

原 著 Michele J. Rusin
Arthur E. Jongsma, Jr

主 译 宋为群 高 谦

康复心理治疗方案

The Rehabilitation Psychology TREATMENT PLANNER

- 针对25种行为问题提供的治疗方案
- 包括1000多个预先书写的治疗目标、分目标和干预措施并留下空间让你记录自己选择的治疗方案
- 对治疗方案的书写给予具体指导，同时也满足个别化治疗方案的要求



人民卫生出版社

康复心理治疗方案

The Rehabilitation Psychology Treatment Planner

原 著 Michele J. Rusin, Arthur E. Jongsma, Jr

主 译 宋为群 高 谦

译 者 宋为群 (首都医科大学宣武医院康复医学科)
张艳明 (首都医科大学宣武医院康复医学科)
汪 洁 (首都医科大学宣武医院康复医学科)
吴东宇 (首都医科大学宣武医院康复医学科)
周景升 (首都医科大学宣武医院康复医学科)
朱 琳 (首都医科大学宣武医院康复医学科)
王 卓 (首都医科大学宣武医院康复医学科)
高 谦 (中国人民解放军总医院康复医学科)

人 民 卫 生 出 版 社

The Rehabilitation Psychology Treatment Planner
Copyright © 2001 By Michele J. Rusin and Arther E.
Jongsma, Jr. All rights reserved.
This translation published under license.
Simplified Chinese translation rights (C) 2007 by
People's Medical Publishing House

图书在版编目(CIP)数据

康复心理治疗方案/宋为群等主译. —北京:人民卫生出版社, 2008. 1

ISBN 978-7-117-09363-7

I. 康… II. 宋… III. 精神疗法 IV. R749.055

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 166238 号

图字:01-2006-0604

康复心理治疗方案

主 译: 宋为群 高 谦
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)
地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
邮 编: 100078
网 址: <http://www.pmph.com>
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
印 刷: 北京新丰印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 889×1194 1/16 印张: 11
字 数: 325 千字
版 次: 2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-09363-7/R · 9364
定 价: 29.00 元
版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394
(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

序 言

现代医学已经不再仅仅被认为是“治疗疾病”，而是“维护健康”的科学。因为健康已经不是仅仅没有疾病或感到身体虚弱的状态，它必须在身体水平和心理水平上、个体活动能力上和社会参与能力上都处于良好的状态。而人类比其他动物高级之处正是在于它有发达的大脑皮层，从而能够进行复杂的心理和精神活动。因此，现代的“医学”、“健康”、“功能”和“残疾”的概念都进行了观念的更新。

现代康复医学作为预防-保健-治疗-康复“四位一体”医学模式的一部分，正在越来越多地为广大医务工作者和患者所认识和了解。康复医学与传统治疗医学的根本区别就在于前者着重的是“功能”，而后者着重的是“疾病”。在我们谈到“功能”时，就不能不谈到除了身体表象出来的具体功能之外的普通心理学和医学心理学内容。由于对大脑皮层心理功能的认识和研究是十分困难的，过去许多年来人们对它的研究显得十分肤浅。随着现代科学的快速发展，神经生物学和分子神经生物学、神经生理学、神经解剖学、神经药理学、功能神经影像学、临床神经病学、医学心理学、神经心理学等都获得了空前的发展。但是，至今对于医学心理学和神经心理学中的许多问题，人类的认识还并不深入。“脑部疾病”以及“脑科学和认知科学”在当今科学界已经成为极其重要的研究内容，这就是为什么在我国“国家中长期科学技术发展规划纲要”中，把“心脑血管病防治”列为“重点领域及其优先主题”和把“脑科学和认知科学”列为八大“基础研究”内容之一。

人类的大脑皮层是如何工作的？在特定的疾病和损伤情况下，除了感觉-运动、言语-交流、吞咽、二便控制、交感和副交感神经等方面的功能异常外，在认知功能、情感-心理-精神等方面会出现什么样的功能异常？特别是在所谓的“医学心理学”和“神经心理学”方面会产生哪些常见的功能问题和应当怎样去改善和处理这些特殊的功能问题？所有这些都需要在现有的科学水平上给予解答。“康复性心理治疗”是一种特殊的医疗活动。它不同于一般的药物或治疗医学的方法，正如常言所说，“心病还需‘心药’治”。特别是“神经心理学”问题，是由于特定的神经系统疾病或损伤而产生一些特殊表现的精神、心理学问题，它不同于一般的精神、心理学问题，因为后者一般没有器质性的，或者说没有形态学和组织学的异常，只是一种精神或心理的功能异常。然而，例如在脑卒中或脑外伤后以及其他神经系统疾患后出现的抑郁、焦虑、注意力障碍、慢性疼痛、虚构、否认、冲动、暴力倾向、言语和行为异常等，医学界和康复界相关的研究都还很不够。在神经康复医学的临床上，遇到这些问题时应当如何正确的处理，即使是从事神经康复的专科康复医师也常常会束手无策。

