

情绪释放疗法对住院精神分裂症患者家属照顾者负担及焦虑、抑郁水平的影响

罗红梅

中南大学湘雅二医院临床心理四区 湖南长沙 410011

[摘要] 目的 探讨情绪释放疗法对住院精神分裂症患者家属照顾者负担及焦虑、抑郁水平的影响。**方法** 将 81 例符合筛选标准的住院精神分裂症患者家属随机分为对照组及实验组。对照组实施住院患者家属常规接待, 实验组在对照组常规接待的基础上采用情绪释放疗法进行每天 1 次, 共 3 次的干预。采用 Zarit 照顾者负担量表、Zung 焦虑及抑郁自评量表进行干预前、后测评。**结果** 干预后实验组 ZBI 评分 (30.22 ± 10.27) 低于对照组 (37.21 ± 16.57), SAS 评分 (50.82 ± 5.42) 低于对照组 (56.44 ± 5.16), SDS 评分 (51.70 ± 6.12) 低于对照组 (56.15 ± 5.71), 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$, 或 $P < 0.05$)。**结论** 情绪释放疗法能有效降低住院精神分裂症患者家属照顾者负担水平, 改善焦虑、抑郁状况, 值得进一步研究、推广。

[关键词] 情绪释放疗法; 精神分裂症; 照顾者负担; 焦虑; 抑郁

[中图分类号] R749.3

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 06-024-04

精神分裂症 (Schizophrenia, SCH) 大多起病于青壮年, 是一类难治的、严重的, 高致残性精神障碍, 发作时常有指向他人或自身的危险行为倾向^[1]。其患病率居精神障碍类疾病首位, 约占我国住院精神患者的 50%^[2]。由于患者病情反复发作 (复发率高达 81.4%^[3])、病程迁延且一般都有认知、情感、意志行为障碍及社会功能退缩, 直接影响到患者日常自理能力及社会功能实现, 加之社会大众对精神病传统观念及歧视、回避等消极态度, 精神分裂症患者家属大都承受着沉重的心理压力和压力, 易产生照顾者负担及焦虑、抑郁等负性情绪^[4-6], 不仅负性影响家属身心健康, 也会外化成为对患者的不良刺激, 甚至诱发病情复发, 导致生活能力和社会功能进一步减退^[7]。情绪释放技术 (Emotional Freedom Technique, EFT) 以是一种使用敲击技术治愈个体情绪、心理甚或生理困扰的心理咨询技术, 因其实施方法快速简单、成本效益高等特点, 一经提出即被心理学家、医师、治疗师及辅导工作者所采用, 短短 20 年间 EFT 已为世界各地、成千上万不同文化背景的人群解决自身情绪、心理甚或生理困扰问题提供了有效方法^[8-10]。本研究通过对 41 例住院精神分裂症患者家属实施情绪释放疗法, 探讨干预对家属照顾者负担及焦虑、抑郁水平的影响, 现将研究总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

研究对象选取 2016 年 12 月 ~ 2017 年 12 月在本院住院治疗的精神分裂症患者家属。纳入标准: ①所照顾患者符合《中国精神障碍分类与诊断标准第三版》(Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disease, third edition, CCMD-3) 精神分裂症诊断标准。②为患者主要家庭照顾者 (以照顾时间及工作量评价, 与患者关系密切或有医疗及其他照顾决定权的家属)。③年龄 18~65 岁。④有较好的理解、沟通能力。⑤意识清楚、认知正常。⑥知情同意、自愿参与本研究。排除标准: ①有精神障碍病史; ②有严重躯体疾病或人格障碍或酒精/药物依赖; ③所照顾患者共患有其他重性精神障碍或严重躯体疾病。④已参加或正在参加类似的研究。照顾者剔除标准: ①错过任意一次 EFT。②拒绝填写相关问卷。

初期共纳入研究对象 90 例, 按照随机数字表法分别入组实验组与对照组, 各 45 例。后期因错失一次及以上 EFT 干预剔除实验组 4 例, 干预结束时拒绝填写相关问卷剔除对照组 5

