

理,无法参加社会活动而产生一种被社会遗弃感,觉得孤独无助,期盼亲人陪伴,强烈希望自己能部分康复,回到社会上参加一些力所能及的工作。尽量满足患者的生理需要及心理需要,鼓励家属及友人多关心、多探视患者;合理安排康复训练计划,鼓励患者使用上肢完成部分生活自理,甚至完成一些力所能及的工作(如做手工),让患者体现自身存在的价值,以增强其战胜疾病的信心。

患者的生理状况和社会地位的突然改变,必然会造成不同的焦虑和抑郁心理反应,心理调整和适应则需要经过一段艰苦和缓慢的过程。护理人员要充分了解和掌握患者心理反应规律,因势利导、循循善诱地进行护理干预,使患者尽快达到承认和适应阶段^[3-4]。

实验组观察结果表明,在常规康复治疗护理的基础上,结

合综合心理干预方法,可以明显改善患者的心理状态,减轻忧郁焦虑情绪,增强患者积极的生活态度,增强回归家庭与社会的意识与信心。

参考文献

- [1] 校柏年,徐德艺,屈继华.截瘫患者心理康复体会[J].中国康复医学杂志,2000,15(6):371.
- [2] 高萍,庞清江,蒋国非,等.脊髓损伤患者的心理护理[J].中国康复理论与实践,2005,7(11):591.
- [3] 谢素美.脊髓损伤患者的心理分析及护理[J].国际医药卫生导报,2006,12:14.
- [4] 李小金,王楚怀,成守珍.脊髓损伤患者的心理特征与康复护理依从性的关系[J].中国康复医学杂志,2008,23(8):748—749.

·心理康复·

综合干预联合药物治疗首发老年抑郁症的疗效分析

宋冬玲¹ 王梦欣^{2,3} 王福芳¹

摘要 **目的:**探讨综合干预联合抗抑郁药物治疗首发老年抑郁症的临床疗效。**方法:**将 68 例首次发病的老年抑郁症患者,随机分为实验组和对照组。实验组给予综合干预联合西酞普兰治疗,对照组只给予西酞普兰治疗,比较两组患者治疗前后的抑郁状态、应对方式和生存质量的改变。**结果:**治疗前两组抑郁总分、积极应对、消极应对及生存质量测试指标结果比较差异无显著性意义($P>0.05$),治疗 12 周后,两组患者之间抑郁总分、积极应对、消极应对及生存质量测试指标结果比较差异有显著性意义($P<0.01$)。**结论:**综合干预联合抗抑郁药物治疗老年抑郁症效果较单纯抗抑郁药物治疗效果显著。

关键词 综合干预;生存质量;老年抑郁症;西酞普兰

中图分类号:R749.4,R49 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2008)-11-1040-03

老年抑郁症是老年期(≥ 60 岁)这一特定人群首次发病、以持续的情绪低落为特征的一种情感性的精神障碍^[1],具有反复发作的特点,对老年人身心健康危害严重,导致躯体功能下降,生存质量降低,甚至可能危及生命。目前主要的治疗方法为单纯抗抑郁药物治疗。有文献报道综合干预联合抗抑郁药物治疗抑郁症的效果更佳^[2]。社会-心理-生物医学模式认为任何疾病的发生不仅与生物学因素有关,而且与社会因素和心理因素有关。老年抑郁症的发生除了老年人生理功能的衰退和各种慢性躯体疾病等因素,社会和心理因素在发病过程中也起了重要作用,综合干预能够有针对性地解决患者存在的心理问题,消除或者缓解这些心理问题引起的抑郁状态。目前关于综合干预联合药物治疗老年抑郁症的研究报道较少,本研究目的在于为老年抑郁症的综合干预联合药物治疗提供实验和理论依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2006 年 3 月—2007 年 4 月,从我院老年医学科住院患者中抽取病例 68 例,均系首次发病,符合《中国精神疾病分类方案与诊断标准》第 3 版(CCMD-3)单纯抑郁发作诊断标准;排除肿瘤、心脑血管等系统严重器质性疾病、智能障碍及重大精神疾病史者。患者随机分为实验组($n=34$)和对照组($n=34$)。实验组男性 14 例,女性 20 例,年龄平均(60.34 ± 6.62)岁,病程 0.3—2.0 年,平均为(0.89 ± 1.60)年;对照组男性 14 例,女性 20 例,年龄平均(60.38 ± 6.71)岁,病程 0.3—2.0 年,平均为(0.67 ± 1.80)年。两组在性别、年龄、病程、抑郁程度等方面的差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。治疗前向患者充分解释本研究的内容和过程,取得其同意和合作。

