

感觉统合治疗改善青少年抑郁症的临床疗效观察*

全莉娟¹ 赵悦¹ 应德霞¹

摘要

目的:观察感觉统合治疗改善青少年抑郁症的临床疗效。

方法:选取2018年1—10月我院收治的青少年抑郁症患者80例,采用随机数字表法在知情、同意接受研究者分组的原则下将所有患者分为药物组(n=40)和感觉统合治疗组(n=40),药物组患者给予常规的抗抑郁药物左洛复,感觉统合治疗组在常规药物治疗的基础上给予感觉统合治疗,连续治疗12周。分别采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、症状自评量表(SCL-90)、焦虑自评量表(SAS)、失眠严重度指数(ISI)、哥伦比亚-自杀严重程度评定量表(C-SSRS)、里克特自我伤害量表、临床疗效总评量表病情严重程度(CGI-SI)进行疗效评估。

结果:治疗后两组患者的HAMD评分、SCL-90评分、SAS评分、ISI、C-SSRS自杀意念积极者数量、里克特自我伤害量表评分以及CGI-SI评分均随着治疗时间的延长而降低,而且感觉统合治疗组患者的HAMD评分、SCL-90评分、SAS评分、C-SSRS自杀意念积极者数量以及CGI-SI评分均显著低于对照组,差异具有显著性意义($P<0.05$);感觉统合治疗组不良反应的发生率明显低于对照组,差异有显著性意义($P<0.05$)。

结论:感觉统合治疗能够明显改善青少年抑郁症患者的临床症状,降低HAMD评分、SCL-90评分、SAS评分、ISI、C-SSRS自杀意念积极者数量、里克特自我伤害量表评分以及CGI-SI评分,且该方法安全性极好,值得在临床上广泛推广应用。

关键词 感觉统合治疗;抑郁症;临床疗效总评量表;汉密尔顿抑郁量表

中图分类号:R749.4,R493 文献标识码:A 文章编号:1001-1242(2020)-05-0551-05

Clinical effect of sensory integration therapy on adolescent depression/QUAN Lijuan, ZHAO Yue, YING Dexia//Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2020, 35(5): 551—555

Abstract

Objective:To observe the clinical effect of sensory integration therapy on adolescent depression.

Method: Eighty patients with adolescent depression in our hospital from January 2018 to October 2018 were divided into two groups: drug group (n=40) and sensory integrative therapy group (n=40). Patients in the drug group were given the conventional antidepressant Zolofur and the sensory integrative therapy group were treated with sensory integrative therapy on the basis of routine drug therapy for 12 weeks. Hamilton depression scale (HAMD), symptom checklist (SCL-90), self-rating anxiety scale (SAS), insomnia severity index (ISI), Colombian-suicide severity scale (C-SSRS), Richter self-injury scale (RISI) were used respectively. The clinical curative effect was evaluated with the clinical global impression scale-severity of illness (CGI-SI).

Result: After treatment, the HAMD score, SCL-90 score, SAS score, ISI, number of people with positive suicidal ideation in C-SSRS, Richter self-injury scale and CGI-SI score in the drug group and sensory integrative therapy group decreased gradually with the prolongation of treatment times($P<0.05$). And the decreases were more in the sensory integrative therapy group than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions in sensory integration therapy Conclusion:Sensory integration therapy significantly improved the

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2020.05.008

*基金项目:江西省卫健委项目(20185090)

1 南昌大学第一附属医院康复医学科,江西省南昌市,330000

第一作者简介:全莉娟,女,副主任医师;收稿日期:2018-12-14

clinical symptoms of adolescent depression patients and reduced HAMD score, SCL-90 score, SAS score, ISI, C-SSRS, Richter self-injury scale and CGI-SI score. The safety of this method is excellent, and it is worthy of extensive clinical application.