例。实际研究对象为 81 例, 其中实验组 41 例, 男 14 例, 女 27 例; 年龄 29~65 岁, 平均年龄 (40.31 ± 6.14) 岁; 职业: 工人 12 例, 农民 20 例, 自由工作 6 例, 无业 3 例; 文化程度: 小学 8 例, 初高中 15 例, 大、中专 14 例, 本科及以上 4 例; 病程 ≤ 3 年 10 例, >3 年 31 例; 与患者家庭关系为父母 19 例, 配偶 16 例, 子女 5 例, 其他 1 例。对照组男 16 例, 女 24 例; 年龄 28~65 岁, 平均年龄 (41.41 ± 5.83) 岁; 职业: 工人 14 例, 农民 16 例, 自由工作 6 例, 其他 4 例; 文化程度: 小学 7 例, 初高中 16 例, 大、中专 12 例, 本科及以上 5 例; 病程 ≤ 3 年 12 例, >3 年 28 例; 与患者家庭关系为父母 20 例, 夫妻 12 例, 子女 6 例, 其他 2 例。2 组研究对象在性别、年龄、职业、文化程度、病程方面比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组: 实施住院患者家属常规接待。具体内容包括设立家属意见簿; 责任护士及管床医生热情、主动接待探视家属, 积极自我介绍, 告知患者家属目前的病情及治疗与护理措施等; 责任护士注意与家属建立良好的关系, 予以适当的宽慰。

1.2.2 实验组: 在对照组常规接待的基础上, 实施 EFT 干预。具体如下:

1.2.2.1 干预前培训、预案: 干预正式开展前研究者由掌握 EFT 实施技能的专业心理咨询师进行培训。培训内容包括 EFT 相关理论知识、沟通技巧及实施方法, 理论知识考核与现场模拟考核通过后方可进行干预。干预前建立情绪失控相关预案, 最大限度的保障干预顺利、安全实施。

1.2.2.2 干预前准备: (1) 场所准备: 干预场所环境宽敞、安静、明亮、温度适宜, 室内设有办公桌 1 台, 带靠背椅 2 张, 音频播放器 1 台 (可播放轻音乐), 彩版穴位图解 1 张, 笔、纸、手帕纸等。(2) 人员准备: 由研究者事先与家属电话联系、提前预约好时间。时间尽量安排在家属探视前、后以提高参与度。本研究第 1 次干预家属多选择在入组时完成 (35 例, 占 85.37%)。第 2、3 次干预均在探视前、后。

1.2.2.3 开展干预: 实施每天 1 次、共 3 次的 EFT 干预 (时间不严格要求连续)。每次干预时间控制在 20~30min。实施过程中指导家属采取舒适坐位, 视家属喜好选择是否播放轻音乐。具体干预流程如下: (1) 对焦情绪: 帮助家属回想、触发焦虑、悲伤等负性情绪 (语言指导家属在脑海中过电影般

快速回忆过往,情景再现当时、当事,睁眼、闭眼均可,定格并持续锁定于引起负性情感体验的那个镜头)并要求其保持面对这个情绪,此为情绪释放技术解决情绪问题的关键点。当然,若评估家属正处于负性情绪中,则不需再另行情绪对焦。

(2) 评估情绪强度:采用主观困扰指数(Subjective Units of Distress scale, SUDs)(0为无,10为最严重)指导进行自我负性情绪强度评价。以此指导后续穴位敲打次数实施。

(3) 建立提示语:提示语是一段固定格式的文字,主要讲述个体正在经历的困难,并跟随一个接受型的语句。如提示语格式可为:“虽然我很焦虑,但我还是深深地并且全然地爱着我自己”。(4) 按揉压痛点:指导家属一边按揉锁骨以下胸部的一个特殊部位一酸痛点(由研究者示意,必要时指出),一边大声说出提示语。重复大声说出提示语3次,每次说完后深呼吸1次。(5) 敲打穴位:指导家属中指、食指、无名指三指并拢、微弯,依次敲打穴位(后溪、攒竹、瞳子髎、承泣、人中、承浆、俞府、左大包、百会)。敲击频率每秒钟2-3次,强度以不感到疼痛为宜,敲击时间为重复诵读提示语(可为缩略版,如“焦虑”)的时间。注意在实施过程中始终保持情绪对焦。9大穴位敲打完成后深呼吸3次,再次评估情绪强度。若仍 ≥ 3 分则重复步骤④。(6) 情绪脱敏:当负性情绪强度降到1或2分时,要求家属保持头部不动,深呼吸3次。然后睁开眼睛——闭上眼睛——睁开眼睛——鼻尖不动眼睛往右下方看——鼻尖不动眼睛往左下方看——鼻尖不动眼球顺时针转一圈——鼻尖不动眼球逆时针转一圈——哼唱一段自己喜欢且带来欢快的曲目秒钟——从数字7倒数到1——再次哼唱喜爱曲目。

