

# 為甚麼不是別人，而是我？

## 腦中風後的神經心理疾患和社會心理調適

文／精神醫學部 主治醫師 吳博倫

**當**腦中風病人察覺到自己喪失了某些能力，以及身體外形已經改變，最初的反應可能是不敢置信。患者歷經掙扎後，自尊和自信可能部分或全然瓦解，於是變得像小孩子般任性，也可能變得依賴他人或怕東怕西，隨之而來的心理反應則是對自己或週遭感到憤怒不滿，而隱藏內心深處的感受是悲傷和憂鬱。

病人可能苦於有口難言、辭不達意，或是接收外界傳來的訊息不時「短路」，肢體行動無法像過去那般敏捷自如，基本生活需要仰賴他人，情緒因而不穩定。也有不少患者呈現無法自主的大笑或是大哭，因為失去對情緒表達能力的控制力，不免更加沮喪，甚至逃避與他人的接觸，拒絕復健活動。

在這種情況下，除了病人本身的心理調適，以及家人適當的鼓勵關心，精神醫療的適時介入亦有其必要性。

### ●「為什麼是我愛的人？為什麼發生在我家？」

腦中風病人在發病初期往往無法接受這個打擊，覺得自己活的既辛苦又沒有尊嚴，也不願長年躺在床上，嚴重者還會有輕生念頭。這種情況不僅讓家屬飽受壓力，更可能帶給社會重大的衝擊。

病人與家屬此時必然會試圖以各種方式恢復其原有的人生或生活秩序，成員中每個人的因應策略和心理反應可能一致，也可能有落差。有人主張要遍尋名醫名院，有人主張要使用靈丹妙藥（偏方），於是患者輾轉來回各大醫院診所，家屬投入龐大自費醫療的行為也成為常態。可是，對醫療的期待過高，伴隨而來的往往是失望、不確定感，當結果不如預期時，常因挫折感對整個醫療環境覺得憤怒不平。反之，一部分病人或家屬過度悲觀，或者因為不了解醫療所能帶來的協助，就醫態度十分被動，還可能停止醫療，以致療效大打折扣。

家人的支持與關懷，是腦中風病人面對新生活的原動力，而醫護人員對家屬與病人持續的陪伴和發揮同理心，是支撐病人繼續接受治療及復健的後盾。直接而發自內心地肯定病人與家屬的努力，指引他們看到進步的地方，即便是緩慢而微小的進步，都是對病人最基本而有效的心理治療。



攝影／盧秀禎

### ●「復健有用嗎？什麼時候需要看精神科？」

腦中風常伴隨認知功能的缺損，因此需要多重專業的團隊對患者各層面的認知功能施行完整的評估與治療，初步可以教導病人如何以替代方法來補強記憶力的缺損。非優勢皮質中風後可能導致視覺及空間能力的缺失，也往往因此使得患者難以安全獨立的生活，團隊的指導衛教可幫助患者逐漸適應這樣的能力缺損。

憂鬱症常見於中風病人，但往往被忽略或未被正確診斷出來，有的病人也會出現焦慮症和病態性情緒表現。要評估病人的情緒疾患並不容易，因為患者可能有失語、表情淡漠、辭不達意等症狀，這時從家屬和照護人員得到的資料就極為重要，必要時應會診專精於「情緒障礙和溝通障礙」的精神科醫師或心理師。一旦診斷出有情緒障礙而予以積極治療，對復健的成效將會有明顯正面的影響。

目前已有證據顯示，藥物治療能穩定病人情緒並提升病人參與治療的能力。血清素回收抑制劑（Selective serotonin reuptake inhibitors）和傳統三環抗憂鬱劑對於憂鬱症和病態性情緒表現皆有療效。若考慮到藥物副作用，我們首先會考慮使用血清素回收抑制劑來治療。最近的臨床研究發現藉由調節NMDA受器的藥物對「病態性情感表現」也有明顯療效，例如現已進入第三階段人體試驗的 dextromethorphan 合併肝代謝抑制劑 quinidine 即屬此類。Ⓞ



攝影／盧秀禎