2001年，美国 Emory 大学康复医学科的临床心理学家 Michele J. Rusin 和 Arthur E. Jongsma 等，为了满足临床快速、简易地制定正规的神经康复治疗计划，针对神经康复中存在的常见和主要的 25 个问题，编写了“Rehabilitation Psychology Treatment Planner”(《康复心理治疗方案》)一书。书中对众多的神经心理学问题进行了简易明了的描述、提出了临床需要进行的检测方法以及长期的康复目标和短期的康复目的，指出了康复性的对策。这本书在美国销售情况很好，为在康复医学科的神经康复工作，

特别是神经心理学方面的诊断、评价和康复治疗,提供了比较正规和全面的参考,也满足了医疗保险公司和第三方医疗代理机构的需求。例如它满足了美国健康资金管理(Health Care Financing Administration, HCFA)、美国健康照顾组织鉴定联合委托机构(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO)和美国质量担保委员会(National Committee for Quality Assurance, NCQA)等的需要。而我们相信:在不久的将来,我们中国也会经历相同的问题。

书中涉及的许多问题是我们神经康复临床工作中常常遇到的。但在国内,我们康复医学领域还很少有系统的关于神经心理学康复方面的图书,这给临床工作造成许多不便。现在我们的神经康复医师常常把这些神经心理学问题看作是需要精神科医师解决的问题。有时是不认识这些神经心理学问题,即不能及时地作出诊断,有时是不会定量地进行功能性评估,有时是不知道如何进行康复处理。

宋为群博士长期从事认知心理学及神经康复的临床及科研工作,将基础研究和临床应用进行有机的结合,取得了可喜的成绩。由宋为群、高谦博士等翻译的这本《康复心理治疗方案》,为临床从事神经康复,特别是涉及神经心理学康复时遇到的问题,提供了一种比较成熟的思路。脑科学和认知科学将是今后科学研究的重点问题,神经心理学在其中的作用是不言而喻的。而我们在神经康复的临床工作中遇到的大量神经心理学问题正在迫使我们不得不加强这方面的学习,力图找出更好的解决方法。

希望通过这本书,能够提高我们对神经心理学的认识水平,促进我国神经心理学的发展,加大康复神经心理学的研究力度,更有利于广大患者身心的康复。

王茂斌

2007年3月20日

目 录

概述.....	1
第一章 激越、攻击和暴力行为	7
第二章 焦虑、恐惧.....	14
第三章 注意力和集中障碍	20
第四章 慢性疼痛	27
第五章 虚构症	34
第六章 否认和知晓受损	39
第七章 依赖性与独立性	45
第八章 抑郁与忧郁	52
第九章 驾驶能力的缺陷	58
第十章 情绪的不稳定性	63
第十一章 家庭压力的反应	66
第十二章 冲动	74
第十三章 启动困难	78
第十四章 记忆障碍	83
第十五章 持续言动症	91
第十六章 创伤后应激障碍	96
第十七章 解决问题、计划、判断能力损害.....	102
第十八章 娱乐和社会生活的问题.....	110
第十九章 非依从性行为的康复.....	116
第二十章 性行为外露	123
第二十一章 性功能障碍.....	129
第二十二章 言语障碍(失语症).....	136
第二十三章 忽略刺激.....	142
第二十四章 物质滥用.....	149
第二十五章 职业、教育问题	159
附录 建议参考书目.....	166

概 述

方案的焦点

康复心理治疗方案是为康复心理学家和神经心理学家设计的,他们参与治疗成年患者由大脑损伤或疾病所致的认知功能障碍。此方案的目标是针对康复医疗机构门急诊常见的、在治疗有神经行为问题的患者时常常会碰到的各类问题,包括情感、精神、行为和心理等。

本方案设计的干预措施涵盖轻到重度损害。如果康复是以小组的方式进行,那么心理学家就不是单独工作,而是与康复专家小组协同工作。某些干预措施,实际上是某些章节,是有关心理学家怎样支持并且促成其他的康复小组成员的治疗,诸如言语治疗师或康复职业规划师等。大多数干预措施与患者的需求有关,一条基本的假设是患者居住在社区,其功能受社区的影响而好转或恶化。因此,干预措施同样包括能够增强患者功能的家庭教育需求和环境改变。

我们希望此书能够成为制定治疗方案的捷径。在每个章节,我们将给出诊断要点以及可能的治疗选择。我们努力使干预措施更加符合逻辑。我们希望此书能成为临床工作的资源,成为实习医生和同道进入复杂而精彩的康复世界的路标。

