

· 经验交流 ·

音乐疗法辅助抗抑郁药治疗抑郁症的临床疗效观察

金 韬¹, 汪 琛², 谭小林³, 杨云秀^{4△}

(1. 重庆市精神卫生中心医务科 401147; 2. 重庆三峡医药高等专科学校学生处 404020; 3. 重庆市精神卫生中心老年科 401147; 4. 重庆市精神卫生中心心理科 401147)

摘要:目的 评价音乐疗法辅助抗抑郁药治疗抑郁症的临床疗效和安全性。方法 将 60 例抑郁症患者随机分为研究组(给予音乐疗法辅助抗抑郁药治疗)与对照组(采用单纯抗抑郁药治疗),疗程 8 周。采用汉米尔顿抑郁量表(HAMD)、汉米尔顿焦虑量表(HAMA)及临床疗效总评量表-病情严重程度(CGI-SI)评估疗效,采用不良反应量表(TESS)进行安全性评估,并进行对比分析。结果 研究组与对照组患者的临床治愈率及 CGI-SI 减分率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后第 2、4、6、8 周末两组患者 HAMD、HAMA 总分均明显低于治疗前($P < 0.01$);两组患者治疗后第 2、4、6、8 周末 HAMA 减分率及第 6、8 周末 HAMD 减分率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。组间 TESS 评分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 音乐疗法是一种快速、有效且安全性较高的治疗抑郁症的辅助治疗方法。

关键词: 抑郁症; 音乐疗法; 抗抑郁药; 精神病状态评定量表

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.17.015

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)17-1703-03

抑郁症是一种以显著而持久的情绪低落、兴趣减退为主要临床特征的精神疾病。随着新型抗抑郁药的不断问世,抑郁症的治疗有了很大进步。尽管如此,临床上仍有部分患者单用药物治疗效果不佳,甚至自杀身亡,因此,抑郁症的治疗已成为临床医生关注的问题。近年来研究发现音乐疗法在精神疾病患者的康复中疗效显著,受到越来越多的精神心理科医护人员的重视^[1]。临床研究发现音乐疗法辅助药物治疗显示出良好的疗效^[2-5]。为此,本研究采用音乐疗法辅助抗抑郁药方案对抑郁症患者进行为期 8 周的治疗观察,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 6 月至 2009 年 5 月重庆市精神卫生中心心理科的住院患者 60 例。入选标准:符合中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(chinese classification and diagnostic criteria of mental disorders-3, CCMD-3)抑郁症诊断标准^[6],年龄 18~58 岁,性别不限,小学以上文化程度,汉米尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)总分超过 12 分。排除标准:伴有严重躯体疾病,有滥用乙醇史,伴有其他精神疾病,孕妇或哺乳者,2 个月内使用过电痉挛、抗精神病药或心境稳定剂治疗。本研究均获得患者及其监护人的知情同意。所有患者的诊断经 2 名以上主治医师确诊。

1.2 分组与药物治疗 将上述患者按治疗方案分为研究组(给予音乐疗法辅助抗抑郁药治疗)与对照组(采用单纯抗抑郁药治疗)。根据入院顺序编号,按奇、偶数将患者随机分配至研究组与对照组进行开放性对照治疗观察,为期 8 周。(1)研究组($n=30$):男 12 例,女 18 例;年龄 24~58 岁,平均(43±10)岁;本次病程 21~95 d,平均(45±21)d;治疗前 HAMD 总分为(24±7)分。药物及剂量:氟西汀(20±9)mg/d ($n=7$),帕罗西汀(34±16)mg/d ($n=9$),西酞普兰(34±9)mg/d ($n=6$),文拉法辛(150±0)mg/d ($n=6$),米氮平 30 mg/d ($n=1$),度洛西汀 60 mg/d ($n=1$)。(2)对照组($n=30$):男 10 例,女 20 例;年龄 21~57 岁,平均(40±11)岁;本次病程 20~92 d,平均(48±24)d;治疗前 HAMD 总分(24±8)分。药物及剂量:氟西汀(24±5)mg/d ($n=7$),帕罗西汀(41±23)mg/d ($n=12$),西酞普兰 30 mg/d ($n=1$),文拉法辛(138±31)mg/d ($n=6$),米氮

平(18±11)mg/d ($n=3$),度洛西汀 60 mg/d ($n=1$)。晚间可以适量服用苯二氮卓类药物以保证睡眠。两组患者在性别、年龄、婚姻状况、文化程度、本次病程、治疗前 HAMD 总分、抗抑郁药类型及剂量等方面比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。60 名患者均完成 8 周治疗。

1.3 音乐治疗 音乐治疗的干预和评估由音乐老师、心理治疗师、主治医师及主管护士实施。音乐治疗在专用治疗室进行,治疗室内装饰简洁,座位舒适,光线柔和,不受外界干扰。采用感受式音乐疗法为主,立体声耳机收听和开放式音响交替。由专业音乐师指导选择音乐处方,根据发病原因、患者的需要以及对音乐的反应选定乐曲。选曲以中国民族音乐为主,如《喜洋洋》、《采花灯》、《步步高》、《江南好》、《春江花月夜》、《苏武牧羊》、《二泉映月》、《宝贝》、《军港之夜》及《浏阳河》等。治疗时间:1 次/d,1 h/次,5 次/周,疗程 8 周。音乐治疗前准备:(1)确定患者的问题所在;(2)制定治疗目标;(3)制定音乐活动计划;(4)学习音乐知识及音乐欣赏。音乐治疗实施步骤:(1)由音乐治疗师向患者说明音乐治疗目的;(2)采用愉快、柔和音乐进行放松训练;(3)引导患者选择喜爱的治疗音乐,并与患者当前心理状态一致,以产生情绪共振^[7];(4)观察患者的反应,鼓励患者展开联想,增强自信心,提高自我评价;(5)评价治疗反应。采用盲法评定,评分者不参加治疗的实施过程。