1.3 评价方法

1.3.1 由2名测评人员(护理专业在读研究生)借助问卷指导两组家属根据自身情况填写,完成干预前后测评指标的采集。统一问卷指导语,对于文化程度低、视力障碍等影响作答者,由测评人员以无暗示方式逐项口述,听其自行选择后可代为填写。问卷当场发放、当场回收,经质量核查后统一编码有效回收问卷。2名测评人员经统一问卷使用方法培训,测评前评价 Kappa >0.85 。

1.3.2 干预前测评时间设定为研究对象入组时,问卷设计包括一般资料问卷(用以采集家属基本信息)、Zarit 照顾者负担量表(Zarit Burden Interview, ZBI)、Zung 焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)及抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS);干预后测评时间设定为第3次EFT干预完成后即时,问卷设计包括ZBI、SAS及SDS。

1.4 测评问卷设计

1.4.1 一般资料问卷:自行设计,用于获取两组家属性别、年龄等基础资料。

1.4.2 ZBI:采用1985年Zarit等^[10]基于临床经验及护理负担测量理论设计开发的照顾者负担自评量表。ZBI包括22个条目,内容设计涉及被试者健康情况、精神状态、经济、社会生活等方面,是目前国内外使用最为广泛的照顾者负担研究测评工具之一。条目计分采用Likert5级评分(“没有”计为0分,“总是”计为4分),各条目得分相加即为总分,总分越高则被试者照顾负担程度越重^[11]。照顾负担水平分级:总分0-19分为无或极轻度负担,20-39分为轻度负担,40-59分为中度负担,60分以上为重度负担。中文版ZBI量表总Cronbach's α 系数为0.88,信度较高,内容效度、结构效

度均较好^[12]。

1.4.3 SAS:采用Zung^[13]编制的、用以量化分析被试者焦虑状态轻重程度及动态变化的焦虑自评量表。SAS包括20个条目,条目计分采用Likert4级评分(“没有或很少时间有”计为1分,“绝大部分或全部时间都有”计为4分),各条目得分相加后乘以1.25即为标准分。标准分越高则被试者焦虑程度越高。按照中国常模,50分为SAS总分分界值,50-59分为轻度焦虑,60-69分为中度焦虑,70及以上为重度焦虑,该量表总Cronbach's α 系数 >0.75 ^[14]。

1.4.4 SDS:采用Zung^[13]编制的、用以量化分析被试者抑郁状态严重程度及动态变化的抑郁自评量表。SDS条目数、条目计分方法及标准分计算方法同SAS。按照中国常模结果,53分为SDS总分分界值,53-62分为轻度抑郁,63-72分为中度抑郁, ≥ 72 分为重度抑郁,该量表总Cronbach's α 系数 >0.75 ^[14]。

1.5 统计学方法

采用统计软件SPSS18.0对研究采集各项数据的统计描述、分析。资料数据采用例、均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)形式展示。计数资料行 χ^2 检验或Mann-Whitney U秩和检验;计量资料行t检验。设定检验水准 $\alpha=0.05$,所有P值均表示双侧概率。

2 结果

2.1 两组一般资料情况比较,见表1。

2.2 两组干预前后ZBI、SAS及SDS得分比较,具体见表2。

3 讨论

3.1 EFT是心理工作者葛瑞克雷格于20世纪90年代末在卡拉汉博士创建的思维场疗法的基础上演变而来的情绪释放技术^[9]。EFT认为机体产生的、未得到及时全部释放的、强烈负性情绪会逐渐固结于机体能量系统里,成为损害性能量动作。找到这些郁结的负性情绪并释放它能够帮助机体恢复自身能量系统平衡,帮助疗愈因能量平衡受损所致的身心问题^[15]。有研究认为EFT实施三大有效点之“对焦情绪”能够激发大脑边缘系统的杏仁核发生应激反应;“敲打穴位”可刺激感觉神经,调节大脑杏仁核活动,进而阻断应激反应。配以提示语大声诵读可进一步激活潜意识调动自我保护机制,改变消极认知、建立积极信念;“情绪脱敏”可放松紧绷的注意力,帮助身心进入放松状态,从而达到情绪释放^[16]。