历史和背景

20 世纪 60 年代初期,正式的治疗方案逐渐成为整个卫生保健系统的重要方面,无论其是否与躯体健康、心理健康、儿童卫生保健或者物质滥用有关。60 年代始于医学领域,70 年代扩展到精神健康领域,诊所、精神病医院、医疗机构等开始寻求诸如医疗保健组织审查联合委员会(JCAHO)等机构的审查,以有资格要求第三方赔偿。为了通过审查,大多数治疗方案提供者不得不发展并加强在此领域的文档技巧。过去大多数心理健康和物质滥用治疗方案提供者,最多是有一个对于大多数个体相似的、不加任何渲染的治疗方案。结果造成病人和第三方支付款人对心理健康的方向不明确;目标含糊,治疗目的不存在,干预措施并不针对患者个体等;治疗效果无法度量,治疗提供者和患者都不知道治疗何时结束。因此,发展基本治疗方案势在必行。

随着 80 年代管理式医疗保健(managed care,也有称统筹保健)的出现,治疗方案变得更加重要。管理式医疗保健系统坚持:临床工作者从评估出现的问题快速转到治疗方案的制定及完成方面。大多数管理式医疗保健机构的目标是加速治疗过程,通过促使治疗提供者和患者注意力集中于尽快识别和改变那些成为问题的行为。治疗方案必须是针对特定的问题、干预措施,满足患者个体的需求和目标,而且是可以度量的,用以记录患者的治疗进展。因为要在短时间内制定出有效、高质量的治疗方案,对于临床医生压力自然增加了。然而,许多心理健康提供者对于制定治疗方案几乎没有经验。我们写此书的目的是阐明、简化以及促进制定治疗方案的过程。

治疗方案的效用

详尽的治疗方案不仅有益于患者、治疗师、治疗小组、保险机构和医疗机构,同样有益于所有心理治疗专业。患者按照书面的治疗方案进行治疗,保证了治疗过程是围绕这些要点进行的。治疗方案提供者和患者很容易忽略这些要点,治疗方案是治疗过程的指南。由于随着治疗的进展,要点也会发生变化,治疗方案必须看成是一个动态的文档,它必须能够更新,以反映任何主要问题、定义、目标、目的或者干预措施的变化。

患者和治疗师将从治疗方案受益,二者均要考虑治疗后果。从行为学角度讲,可测的目标明显可以集中各种治疗的努力,患者不必知道要完成何种治疗。清晰的治疗目的同样可以引导患者向产生解决问题的长期目标的变化而努力。患者和治疗师使用特定的干预措施,将注意力集中于特定的目标。

治疗方案对其提供者也有帮助,因为他们需要思考治疗措施是否最能满足患者的治疗目的。治疗师传统上被训练为“跟随患者”,而现在制定好的方案是治疗过程的指南,治疗师将越来越关注构成干预措施基础的技术、方法、任务或目标。

对于可能出现的患者诉讼,此方案能进行保护,临床医生会因此受益。医疗事故案件不断增加,保险费也在上涨。保护医生的第一条就是详尽的治疗过程的临床记录。书面、个体化、正式、作为治疗过程指南、经过患者的检查并签名认可的治疗方案,对夸大或虚假的诉讼是强有力的保护。

精心制定、清晰地规定可能出现的问题的治疗方案以及干预措施,能让治疗小组成员很容易实施治疗过程。对于实施何种方法和由谁来负责,小组成员间良好的交流显得非常重要。过去,治疗提供者之间交流的仅有来源是讨论患者治疗的小组会议;经常未记录治疗方案和任务。现在,完整的治疗方案以书面的方式记录详细的目标、干预措施的改变(药物疗法、环境疗法、集体治疗、说教治疗、娱乐治疗以及个体治疗等)和由谁来完成。

每个医疗机构都在寻找提高临床记录文档质量和一致性的方法。在每个患者的文档中,有问题定义、目标、目的和干预措施,标准的、书面的治疗方案增强了文档的一致性。这种一致性使医疗机构内外的调查者记录起来很方便。外部调查者如JCAHO坚持文档中任务、治疗、进展和解除状态应当条理清晰。

第三方付款人的会计责任需要以及卫生维护组织(HMOs),对书面治疗方案和完整的进展记录仅部分满意。更多的管理式医疗保健系统需要结构化的、具有可测目标和清楚的干预措施的治疗方案。临床医生不能避免这种治疗方案向治疗过程以外偏移的趋势。

心理治疗专业受益于使用更多准确的、具有可测目标来评估成功的心理和行为健康治疗措施。随着详尽的治疗方案的出现,更加容易收集对于特定目标有效的干预措施的疗效数据。

怎样制定治疗方案

制定治疗方案的过程包括一系列像构建房屋一样相互依赖的步骤。任何有效的治疗方案都是基于完整的生物-心理-社会学评估而收集到的数据。当病人置身于治疗方案之前时,临床医生必须对患者所说的家庭问题、当前的心理压力、情绪状态、社会联系、躯体健康状态、应付技巧、人际间冲突和自尊心等相当敏感。评估数据可以来自于社会经历、体格检查、临床观察、心理测验,以及患者的重要亲属。临床医生以及多学科治疗小组进行的数据整合对于了解患者的病情非常重要。我们认为制定基于评估数据的有效治疗方案需要六步:

第一步:问题选择

尽管在评估过程中患者会讨论一系列问题,临床医生必须找到最重要的问题,以便评估过程能够基

于此展开。通常,主要的问题在最表面,次要的问题可能也同样明显。其他问题则由于在此时间不够紧迫而可以放在一边。有效的治疗方案只可能涉及几个有选择的问题,否则治疗将失去方向。康复心理治疗方案提供了 25 个最可能代表病人情况的问题。

由于对于临床医生或治疗小组选择的问题非常清楚,来自于患者及其重要亲属的意见是非常重要的。患者参与并与治疗方案合作的动机,在某种程度上取决于何种治疗措施最大程度满足其需要。

第二步:问题定义

每个病人的问题在行为上表现形式不同。因此,治疗针对的每个问题都需要它在患者身上如何表现的特殊定义。症状应当与诊断标准和代码有关,如精神疾病诊断与统计手册(DSM-IV-TR)或国际疾病分类。建立在 DSM-IV 基础上的治疗方案,提供了特殊的行为定义,也可以作为你自己定义的模板。你会发现能够反映 25 个问题其中之一的有几项列出的行为症状和综合征。

第三步:治疗目的形成

下一步治疗方案的形成是对靶问题的解决建立多个治疗目的。这些目的不一定都可测量,而是全局的、长期的目的,代表了治疗过程中希望出现的、积极的疗效结果。本治疗方案为每个问题提供了几个可能的目的,每个目的都是治疗方案所需要的。

第四步:目标的建立

不同于长期目的,目标必须在行为上可测量。当患者达到所建立的目标时,目标必须清楚;所以,模糊的、主观的目标是不能接受的。审查机构(如 JCAHO)、卫生维护组织(HMO)和管理式医疗保健组织坚持心理治疗结果是可测量的。本治疗方案提出的目标就是按满足计量的要求而设计的。对于出现的同一个问题还可以建立许多替代目标。临床医生必须非常专业地选择出最适合于某一患者的目标。

每个目标对于达到多个治疗目的都是一个步骤。实际上,目标可以被认为是一系列步骤,当这些步骤完成时,长期目的也实现了。对于每个问题而言,目标应当至少有两个,临床医生可以根据需要建立尽可能多的目标。对于每个目标应列出步骤。随着个体治疗进行,要在治疗方案中加入新的目标。当完成了所有必要的目标,患者就成功地解决了靶问题。

第五步:制定干预措施

干预措施是临床医生制定出来的、协助患者完成目标的手段。每个目标至少具有一项干预措施。如果患者在初始干预措施后仍不能完成目标,那么治疗方案应当加入新的干预措施。

应当基于患者的需求以及治疗提供者完整的治疗方案选择干预措施。本书包括的干预措施非常广泛:认知、运动、行为学、药理学、家庭相关以及以患者为中心的治疗。其他的干预措施可能根据治疗提供者本人的经验而被采用。鼓励发现本治疗方案以外的新问题、定义、目的、目标和干预措施,因为此举可以为将来参看和使用数据库增加内容。

本治疗方案中某些列出的干预措施是参考特定书籍,可以为患者提供附加读书疗法。附录 A 是这些材料的书目参考列表。本书按患者存在的问题的形式展开以方便读者阅读。当干预措施要使用某书作为其一部分时,阅读该书以后要接受患者的考察,以根据患者特定的环境增强此书内容的应用。有关自助书籍进一步的信息,精神健康专业人员可能希望参考 Santrock、Minnette 和 Campbell 编写的《自助书籍权威指南》(*The Authoritative Guide to Self-Help Books*(1994))。

书目同样为专业人员提供了参考书资源。这些书籍将阐述某些章节提到的方法。本治疗方案的某些内容非常依赖于这些书籍的作者所做的工作,特定章节首页上的脚注就显示了这种情况。

在住院、住家或增强院外环境中,如果患者由一个治疗小组治疗,特定的治疗提供者应用本书中的干预措施就非常必要。在这些环境中,工作人员而不是初级临床医生负责干预措施的完成。审查机构

需要负责的治疗提供者为一项干预措施签名。

第六步:诊断的确定

恰当诊断的确定基于对患者临床表现做出完整的评价。临床医生必须按照精神疾病诊断标准 DSM-IV 来比较患者行为、认知、情感和人际因素等症状。进行鉴别诊断明显比较困难,研究显示评分者间信度(interrater reliability)较低。心理学家应更多考虑行为的适应不良,而不是疾病水平。除了这些因素外,疾病诊断是存在于精神行为健康保健领域中的事实,对于第三方偿付来讲也是必要的(然而,管理式医疗保健组织近来对患者表现的行为指标更感兴趣,而不是实际诊断)。临床医生对 DSM-IV 诊断标准的全面知识和对患者评估数据的理解,有助于做出可靠而有效的诊断。行为指标准确的评估同样有助于制定有效的治疗方案。