1 山东大学齐鲁医院老年医学科, 山东济南文化西路 107 号, 250012

2 山东大学齐鲁医院心理科

3 通讯作者

作者简介:宋冬玲,女,副主任医师

收稿日期:2008-04-21

1.2 研究方法

1.2.1 研究方案:采用随机开放平行对照的方法。实验组:服用西酞普兰(由丹麦灵北药厂出品)20—40mg/d,连续 12 周,同时给予综合干预,两周 1 次,每次 40—50min;对照组:服用同一生产批号的西酞普兰 20—40mg/d,连续 12 周,药物剂量两组间的差异无显著性意义($P>0.05$)。

1.2.2 综合干预方法。

1.2.2.1 健康宣教:研究人员运用支持性心理治疗技术,以群体教育和个体干预形式进行,介绍老年人生理、心理特点及心理健康保健知识;老年抑郁症的有关医学知识,如发病原因、发病机理、主要表现、国内外最新治疗研究的进展,使患者认识到疾病的发生、发展、预后是生理、社会、心理共同作用的结果。

1.2.2.2 应激处理对策:向患者解释慢性应激事件导致大脑发生生物学改变,是老年抑郁症发病的主要原因之一。了解患者的应激模式,指出其存在的不恰当的应激处理对策,让患者正确认识应激,学会如何有效地处理应激。生活中出现应激反应(生理的、心理的、行为方面的)是正常的,指导患者至少学会一种放松技术,如通过鼻部做比正常呼吸频率慢的呼吸 2min,可以放松、缓解精神紧张^[2],并将其运用到日常生活的应激情景中去。

1.2.2.3 应对技巧:讲解应对的概念和分类(积极-行为应对、积极-认识应对、回避应对策略)。找出患者与抑郁情绪有关的错误应对方式,寻找相关的证据,分析错误应对方式的根源,重建新的、正确的应对模式。教会患者解决问题的五个步骤:放松、认识问题、充分讨论可能的解决办法、选择和实行一种适当的解决方法、对解决结果的自我评估^[2]。鼓励患者将应激处理对策与应对技巧整合在一起,运用到日常的生活环境中去。

1.2.2.4 家庭支持:请患者家属一同参加面谈,了解家庭支持对患者战胜疾病的重要性。重视家庭内部人际关系对患者情绪的影响。家庭是一个完整的系统,成员之间的关系应该是互动的,提高家庭成员间交流与沟通,找出患者家庭中存在的隔阂,共同商讨合理的解决办法,重塑家庭结构,可以帮助患者减轻或消除抑郁症状。并要求家属尽量满足患者合理的需求。

1.2.2.5 阳光疗法:建议患者每天至少接受 30min 阳光的照射。阳光具有极好的天然抗抑郁作用,而早晨的阳光效果最佳。

1.2.2.6 运动疗法:有氧代谢运动也称“等张运动”,是指以增强人体吸入、输送与使用氧气为目的的耐力性运动。在整个运动过程中,人体吸入的氧气大体与需要的氧气相等。特点是强度低、有节奏、不中断,持续时间长,方便易行,容易坚持。指导患者可根据自己的情况选择一两项体育运动,每周至少参加一次集体运动,每次持续时间至少 30min。

1.3 心理评定工具及评价方法

1.3.1 Zung-抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS)^[3]:该量表是美国教育卫生福利部推荐用于精神药理学研究的量表之一,包含 20 个项目,每个项目相当于一个有关的症状,按 1—4 分的 4 级计分制,得分越高,抑郁程度越

重。它能有效地反映抑郁状态的有关症状的严重程度和变化,特别是用于综合性医院衡量患者抑郁状态的轻重及其在治疗中的变化。

1.3.2 老年应对量表(ways of coping for senile, WOCS)^[3]:该量表作为一种具有特质属性的相对狭义的应对问卷,是专为我国中老年群体使用而修订的,适用于评估中老年人对各种生活事件的一般应对特点。包含 66 个项目,按 0—3 分 4 级计分,测试结果得出积极应对和消极应对两个分值。