3.2 EFT作为一项新心理治疗技术,因其起效迅速、简单易学,无需复杂而冗长的诊断与学习阶段,使得受惠人群日益扩大,目前EFT在国外的应用范围非常广泛,被用于对许多心理疾病如恐怖症、焦虑症、创伤后应激障碍(PTSD)以及压力管理等^[8, 9, 15-17]。此外,有研究显示EFT也有积极的生理作用,避免杏仁核受不良刺激影响,有助于维持机体血清素和多巴胺比例于正常范围内^[18]。

3.2 本研究干预前的问卷调查显示两组患者家属照顾者负担、焦虑及抑郁水平较高,与以往王英波^[19]、冯辉^[20]的研究结果相类似,精神分裂症患者家属身心健康状况不容乐观。分析原因考虑大多数精神分裂症患者需要长期甚至终身治疗,而其家属则承担了绝大部分的照料责任,在照料过程中家属自身生活不可避免的会被严重扰乱;大多患者伴有认知、情感、意志行为障碍及社会功能退缩及行为异常,使得沟通、管理困难^[4];社会大众对精神类疾病仍存有明显偏见,患者及其家属病耻感明显,家庭、社会人际关系不良等^[6],都将使得患者家属长期处于高应激状态,加重照顾者负担及焦虑、抑郁水平。而患者家属不良心理状态外化的负性情绪也将继

续作用于患者,经观察、理解、评价,继而严重影响患者的治疗心态^[7]。因此,关注患者家属照顾者负担及情绪障碍,给予有效的心理健康干预具有必要、紧迫性。

3.2 本研究将 EFT 引入到精神分裂症患者家属人群,通过实施每天 1 次、共 3 次简单干预,有效地降低了实验组患者家属的照顾者负担、焦虑及抑郁水平。整个 EFT 干预流程

中,患者家属无需和干预这进行深度交流,只需要按照提示语、依照顺序流程进行即可,实施简便、操作性强,具有明显的推广应用价值,但与此同时,我们也要正式它的局限性,干预本身仅聚焦于缓解、释放负性生活事件带来的不良情绪等问题,对个体性格成熟与完善作用有限^[9],应该用辨证的眼光来看待 EFT,扬长避短,合理应用、更好服务于临床。

表 1: 两组一般资料情况比较

项目	分类	实验组 (n=41)	对照组 (n=40)	t/Z/ χ^2 值	P 值
年龄 (岁)		40.31±6.14	41.41±5.83	-0.826	0.411
病程 (年)		4.21±4.04	4.00±3.67	0.245	0.807
性别	男	14	16	0.298	0.585
	女	27	24		
职业	工人	12	14	0.729	0.866
	农民	20	16		
	自由工作	6	6		
	无业	3	4		
	小学及以下	8	7		
文化程度	初高中	15	16	-0.109	0.913
	大、中专	14	12		
	本科及以上	4	5		
病程 (年)	≤ 3	10	12	0.322	0.570
	>3	31	28		
家庭关系 (为患者的 **)	父母	19	20	1.009	0.799
	配偶	16	12		
	子女	5	6		
	其他	1	2		

表 2: 两组干预前后 ZBI、SAS 及 SDS 得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

测评项目	时间	实验组 (n=41)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
ZBI	干预前	36.83±16.17	36.91±15.58	-0.023	0.982
	干预后	30.22±10.27	37.21±16.57	-2.287	0.025
	t 值	2.210	-0.083		
	P 值	0.030	0.933		
SAS	干预前	55.15±6.59	55.28±5.74	-0.095	0.925
	干预后	50.82±5.42	56.44±5.16	-4.778	0.000
	t 值	3.249	-0.951		
	P 值	0.002	0.345		
SDS	干预前	55.46±5.68	55.96±6.33	-0.374	0.709
	干预后	51.70±6.12	56.15±5.71	-3.382	0.001
	t 值	2.883	-0.141		
	P 值	0.005	0.888		

[参考文献]

[1] Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia[J]. Arch Psychiatr Nurs, 2011, 25(5): 339-349.

[2] 田红梅, 韩冬梅, 刘佳荣, 等. 我国近年精神分裂症康复文献初步分析[J]. 中国康复理论与实践, 2013(9): 817-819.