如何使用本治疗方案

经验告诉我们:对于许多临床医生,学习书写有效的治疗方案的技巧可能是单调和困难的。今天,管理式医疗保健系统对临床医生增加患者负担以及限时治疗的压力,更强调发展这种专业知识。当我们很快从评估转移到治疗方案并记录这些进展时,需要大量的文献工作。在此过程中,我们必须详细说明目标是何时、怎样完成的,以及每个患者的进展情况。本书将以快速、清晰和高度个体化的方式,成为辅助临床医生书写治疗方案的工具,步骤如下:

1. 选择一个在你评估过程中确定的问题(第一步)。在本书内容目录中找到页数。
2. 选择两个或三个列出的行为问题(第二步),并在你自己的治疗方案表中记录下来。如果你认为患者的行为表现中存在的问题未在书中列出,没关系,加入你自己的定义(注意:尽管我们设计的治疗方案在书中是垂直排列的,在水平排列的方案表格中同样也很好)。
3. 在本治疗方案、做了适当修改的表格,或自己表格相应的区域,选择单一的目的(第三步)并写下来。
4. 检查本问题列出的目标,选择出你认为能够在临床上代表患者的目标(第四步)。记住:推荐每个问题至少选择两个目标。加入靶日期以及达到每个目标分配的时间。
5. 选择相关的治疗措施(第五步)。本治疗方案在目标之后的圆括号中提供了有关的干预措施。完整的治疗措施列表是折衷的,你可以为你的理论方法或喜欢的治疗方式特定其中的某些治疗措施选择。但不要局限于这些治疗措施。如定义、目的和目标一样,本治疗方案留有空间让你加入你自己的治疗措施。当你在将来围绕此问题制定方案时,此举允许你参考这些条目。如果治疗方案是由多学科小组完成,你必须为完成每一项治疗措施指定特定的人去负责。
6. 在每章末尾列出了几个通常与患者出现的问题相关的 DSM-IV 诊断。这些诊断将供临床考虑。选出一个列出的诊断或从 DSM-IV 中选择恰当的诊断(第六步)。

注意:附录 B 列出了所有的 DSM-IV 诊断,这些诊断出现在不同的问题章节以供讨论。每个诊断后面跟的是与之相关的问题。治疗者可以在所选诊断中查找相应的问题,以检查定义、目的、目标和干预措施是否符合具有该诊断的病人。

祝贺你!你现在已经有了一个完整的、独立的治疗方案,可以马上提供给病人。格式应当与后面几页提供的样本方案相同。

最后注意:

有效的治疗方案一个重要方面是:每个方案必须进行修改以适合患者的问题及需要。治疗方案不应当雷同,即使患者有同样的问题。必须考虑患者的力量大小、虚弱程度、独特的应激刺激、

社会关系网、家庭环境以及症状类型,以制定出治疗方案。我们可以根据自己的临床经验建立多种治疗选择。这些治疗选择可以有多种排列组合来制定详细的治疗方案。临床医生可以根据自己的良好判断力,选择适合于患者的治疗方案。另外,我们鼓励读者增加自己的定义、目的、目标和干预措施到标本中。我们希望本书能够促进产生有效的、创造性的治疗方案,这样会最终有益于患者、临床医生和康复界。

治疗方案样本

问题:记忆障碍

- 定义**
1. 他/她不能在其年龄和教育背景下回忆起个体经历的事件。
 2. 遗忘率异常高。
 3. 回忆交通道路困难。
 4. 不能执行一项计划的活动,如赴约会、在洗衣房从烘干机转到洗衣机、吃药等。
 5. 不能履行自己的许诺,如付账单等。

- 目的**
1. 使用外部记忆帮助来追踪约会和许诺。
 2. 使用程序记忆建立习惯或常规,以完成反复发生的活动。

短期目标

治疗干预措施

- | | |
|--|--|
| 1. 配合影响现在记忆表现的急性和慢性因素的评估。(3/1/01) | 1. 检查患者的病史以确定可能影响他/她当前记忆功能的因素(如发育迟滞、中枢神经系统疾患、以前发生的脑外伤、中毒、缺氧等)。 |
| 2. 患者自愿参与神经心理学检查。(3/14/01) | 2. 获得患者记忆障碍发生以及演变情况,包括所有的治疗和疗效。 |
| 3. 与“每日”记忆技能评估联合。(3/21/01) | 1. 安排神经心理检查以确定患者记忆损害的类型和程度,决定其他认知过程(如注意、失语、视知觉缺损等)如何影响患者的学习、回忆、识别和应用信息的功能。 |
| 4. 描述自从患病以来记忆功能发生的变化。(3/21/01) | 1. 每天进行测验或记忆训练(由 Wilson 等设计的 Rivermead 行为记忆测验)。 |
| 5. 使用记忆/日常安排小册子记录重要信息以及约会和所承担的重要事情。(3/28/01) | 2. 与患者康复治疗师及其家庭商议其目前的记忆功能(如记住到治疗区的路线,按其兴趣所在说出最近发生的事件)。 |
| | 3. 向患者(患者家人)、医师、康复治疗小组和其他指定的人反馈评估结果和建议。 |
| | 1. 通过直接检查患者是否注意到任何记忆功能的变化,或要求患者解释其完成记忆任务失败的原因,以了解其记忆缺损的程度。 |
| | 1. 让患者使用记忆/日常安排小册子,使其能找到最需要的各种信息(如个人信息、治疗师的姓名、所患疾病、日历、每天的日程安排等)。 |