Author's address Department of Rehabilitation, the First Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang, Jiangxi, 330000

Key word sensory integration therapy; depression; clinical curative effect scale; Hamilton depression scale

抑郁症是一种常见的精神类疾病,其发病率呈现出逐年升高的趋势。近年来,研究数据显示青少年抑郁症占总的抑郁症患者的比例不断升高,而且发病率随着年龄增长而不断增加^[1]。青春期抑郁症(adolescent major depressive disorder, MDD)是青少年时期最突出的健康问题之一,在流行病学研究中,其终生患病率约高达14%—20%^[2-3]。有研究调查显示,在中欧青年中,冬季抑郁情绪相当普遍,至少有2%的青少年和青年符合季节性情感障碍(seasonal affective disorder, SAD)的标准^[4]。青少年自杀是青少年死亡的第二大原因,仅次于交通事故,而抑郁症是诱发青少年自杀的主要风险因素^[5]。青少年抑郁可能会影响教育程度、学校管理、休闲活动和社会交往,是一个公共卫生问题^[6]。因此,寻求安全有效的青少年抑郁症治疗方法是国内外研究学者亟待解决的问题。

目前,治疗抑郁症的方法主要有药物治疗(SS-RIs抗抑郁类药、三环类抗抑郁类药)和心理辅导(家庭治疗、认知行为治疗、人际心理治疗),但是药物治疗很有可能给儿童、青少年带来一些让家长难以接受或不愿接受的不良反应,使用药物治疗青少年抑郁症在国内外依然有很大的争议^[7]。感觉统合治疗是指大脑将从身体各种感觉器官传来的感觉信息经过多次组织分析、综合处理后将做出正确的决策,使整个机体和谐有效地运作的过程^[8]。目前,感觉统合治疗在儿童感觉统合失调^[9]、儿童情绪障碍^[10]、儿童孤独症^[11]及自闭症^[12]方面取得了一定的临床疗效。感觉统合治疗采用游戏的方式,可以使患儿乐于参与,能够改善儿童或青少年的多动、注意力不集中、情绪不稳定和学习困难等问题,本研究采用感觉统合治疗对青少年抑郁症患者进行了治疗并评估其疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年1—10月我院收治的青少年抑郁症患者80例,采用随机数字表法在知情、同意接受研究者分组的原则下将所有患者分为药物组(n=40)和感觉统合治疗组(n=40)。本研究经南昌大学第一附属医院道德伦理委员会审核批准,所有患者均自愿参加本实验并签订知情同意书。本研究进行过程中两组均无患者脱落。

纳入标准:①经我科医师诊断符合《中国精神病学分类方案与诊断标准》有关抑郁症的诊断标准;②患者有非精神病性、中度到重度的抑郁症状,同时伴有自杀和失眠;③首次诊断为抑郁症且症状持续了至少6周以上;④年龄11—18岁;⑤患者或家属均知晓本次研究,而且自愿签署知情同意书。

排除标准:①患者已经在进行抗抑郁药物治疗或者心理治疗;②已有严重自伤或者自杀倾向者;③患者患有癫痫或者精神分裂症等;④年龄<11岁或者>18岁者。

1.2 治疗方法

对照组:该组患者给予口服左洛复(辉瑞制药有限公司,国药准字:H10980141),患者的初始剂量为10mg/d,在患者初始服药的4周内进行药物剂量的调整,逐步增加至20mg/d,如果效果不佳的话可以将剂量加大至60mg/d。并且嘱咐患者如果在服药期间出现严重的不良反应需要立即到医院就医并酌情调整服用剂量,每周对患者进行2次随访,治疗时间为12周。

感觉统合治疗组:该组患者在对照组患者药物治疗的基础上进行感觉统合治疗。治疗方法主要包括集体训练、个别调整训练和家长配合三种。集体训练依据陈文德教授的感觉统合指导进行,按就诊顺序随机编组,每组患者制订循序渐进的训练方案,采用滑板、平衡木、触觉球等器材,以游戏形式进行形体、触觉、精细动作及记忆、视、听力等一系列训练,每周3次,每次90min,治疗12周,并根据每个患者的情况指

导家长掌握患者的问题所在,培养患者的自信,达到治疗目的。对照组与观察组的治疗效果均由本院心理康复科医生按观察指标要求进行评定。

1.3 评定指标

汉密尔顿抑郁量表-17(Hamilton depression scale, HAMD-17):HAMD-17多维度量表测量成人和青少年的抑郁症的工具,其中HAMD得分0—7分为正常,8—13分为轻度抑郁,14—18分中度抑郁,19—22分为严重抑郁症状, ≥ 23 分为重度抑郁。