[3] 陈亚萍, 李清伟, 吴文源. 国内精神分裂症康复治疗 (下转第 28 页)

0.05, 具有统计学意义, 见表 1。

2.2 患者护理满意度观察

与实施前相比, 患者护理满意度由 94.67% 上升至 99.33%, 对比差异显著, $P < 0.05$, 具有统计学意义, 见表 2。

表 2: 患者护理满意度比较 (n、%)

组别	例数	满意	基本满意	不满意	总满意度
实施前	300	145 (48.33)	139 (46.33)	16 (5.33)	284 (94.67)
实施后	300	201 (67.0)	97 (32.33)	2 (0.67)	298 (99.33)
χ^2	—	1.235	1.425	1.689	1.967
P	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

医院护理质量管理的根本目的在于提高护理质量, 护理质量管理作为医院管理的重要组成部分, 其管理的科学性和有效性直接影响到护理的质量。

3.1 提高了护理质量和患者满意度

对护理质量的管理, 改变过去得过且过的护理现状, 更加注重“以患者为本”, 把护理质量的管理定位在患者身体健康和心理健康的双重要求上, 更加尊重患者的需求, 并且有针对性的护理, 也能显著提高各种患者的满意度^[5]。

3.2 强化了护理人员全面质量管理的意识

通过全面推进质量管理, 对护理质量的标注以及考核目标等等内容的学习, 强化了每一个护理人员质量管理的意识, 也使得全院的质量管理有专人负责, 并且奖惩有章可循、有据可查, 在医院内部形成了一套完整的质量控制体系, 保证了全面质量管理的顺利推进。

3.3 全面质量管理保证了护理质量的持续提升

实行全面质量管理, 重点是如何在护理过程中不断的提升护理质量, 通过不断的护理质量提升的完善和每一个护理人员质量意识的不断强化, 使得全院的护理质量得到持续的

提升而不间断, 通过相关制度的改革, 不断激励护理人员取得更高的成就, 使得护理质量提升有源源不断的动力^[6]。

综上所述, 将全面质量管理模式运用在护理管理工作中可将医院护理质量有效提升, 并且提高患者对护理人员的满意度, 有临床推广运用意义。

【参考文献】

- [1] 赵颖, 巩建丽. 品管圈管理在护理质量提升中的应用体会 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(10):1449-1450.
- [2] 曾湘岚. 全面质量管理理念在护理质量管理中的应用效果分析 [J]. 中国卫生产业, 2017(24):114-115.
- [3] 陈莹莹. 全面质量管理理念在骨科病区护理质量管理中的应用 [J]. 中医药管理杂志, 2016(7):91-92.
- [4] 赵丽霞, 马向鹰. 病区护理质量控制模式实践及体会 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2016, 33(6):739-739.
- [5] 李玉琼, 毛慧, 王景亚. 该院临床护理全面质量管理实践与运用 [J]. 系统医学, 2017, 2(10):157-159.
- [6] 齐敏, 杨依萌, 杨宏伟. 全面质量管理在护理管理中的应用分析 [J]. 中国继续医学教育, 2016(3):259-260.
- [7] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册 (增订版) [M]. 北京: 中国心理卫生杂志, 1999: 83-86, 235-238, 194-197.
- [8] 李可, 杨艳. 聚焦解决模式对肠造口患者主要照顾者的照顾负担及负性情绪的影响 [J]. 中华护理杂志, 2016, 51(2):225-230.
- [9] 闫少校, 吕梦涵, 崔界锋. 经穴情绪释放技术的机制与治疗程序探讨 [J]. 国际中医中药杂志, 2014, 36(8):681-684.
- [10] 刘金金, 杨罗娜, 陈晶晶. 情绪释放疗法对肿瘤患者知觉压力和焦虑、抑郁水平影响的预实验 [J]. 现代临床护理, 2017, 10:34-38.
- [11] Nelms JA, Castel L. A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials of clinical Emotional Freedom Techniques (EFT) for the treatment of depression [J]. Explore, 2016, 12(6):416-426.
- [12] Church D, Yount G, Brooks A J. The effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: a randomized controlled trial [J]. Journal of Nervous & Mental Disease, 2012, 200(10):891-896.
- [13] 王英波. 重性精神病患者家庭负担与家属焦虑抑郁反应的相关分析 [J]. 中国民康医学, 2014, 16:5-8.
- [14] 冯辉, 陈玉明, 庄晓伟, 等. 精神分裂症患者家属心理健康状况与应对方式的相关性 [J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(8):968-972.
- [15] Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress [M]. New York: New York University Press, 1985.
- [16] 王烈, 杨小湜, 侯哲. Zarit 护理负担量表的初步应用与评价 [J]. 中国公共卫生, 2006, 22(8):970-972.
- [17] 程莉莉, 路璐, 王烈. 中文版 Zarit 护理负担量表的评价 [J]. 职业与健康, 2008, 24(22):2383-2385.