		2. 提示患者使用记忆/日常安排小册子回答问题,以及提醒自己参加约会和马上要做的事情(如当患者问:“我什么时候回家?”回答:“让我们看看小册子上是怎么写的。”或者患者问:“我怎么了?”回答:“让我们看看小册子。哪个部分有这样的信息?”)。
6. 在最小或无提示情况下,使患者形成快速完成重复活动的习惯和常规流程。(4/10/01)	1. 确定能够形成常规流程的重复活动有哪些(如每天早晨洗澡后马上穿衣、打扮;早晨看完电视节目后,打开计算机、使用软件,完成某项任务;吃完饭后,让患者回顾记忆小册子里的内容),从而充分利用程序化记忆,减轻预期记忆的负担。	
7. 通过各种提示使患者形成习惯,并努力使其依赖自然提示(如内部或环境刺激),而不是“人为”的警告或提示。(4/30/01)	1. 使用口头提示、腕表警告、警告纸条,或其他提示以提醒患者在特定时刻完成设计的任务。 2. 逐渐减少提示或警告的使用,保持患者反应的成功率在 80%以上。	
诊 断		
轴 I	294.0	脑血管意外所致的遗忘症
轴 II	V71.09	轴 II 无诊断

注意 在每一章节中短期目标都插入列举了很多治疗干预措施。每一个目标都有帮助患者能够完成这些目标所制定的专门治疗措施。临床诊断应当能准确地确定如何应用干预措施,包括那些建议以外的任何内容。

第一章 激越、攻击和暴力行为

行为学定义

1. 在易激惹状态下,出现频繁的、不可预料的或者是不安的、非有意图行为。
2. 翻来覆去或不停踢脚。
3. 不能持续保持注意力,伴有“爆发性”的活动或言语冗长且没有明确的目的。
4. 打工作人员、家人或其他人,几乎给他人造成躯体伤害。
5. 打自己,有造成躯体损伤的危险或造成躯体损伤。
6. 打、踢、咬或抓康复专业人员、家人、朋友或其他患者。
7. 口头上威胁将造成躯体损伤。

—

—

—

—

—

长期目标

1. 调整行为以使其成为有意图行为。
2. 保护自己的身体,避免所有的自伤行为。
3. 控制好行为,以使他人不必担心自身安全。
4. 忍受挫折、愤怒和难过的体验,同时使用社会所接受的方法解决难题。
5. 理解和接受为确保安全性所设立的各种限制和约束。
6. 使用言语或解决问题的方法来缓解情感上的伤痛。
7. 显示成功参与基本社交行为的能力。

—

—

—

—

—

短期目标

1. 确定环境中能产生激越、攻击和暴力行为的事件。(1,2)
2. 允许工作人员观察患者的行为,以使它们能够确定增加或减少激越或攻击行为的因素。(3,4)
3. 提供与神经病学、精神病学或其他可能影响患者行为有关的医学方面的信息。(5,6)
4. 家人或朋友证明他们理解患者现在的激越状态是脑损伤恢复过程中的一个特定阶段。(7)
5. 家人(法定决策人)和康复专业人员一致同意确保控制激越或攻击行为的计划。(8,9)
6. 能够容忍确保安全的干预措施,减少躯体约束的需要。(10,11,12)
7. 配合保持最佳水平环境刺激的行为。(11,12,13)

