与此相似, 实践证明, 大多数病人能够很快地接受和掌握这一简单的行为训练程式, 因而适宜于外科择期手术病人在术前短时间内学习和掌握。值得在外科临床作进一步应用探讨。

当然, 我们认为松弛训练在外科病人中应用之所以发挥良好作用, 其机制是多方面的。除了外周肾上腺能活力下降等生理机制外, 心理上的支持和自我暗示作用也是很重要的积极因素。因此, 为了充分发挥个体的主观能动作用, 应结合实施集体心理咨询。

集体心理咨询在我们这一场合与集体心理治疗具有相似的含义。目前它已成为躯体伤残和慢性病人的重要康复手段,(11) 本工作进一步证明它对外科手术病人的短期康复过程也有重要意义。集体心理咨询早在本世纪初Pratt等人即已开始在躯体疾病病人中采用。当时他集中相同躯体疾病病人, 通过讲课和讨论的方法在情绪和行为方面给病人以支持和鼓励。经过几十年的发展, 这类独特的心理学方法在内容上已大大地丰富, 除了交谈法, 还结合使用

各种具体的心理行为技术；在使用对象方面，除了被广泛应用于社会各类特殊群体，躯体病人仍然是其使用对象之一。⁽¹²⁾由于具有相同问题的人集中在一起互相之间可产生心理上的促进和支持作用，集体心理咨询有利于集中解决病人因躯体疾病而存在的某些共同心理问题，如焦虑、抑郁、康复中的生活适应等，同时也有利于某些心理行为技术或康复训练计划的实施。较之个别咨询法，在这些方面它显得较经济、高效。

本组外科病人的咨询内容主要围绕着手术病人具有共性的紧张焦虑心理，用心身联系等心理科学知识给以指导，在情绪上给以支持，结果减轻了焦虑程度，增强了康复信心，并使松弛训练发挥出尽可能大的客观效果来。即使是某些具有“否认”机制，因而在手术前“很少焦虑”的病人，通过集体咨询也将有利于帮助他们认识问题，面对现实，克服心理上的“回避”，以正确的心理姿态对待手术。在做好心理说服的基础上，我们在具体指导患者进行松弛训练时，同时还强调应进行某种空幻式的联想，回忆愉快的情绪体验等，以便使心理得到进一步放松，转移对疼痛的注意力，这反过来又有利于松弛肌肉，使整个松弛训练达到理想的要求，从而促进术后心理和生理功能的恢复。

参考文献

1. 姜乾金：“外科手术病人的辅助行为治疗”，《外国心理学》，1985；2：42.
2. Egbert LDetal；N Engl J Med 1964；270（16）：825.
3. 许淑莲：“入手术室时的情绪状态和某些心理生理机能的联系及其和针麻效果的关系”，《心理学报》1979.
4. Healy KN；Am J Nursing 1968；68：62.
5. Norton JC；Introduction to Medical Psychology，The Free Press，NY，1982，P. 112.
6. Ince LP ed；Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine；Clinical Application，Williams，Baltimore，1980，P. 286.
7. 姜乾金、吴春容：“音乐松弛训练对高血压病人即时降压效应的实验研究”，《应用心理学》，1986；1：36.
8. 姜乾金：“心理社会因素与高血压临床”，《应用心理学》，1986；3：46.
9. Stone RH，Deleo J；N Engl J Med 1976；294（2）：80.
10. Beary JF，Benson H；Psychosom Med 1974；36：115.
11. 中国康复医学研究会：《康复医学》，人民卫生出版社，1984，P. 430.
12. Weiner IB ed；Clinical Methods in Psychology，2nd ed，John Wiley & Sons，NY，1983，P. 425、390、420.