1.3.3 健康状况问卷(short form 36 health survey questionnaire, SF-36)^[3]中文版:该量表为生存质量普适性量表,被广泛应用于生存质量的测定、临床实验效果评价以及卫生政策评估等领域。从生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康八个维度全面概括了被调查者的生存质量,是评估疾病损害程度和治疗效果的重要指标。

1.3.4 评价方法:治疗前后分别对两组患者进行心理量表测试并严格记录。整个操作过程由相同的护理研究人员用统一指导语向患者说明填写方法,收回时核对答题无遗漏。

1.4 统计学分析

所有数据采用 SPSS 11.5 统计软件进行两独立样本 t 检验和配对 t 检验。

2 结果

2.1 随访结果

本研究共入组 68 例患者,治疗期间,实验组 2 例及对照组 2 例患者退出实验,原因为发生影响研究的躯体疾病。其余 64 例患者均按实验设计要求顺利完成了实验。

2.2 疗效评价

2.2.1 两组间治疗前后患者的抑郁状态、积极应对、消极应对、生存质量测试结果比较,见表 1。

表 1 实验组、对照组治疗前后组间抑郁、应对、生存质量测试结果的比较

	治疗前		治疗后	
	实验组(n=32)	对照组(n=32)	实验组(n=32)	对照组(n=32)
抑郁	68.72±6.32	69.84±8.10	37.88±5.15	46.91±6.57
应对方式				
积极应对	27.44±6.74	27.13±4.03	39.38±4.48	32.94±3.88
消极应对	25.19±5.64	25.47±5.93	17.13±4.96	22.50±5.24
SF-36				
总体健康	35.63±7.29	35.06±6.57	55.84±5.79	49.41±18.11
生理功能	29.47±6.28	29.22±6.03	56.28±6.74	53.13±11.18
生理职能	38.84±6.19	38.41±7.71	67.78±8.92	49.84±14.13
情感职能	35.63±7.29	35.41±7.39	62.00±10.16	36.00±6.22
社会功能	33.47±5.65	34.19±6.33	61.00±9.72	36.91±5.18
躯体疼痛	33.88±5.45	33.50±6.06	63.63±9.45	53.88±11.86
活力	33.19±5.83	32.28±7.31	54.81±9.26	36.59±6.11
精神健康	34.78±4.45	34.53±5.78	51.53±7.53	36.31±5.19

治疗前两组患者的抑郁总分、积极应对、消极应对及生存质量八个维度测试指标结果的比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性;治疗 12 周后,两组患者的抑郁总分、积极应对、消极应对及生存质量测试指标结果比较差异显著,有显著性意义($P<0.01$)。

2.2.2 两组内治疗前、后患者的抑郁状态、积极应对、消极应对、生存质量测试结果比较,见表 1。

实验组治疗后与治疗前比较患者的抑郁总分明显降低、积极应对明显增多、消极应对明显减少、生存质量八个维度积分明显提高,各测试指标的结果比较差异显著,有显著性意义($P<0.01$);而对照组治疗后与治疗前比较患者抑郁总分、积极应对及生存质量中总体健康、生理功能、生理职能、躯体疼痛等四个维度明显提高,差异有显著性意义($P<0.01$),消极应对及生存质量中活力维度与治疗前比较有提高,差异有显著性意义($P<0.05$),而生存质量的其他维度指标变化不明显,差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.3 安全性评价

服用西酞普兰 12 周中有 5 例(17.2%)患者出现恶心,2 例(6.9%)患者出现嗜睡,研究人员向患者耐心解释,未予特殊处理,坚持服药后上述反应消失,未影响患者继续服药。参加试验的 68 例患者均未出现肝肾功能及血常规异常。

3 讨论

老年抑郁症发生最主要的神经生物学变化基础是大脑内 5-羟色胺等神经递质的减少,西酞普兰是选择性最强的 5-羟色胺(serotonin, 5-HT)再摄取抑制制剂(SSRIs),是目前治疗老年期抑郁症最为优先选择的药物。它通过抑制中枢神经系统突触前的 5-HT 再摄取泵,增加突触间隙中 5-HT 的浓度,改善交感神经亢进,调节副交感神经功能紊乱,从而发挥抗抑郁作用,消除患者的不良情绪^[4]。