治疗干预措施

1. 与患者的康复治疗小组、医师、家人或其他有关人员商议,确定已经发生的、特定的激越状态、暴力或攻击行为。确定发生这些行为时周围的环境、发生的频率和后果。
2. 探访熟识患者的人,以确定在出现神经心理损伤之前是否有暴力或攻击行为。
3. 在与激越、暴力或攻击行为有关的活动中,观察患者的社交活动。在患者失控之前,注意触发点、受攻击的目标人物的反应以及患者行为反应的后果。
4. 观察患者与很少或从未使患者产生激越、暴力或攻击行为的人的交往过程。如果可能的话,确定是什么让此人能和患者进行交往。
5. 回顾患者的病历,与医师商议以确定患者的大脑损伤、药物、医学因素或精神状况如何促成激越、暴力或攻击行为。
6. 用 Rancho Los Amigos 认知功能水平量表确定患者大脑损伤恢复水平。
7. 如果患者处于 Rancho 4 级恢复水平,向患者的家人、朋友和其他有关人员讲授:严重的脑损伤恢复过程会发生激越,而这种激越状态会随时间而消失。
8. 与患者的康复治疗小组、医师、家人或其他有关人员商议,以确定在当前环境下患者的行为如何得到安全控制。
9. 确定医疗机构或其他环境是否能够提供必要的安全水平,并帮助患者转移到此机构。
10. 推荐患者当出现激越或攻击行为并威胁自己或他人的健康和安全时,在身边安排一个经过专门训练的人。
11. 当患者出现激越时,推荐患者使用 Vail 床、Craig 床或其他能保证患者安全的“床”,如可能的话应避免使用 posey 背心或其他躯体约束。
12. 减小患者受到的刺激水平(如:让患者处于私人房间、调暗光线、关掉电视、将电话移到患者房间之外等)。
13. 向家人和朋友讲授避免过度刺激患者(如:限制一次不超过三名访客、保证一次仅有一人在说话、说话缓慢、用短句、以平静的语调说话等)。

8. 减少由环境暗示引起的激越行为。(11,12,13,14,15)
9. 减少通过环境条件和他人强化反应所造成的激越或攻击行为。(16,17,18,19,20)
10. 签署一份描述康复目标、满足各方期望的协议。(21)
11. 减少疲劳对情绪、激越或攻击行为以及行为表现的影响。(22,23)
12. 承认治疗活动的成功完成,证明愿意继续完成更多康复任务的意愿。(24,25,26)
14. 与患者的康复治疗小组、(患者)及其家人商议探访方法(如:一次允许几人探访、避免特定的人的探访等)和建立控制探访机制(如在患者房间的门上标记“所有的探访者必须在护理站接受检查”)。
15. 评估患者受到的环境提示(如:电视新闻正在谈论烦人的交通事故、床周围的网眼让患者感觉好像处在牢狱之中);如可能的话,消除可能引起患者误解的、出现激越状态的东西。
16. 增加或强化能够帮助患者意识到其处在医疗护理环境之中的提示(如:在患者的视线水平内标记“某医院”、一幅正在使用听诊器的医师的照片、一幅显示治疗师帮助某人行走的照片等)。
17. 制定一项计划,内容是描述如何安排环境、对患者的激越或攻击行为他人如何做出反应(如:平静地引导患者,说“你现在正在康复中心,工作人员会让你好起来”;将患者的注意力引到中性刺激,说“让我们看电视节目”;告诉患者一项紧迫的任务在何时结束,说“如果你再完成两个问题,我们就停止,你就可以休息了”)。
18. 设计一个简单的表格,让工作人员、家人和其他人记录激越或攻击行为的发生。
19. 将制定的行为计划与患者的康复治疗小组、(患者)、家人及其他与患者康复相关的人员进行沟通。
20. 向患者的家人和朋友讲授始终如一地对目标行为做出反应的重要性。
21. 准备一份协议,以明确患者的康复目标、各方职责(如患者、家人、医师和康复治疗师等),以及不坚持协议的内容所出现的后果。所有有关人员均要签署。在患者房间显见的位置放一份。
22. 当患者将要休息时,制定有吸引力的活动。
23. 向患者和家人指出:患者休息后和疲劳时做事、感觉和完成情况的方式会明显不同。
24. 推荐康复治疗师以患者某项能成功完成的活动作为治疗的开始。
25. 指出患者在活动中的成功之处。
26. 建议患者增加难度,通过诸如“你准备好尝试更难点吗?”、“现在我要给你安排一些更难的事。”或者是“你会发现这个挺难,但你愿意试试吗?”的说法,获得其同意。