症状自评量表(symptom checklist -90, SCL-90):SCL-90采取1—5分的5级评分标准,1分代表无症状,5分代表症状严重,依次递进,90个项目的综合得分为450分,得分越高表示心理疾病症状越严重。160分为临床界限,超过该界限说明测试者可能存在着某种心理障碍。

焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS):SAS是一种分析患者主诉焦虑症状的相当简便的自评工具,采用4级评分。1分是没有或者很少时间有,4分表示绝大部分或全部时间都有,将20个项目的各个得分相加,即得粗分,用粗分乘以1.25以后取整数部分,就得到标准分。SAS标准分的分界值为50分,其中50—59分为轻度焦虑,60—69分为中度焦虑,70分以上为重度焦虑。

失眠严重度指数(insomnia severity index, ISI):ISI是一份7项的自我报告问卷,评估失眠的性质、严重程度和影响。每一个项目共5分,0表示没有问题,4表示有非常严重的问题,总得分从0到28分不等。总分0—7分为无失眠症,8—14分为轻度失眠,15—21分为中度失眠,22—28分为严重失眠症。

哥伦比亚-自杀严重程度评定量表(Colombian-suicide severity scale, C-SSRS):C-SSRS是一种多维工具,用于评估自杀意念、意念强度和自杀行为,根据量表结果将患者的自杀意念评定为积极或消极。

里克特自我伤害量表:里克特自我伤害量表是测量青少年非自杀性自我伤害的一种工具。治疗前及治疗后的第4、8、12周使用里克特量表来测量自我伤害的冲动。患者被问到时,以0到10为标准,表示他(她)对伤害自己的欲望有多强烈,0代表根本没有自伤欲望,而10代表着一种无法忍受的伤害自己的冲动。

临床疗效总评量表(clinical global impression scale, CGI):CGI是一个三项工具,用于测量病情严重程度、疗效总评和疗效指数。其中病情严重程度(severity of illness, SI)采用0—7分的8级积分法,0为无病,7为病情极重。

不良反应:观察两组治疗期间不良反应的发生情况,包括头晕、恶心及嗜睡。

1.4 统计学分析

采用SPSS 21.0统计软件进行分析,所得数据用均数 \pm 标准差来表示,组间用独立样本 t 检验或独立样本非参数检验比较,样本率比较用卡方检验和校正 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

80例青少年抑郁症患者采用随机数字表法分为药物组($n=40$)和感觉统合治疗组($n=40$)。对照组40例,年龄11—18岁,病程2—16个月;感觉统合治疗组40例,年龄11—17岁,病程2—14个月,两组患者临床资料见表1,组间差异无显著性($P > 0.05$)。

2.2 两组患者HAMD评分的比较

治疗前两组患者的HAMD评分比较无显著差异($P > 0.05$)。治疗期间两组患者的HAMD评分随着时间的延长逐渐下降且明显低于治疗前($P < 0.05$),感觉统合治疗组的HAMD评分显著低于药物组,差异具有显著性意义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组患者SCL-90评分的比较

治疗前两组患者的SCL-90评分比较无显著差异($P > 0.05$)。治疗期间两组患者的SCL-90评分随着时间的延长逐渐下降且明显低于治疗前($P < 0.05$),感觉统合治疗组的SCL-90评分显著低于药物组,差异具有显著性意义($P < 0.05$)。结果见表3。

2.4 两组患者SAS评分的比较

治疗前两组患者的SAS评分比较无显著差异

表1 两组患者一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	对照组	感觉统合治疗组	P 值
男(例)	13	15	
女(例)	27	25	
平均年龄(岁)	14.2 \pm 3.6	14.5 \pm 4.1	0.156
平均病程(月)	6.9 \pm 4.4	6.4 \pm 3.8	0.058
平均受教育程度(年)	9.23 \pm 0.77	9.39 \pm 0.85	0.205

($P>0.05$)。治疗期间两组患者的SAS评分随着时间的延长逐渐下降且明显低于治疗前($P<0.05$),感觉统合治疗组的SAS评分显著低于药物组,差异具有显著性意义($P<0.05$)。见表4。

2.5 两组患者ISI评分的比较

治疗前两组患者的ISI评分比较无显著差异($P>0.05$),治疗期间两组患者的ISI评分随着时间的延长逐渐下降,差异具有显著性意义($P<0.05$)。见表5。