目前多数文献报道:即使得到有效的抗抑郁剂治疗,老年抑郁症复发率及再发率仍较高,死亡率也较高^[5-7]。究其原因,主要为患者自身的心理资源匮乏,缺乏自信心,导致处理问题和应对冲突的能力下降,造成神经系统紊乱,发生抑郁^[8]。单纯抗抑郁药物治疗,虽然可以消除症状,提高生存质量,促进健康状况的改善,但很难改变患者的认知理念和人格特征^[9],消除抑郁发生的始动因素。综合干预可以很好的补充单纯药物治疗的不足,通过合理的心理干预措施,缓解患者的心理冲突,改变他们过分追求完美,缺乏自我认同感等不正确的认知,指导他们学会正确的应对方法,增强自我效能感,消除不良情绪的影响,从而达到更好的治疗效果。

本研究实验组综合干预联合药物治疗后,患者心理状态和生存质量的改善明显优于治疗前及对照组。

应对作为个体的内部资源,是指个体为了对付应激事件而采取的各种相应的认识活动和行为活动,在应激源和应激反应之间起着重要的调节作用^[10]。用积极应对和接受的态度来面对问题,具有积极的情绪、高水平的自我评估、乐观的情绪调节能力和较少的躯体症状,从而有较高的生存质量;而较多运用消极应对的人群通常有较高水平的应激失调,消极的应对方式不利于问题的解决和不良情绪的发泄,不利于疾病的康复,使应激及其反应通过神经-内分泌-免疫机制而引起机体内环境的功能紊乱^[11]。本研究资料分析提示老年抑郁

症患者多采取消极的应对方式。

实验组患者药物治疗同时给以综合干预,将健康教育、应激处理、应对技巧和康复疗法有机的整合在一起,研究人员通过交流了解患者不合理的信念和负性的思维方式,对患者的病情和支持资源情况进行全面评估,确定实施综合干预的方法,帮助找出患者存在的问题,改善患者消极的应对方式,指导患者运用获得的积极应对方式来应付生活中各种事件,以建立个人积极应对方式、应对技巧为目的,充分调动患者的心理支持资源,帮助患者改变一些对负性事件的看法和反应,产生药物无法起到的治疗效果,缓解或消除抑郁的症状或保持药物治疗获得的疗效,预防复发和复燃,提高生存质量与国外的有关研究结果一致^[11-12]。

本研究结果显示单纯抗抑郁药物和抗抑郁药物联合综合干预治疗均能减轻老年抑郁症患者的抑郁状态,减少消极应对,增加积极应对,提高生存质量水平。实验组综合干预与药物治疗联合使用,具有叠加作用,优于单纯药物治疗,效果更加显著,与对照组比较差异有显著性意义($P<0.01$)。

参考文献

- [1] 王祖承. 精神病学 [M]. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002.146—148.
- [2] 邹韶红,张亚林. 焦虑抑郁的治疗进展[J]. 国外医学·精神病学分册, 2003, 30(3): 170—173.
- [3] 张作记.行为医学量表手册[J].中国行为医学科学,2001,10(特刊):131—132,37—39, 19—24.
- [4] 周盛年,于会艳,刘黎青,等.西酞普兰治疗躯体形式障碍的随机对照研究[J].中华神经科杂志,2004,10,37(5)442—444.
- [5] Anderson DN. Treating depression in old age:the reasons to be positive[J].Age Aging,2001,30(1):13—15.
- [6] O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression [J]. Arch Gen Psychiatry, 2000,57(6): 1039—1045.
- [7] Manber R, Amow B, Blasey C, et al. Patient's therapeutic skill acquisition and response to psychotherapy, alone or in combination with medication [J]. Psychol Med, 2003, 33 (4): 693—702.
- [8] Alexopoulos GS. Depression and other mood disorders [J]. Clin Geriatr, 2000,8(1):69—71.
- [9] Rao R. Cerebrovascular disease and late life depression:an age old association revisited [J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2000,15(2): 419—421.
- [10] 黄继忠,高之旭.影响老年抑郁症预后的因素研究进展[J].国外医学·精神病学分册,2001,28(2):97.
- [11] Areún PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy for late life depression [J]. Biological Psychiatry, 2002, 52 (3): 293—303.