13. 接受关于成功完成任务的积极意见和恰当的指导。(25,27)
14. 不管遇到什么样的挫折,与康复治疗师保持和谐、工作的关系。(28)
15. 尽最大努力进行认知评估。(29)
16. 同意进行药物治疗评估,以改善认知功能、情感状态或行为。(30,31,32)
17. 按处方规律服药,报告药效和副作用。(33,34)
18. 配合心理学测验,以确定认知功能、情感或其他神经精神因素是如何影响患者控制行为的能力。(35,36,37)
19. 当患者变得有暴力倾向时,家人或法定决策人、患者和康复专业人员一致同意采取措施减少伤害危险的发生。(38,39)
20. 认可当地警方或安全警官的权威性,遵照其指示重建安全的环境。(40)
21. 家人、朋友和工作人员选择减少造成患者伤害的方式、方法。(41,42)
27. 在最近的活动强化患者的协作、参与意识或行为的其他积极方面。
28. 如果患者变得激越而中止了一项活动,让康复治疗师做一个简短的声明,表明治疗师仍然负责患者的治疗,并指出之前的成功(如:“我们现在停止;你已经做得足够”;或者是“现在已经足够了;我发现你已经累了”)。
29. 指导或安排定期的床旁或简易认知功能评估,通过定向力、洞察力、记忆力和其他相关功能来监测患者认知功能的恢复情况。
30. 与患者的医师商议使用药物,以增强患者的觉醒水平或维持注意的能力。
31. 与患者的医师商议使用药物,以减少患者的激越,而不损伤认知功能和恢复过程。
32. 按照物理治疗师、精神科医师或治疗脑损伤的神经病学专家的建议调整治疗安排,对其行为问题进行治疗。
33. 与患者的医师商议如何开药物处方、如何监测和管理用药。
34. 监测患者处方药的使用及效果;找到影响依从性和副作用的因素。
35. 进行神经心理测试,以确定可能造成患者自控力或洞察力障碍的认知功能因素,以及用于重建社会接受行为的认知能力。
36. 进行心理学评估,以确定患者潜在的或者能造成其攻击或暴力行为的精神状态。
37. 向患者、(患者家人)、医师、康复治疗小组和其他指定的人反馈评估结果和建议。
38. 考虑法律、道德和规定制度的因素,如果有必要防止对自己或他人造成危险,制定一项有关患者如何被约束的计划。
39. 按照规定制度的指导制定一项计划让患者处于暴力行为期间使用一间能让其停止暴力行为的房间。
40. 提醒公共机构的安全人员应警惕患者潜在的暴力可能,特别关注患者的行为,以便他们能够迅速提供帮助并恰当地终止患者的攻击行为。
41. 如果可能的话,提醒康复工作人员、家人和他人患者保持大于一个手臂的距离。
42. 在患者出现暴力行为时,推荐康复工作人员、家人和他人有一个清楚的撤离路线。

22. 描述对于医疗环境、功能变化和康复干预目标的理解。(43)
23. 口头描述对患者的疾病状态、即时的解释和功能改善所需的理解。(44)
24. 在患者出现早期激越征象时,家人和其他人使用话题转移技巧,而不是与其进行逻辑辩论。(45,46)
25. 使用躯体或认知功能放松策略,以减少觉醒水平。(47,48,49)
26. 尽可能集中注意力在有建设性的谈话和活动中,以避免反复思考让人感觉难过的话题。(10,50,51,52)
27. 诚实地讲述造成特定人伤害或致其死亡的想法、意图和计划。(53)
28. 接受避免伤害/死亡的措施,保护自己和他人的财产。(54,55)
29. 接受精神病学或神经行为护理的住院治疗。(56,57,58)
30. 愿意倾听他人的关于如何有效地与人交往的意见。描述对于如何有效地与人交往的理解。(59)
43. 检查患者以确定其对认知功能损害或与疾病相关的功能改变的知晓程度。
44. 使患者适应其所患的疾病状态(如:脑损伤、动脉瘤、中风等)、即时的解释(如:回忆最近发生的事很困难、不注意左边的事物、穿衣困难)以及治疗目的(如帮助患者增强记忆力、帮助患者注意右边和左边的事物、帮助患者记住物体的外形)。
45. 教家人、护理人员和康复治疗师避免使用争论、玩笑、劝说、面质,或者做出其他任何看似合理的努力来改变患者的观点。
46. 在患者刚刚出现激越征象时,教工作人员和家人用平静但坚定的声音将其注意力转移到中性话题。
47. 平静地告诉患者“深呼吸。保持。好的。放松”。重复3~4次。
48. 让患者参与中性话题的谈论,或将其注意力引向中性活动(比如非暴力性的电视节目,如棒球等)。
49. 进行足够的现场监督,带患者散步,或让其参加有助于减少躯体警觉程度的活动。
50. 制定一项规划患者24小时活动的计划。
51. 在觉醒时,将患者注意力引向尽可能多的话题(即避免患者独处一室无事可做)。
52. 安排指定的家庭成员和朋友与患者消磨时间以使其注意力一直被占据。
53. 评估患者对特定人物造成威胁的严重程度和持续程度。
54. 如果必要的话,与其他同事或法律顾问商议患者造成危险的严重程度、行动能力,以及给可能的受害者警告的必要性。将谈话、感想和计划的要点以文档形式记录下来。
55. 如果患者有能力执行一项危险的活动而危及他人的生命,依法警告可能的受害者。
56. 与患者谈话告诉他保护自己或他人财产的重要性。鼓励患者进入精神病院或其他安全场所进行住院治疗。
57. 调整计划以安排患者进行精神病院的强制住院治疗。
58. 确定并指出患者(和家人)存在的问题,关注住院期间的精神或神经行为护理。
59. 让患者参与群体活动,使他有可能会获得不同行为的社会适应性的反馈。