表2 两组患者汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分的比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	4周	8周	12周
对照组	40	28.13±4.21	24.19±3.87	17.36±2.15 ^①	11.48±1.06 ^①
感觉统合治疗组	40	27.93±4.45	21.90±4.36 ^①	9.92±1.07 ^{①②}	6.33±0.62 ^{①②}
P值		0.220	0.037	0.024	0.014

①为 $P<0.05$,与本组治疗前比较;②为 $P<0.05$,与对照组比较。

表3 两组患者症状自评量表(SCL-90)评分的比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	4周	8周	12周
对照组	40	226.14±65.27	182.66±49.28 ^①	163.24±38.88 ^①	142.05±40.67 ^①
感觉统合治疗组	40	221.90±63.76	168.75±46.82 ^{①②}	142.47±41.39 ^{①②}	120.90±37.81 ^{①②}
P值		0.102	0.025	0.0038	0.0004

①为 $P<0.05$,与本组治疗前比较;②为 $P<0.05$,与对照组比较。

表4 两组患者焦虑自评量表(SAS)评分的比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	4周	8周	12周
对照组	40	78.38±12.19	62.50±10.76 ^①	52.81±8.94 ^①	40.63±9.44 ^①
感觉统合治疗组	40	78.63±13.63	57.25±11.11 ^①	46.19±7.37 ^{①②}	34.56±7.60 ^{①②}
P值		0.422	0.043	0.0093	0.0028

①为 $P<0.05$,与本组治疗前比较;②为 $P<0.05$,与对照组比较。

表5 两组患者失眠严重度指数(ISI)评分的比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	4周	8周	12周
对照组	40	21.84±3.98	16.09±2.75 ^①	8.50±1.92 ^①	5.27±1.06 ^①
感觉统合治疗组	40	22.16±4.03	14.46±2.51 ^①	6.13±1.13 ^①	4.52±1.02 ^①
P值		0.075	0.00012	0.00696	0.00175

①为 $P<0.05$,与本组治疗前比较

2.6 两组患者C-SSRS自杀意念积极者数量的比较

治疗前两组患者的C-SSRS自杀意念积极者数量比较无显著差异($P>0.05$)。治疗期间两组患者的C-SSRS自杀意念积极者数量随着时间的延长逐渐下降且明显低于治疗前($P<0.05$),感觉统合治疗组的C-SSRS自杀意念积极者数量显著低于药物组,差异具有显著性意义($P<0.05$)。见表6。

2.7 两组患者里克特自我伤害量表评分的比较

治疗前两组患者的里克特自我伤害量表评分比较无显著差异($P>0.05$)。治疗期间两组患者的里克特自我伤害量表评分随着时间的延长逐渐下降,差异具有显著性意义($P<0.05$)。见表7。

2.8 两组患者CGI-SI的比较

治疗前两组患者的CGI-SI比较无显著差异($P>0.05$)。治疗期间两组患者的CGI-SI随着时间的延

长逐渐下降且明显低于治疗前($P<0.05$),感觉统合治疗组的CGI-SI显著低于药物组,差异具有显著性意义($P<0.05$)。见表8。

2.9 两组患者不良反应的比较

感觉统合治疗组不良反应的发生率明显低于对照组,差异有显著性意义($P<0.05$),见表9。

3 讨论

由于学习压力比较大,而且作息不规律,以及来自人际关系、就业等方面的压力,越来越多的青少年

表6 两组患者C-SSRS自杀意念积极者数量的比较[n(%)]

组别	例数	治疗前	4周	8周	12周
对照组	40	40(100)	29(72.5) ^①	17(42.5) ^①	9(22.5) ^①
感觉统合治疗组	40	40(100)	24(60) ^①	15(37.5) ^①	5(12.5) ^①
P值			0.0033	0.070	0.008

①为 $P<0.05$,与本组治疗前比较

表7 两组患者里克特自我伤害量表的比较

($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	4周	8周	12周
对照组	40	6.26±1.05	4.13±0.97 ^①	1.79±0.55 ^①	0.94±0.11 ^①
感觉统合治疗组	40	6.39±1.13	3.82±0.88 ^①	1.56±0.47 ^①	0.75±0.42 ^①
P值		0.135	0.0083	0.0094	0.002

①为P<0.05,与本组治疗前比较

表8 两组患者CGI-SI的比较

($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	4周	8周	12周
对照组	40	5.31±0.65	4.21±0.51 ^①	3.42±0.47 ^①	2.72±0.29 ^①
感觉统合治疗组	40	5.27±0.71	3.72±0.53 ^①	2.34±0.39 ^{①②}	1.46±0.21 ^{①②}
P值		0.147	0.00124	0.00195	0.00015

①为P<0.05,与本组治疗前比较;②为P<0.05,与对照组比较。

表9 两组患者不良反应的比较

[n(%)]

组别	例数	嗜睡	恶心	头晕	合计
对照组	40	3(7.5)	4(10)	5(12.5)	12(30)
感觉统合治疗组	40	1(2.5)	2(5)	3(7.5)	6(15) ^①
P值		0.070	0.002	0.007	0.0004

①为P<0.05,与对照组比较

处于一种亚健康的状态,因此容易产生抑郁情绪,这将会严重的影响青少年的成长和学习生活,同时也会给家庭和社会造成较大的负担^[13]。青少年正处于一个心理和生理趋于成熟的阶段,如果他们的学习生活压力无法得到正常的缓解,就容易出现抑郁、焦虑的感觉,容易诱发他们自杀、酒精或药物滥用、嗜烟、早孕等问题,此外这群人生活经验不足、心理承受能力较弱,对自己的情绪掌握和控制能力比较弱^[14]。有研究报道^[15],青少年时期是人体大脑发育的关键时期,其抑郁症状较成年人更为严重,因此社会功能和生活质量下降也是更为明显。

抑郁症的病因较为复杂,医学上通常认为是由于精神上压力过大造成的,患者常常出现拒绝帮助、害怕与人沟通、保持过分矜持和神秘、过分害怕失败、强制性地追求成功和完美,同时希望可以得到认可和赞许。感觉统合失调是由于感觉刺激信息无法在中枢神经系统形成有效组合,影响大脑皮层的协调性,破坏整个机体的有效运作。研究发现,现在的都市化生活和小家庭制度导致青少年出现感觉统合失调,从而造成其多种心理障碍,抑郁症患者存在着严重的感觉统合失调现象。本研究结果显示,治疗后两组患者的HAMD评分、SCL-90评分、SAS评分、ISI、C-SSRS自杀意念积极者数量、里克特自我伤害量表评分均随着治疗时间的延长而降低,而且感觉统合治疗组HAMD评分、SCL-90评分、SAS评

分、C-SSRS自杀意念积极者数量显著低于对照组,同时不良反应的发生率也明显低于对照组,差异有显著性意义(P<0.05),说明感觉统合治疗能够明显的改善青少年抑郁症患者的临床症状。

感觉统合治疗安排的是每周3次,每次90min,治疗主要是借助滑板、平衡木、触觉球等器材完成的,因此随意性比较大,患者的接受性和主动性也比较好。该治疗方法主要是通过游戏的方式缓解患者的学习生活压力,刚开始患者的配合度均比较低,随着每次坚持完成治疗后患者的配合度也是随着治疗时间的延长而增强。再者,患者父母的参与可以稳定患者情绪,减轻患者的分离性焦虑感,患者适应新环境也比较快。治疗过程中发现父母的介入度越高患者的治疗效果越明显。因此建议在使用感觉统合治疗时,需要家长的理解和高度配合。感觉统合治疗方法不仅可以使患者的交往能力、处理人际关系能力得到提升,还可以使人放松心情,减少压迫感和焦虑感,而且感觉统合治疗可以使各个神经网络之间顺利联系,其在神经网络正常运行的基础上,促使感觉统合功能和个体发生的每个行为紧密联系起来,保证机体的正常运作。有研究表明^[10]感觉统合治疗可以促进人体大脑的发育,完善其脑功能,从而缓解其焦虑症状。据报道^[16-18]感觉统合治疗在儿童孤独症、自闭症、儿童行为与情绪障碍等疾病方面颇有成效。

综上所述,感觉统合治疗能够明显改善青少年抑郁症患者的临床症状,降低HAMD评分、SCL-90评分、SAS评分、ISI、C-SSRS自杀意念积极者数量、里克特自我伤害量表评分以及CGI-SI评分,且该方法安全性极好,值得在临床上广泛的推广应用。

(下转第612页)