1.4 临床疗效及安全性评价 临床疗效评价主要指标为 HAMD,次要指标为汉米尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)及临床疗效总评量表-病情严重程度(clinical global impression scale-severity of illness, CGI-SI)。由 2 名高年资主治医师分别在治疗前和治疗后第 2、4、6、8 周末进行评价(CGI-SI 为治疗前、后各评价 1 次)。按照 HAMD 减分率评定疗效,减分率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。减分率:<25%为无效,≥25~50%为进步,≥50%~75%为显进,≥75%~100%为痊愈。由评分员采用不良反应量表(treatment emergent symptom scale, TESS)进行安全性评价。

1.5 统计学处理 采用 SPSS9.0 统计软件进行数据分析,计数资料比较采用 Ridit 分析或 χ^2 检验,计量数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,

△ 通讯作者, Tel: 15923044642; E-mail: alexcat_1999@yahoo. com. cn.

表 1 患者临床疗效的比较

组别	<i>n</i>	痊愈(<i>n</i>)	显进(<i>n</i>)	进步(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	治愈率(%)	显效率(%)	总体有效率(%)
对照组	30	5	13	10	2	16.7	60.0	93.3
研究组	30	13	11	5	1	43.3*	80.0	96.7*

*: $P < 0.05$, 与对照组比较。

表 2 两组患者各时间点 HAMD、HAMA 评分比较($\bar{x} \pm s, n=30$)

组别	治疗前 总分	治疗第 2 周末		治疗第 4 周末		治疗第 6 周末		治疗第 8 周末	
		总分	减分率(%)	总分	减分率(%)	总分	减分率(%)	总分	减分率(%)
对照组									
HAMD	24±7	20±7*	18±9	16±6*	36±12	13±6*	47±14	10±6*	59±16
HAMA	19±9	17±8*	17±7	14±7*	33±11	11±6*	48±11	8±6*	61±13
研究组									
HAMD	24±8	19±8*	22±9#	14±7*	41±12#	10±6*	56±13△	8±5*	70±16△
HAMA	20±11	16±10*	22±10△	12±8*	40±13△	9±7*	55±14△	7±6*	70±15△

*: $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; #: $P > 0.05$, △: $P < 0.05$, 与对照组比较。

采用 Wilcoxon 检验或 *t* 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 临床疗效评定

2.1.1 临床总体疗效分析 治疗 8 周末研究组临床显效(痊愈与显进)24 例, 显效率为 80%(24/30), 治愈率为 43.3%(13/30); 对照组显效 18 例, 显效率为 60%(18/30), 治愈率为 16.7%(5/30); 两组显效率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 2.86, P = 0.158$), 而治愈率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 5.08, P = 0.047$)。两组总体疗效比较差异有统计学意义($u = 2.30, P < 0.05$), 见表 1。

2.1.2 主要疗效分析 研究组及对照组患者分别于治疗后第 2、4、6、8 周末 HAMD 总分与治疗前比较差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后第 2、4 周末, 研究组 HAMD 减分率与对照组比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后第 6、8 周末, 研究组 HAMD 减分率与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 2。

2.1.3 次要疗效分析 研究组及对照组患者分别于治疗后第 2、4、6、8 周末 HAMA 总分与治疗前比较差异均有统计学意义($P < 0.01$); 治疗后第 2、4、6、8 周末, 研究组 HAMA 减分率与对照组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$), 见表 2。治疗第 8 周末两组患者 CGI-SI 减分率比较, 以及组内治疗前、后 CGI-SI 减分率比较差异均有统计学意义($P < 0.01$), 见表 3。

表 3 治疗前及治疗第 8 周末患者 CGI-SI 评分比较($\bar{x} \pm s, n=30$)

组别	<i>n</i>	治疗前 总分	治疗第 8 周末		<i>t</i>	<i>P</i>
			总分	减分率(%)		
对照组	30	4.2±0.7	2.2±0.6	46±13	13.33	0.000
研究组	30	4.0±0.9	1.7±0.7	58±18	13.32	0.000
<i>t</i>	—	0.822	3.234	3.06	—	—
<i>P</i>	—	0.414	0.002	0.003	—	—

—: 表示此项无数据。

2.2 不良反应比较 以每个患者出现的 TESS 最高分为统计

对象, 即将两组患者的最大不良反应进行比较。研究组患者 TESS 评分为(4±3)分, 对照组为(6±3)分, 组间比较差异有统计学意义($t = 2.251, P = 0.028$)。提示研究组患者的不良反应低于对照组。

3 讨 论

本研究的主要疗效指标(HAMD 减分率)显示从第 6 周起, 两组间比较差异有统计学意义; 而次要疗效指标(HAMA 和 CGI-SI 减分率)从第 2 周起, 两组组内比较和组间比较差异均有统计学意义。提示药物治疗联合音乐疗法的抗焦虑作用起效更快, 采用该方案治疗时间越长, 抗抑郁疗效越明显, 这一结果与其他临床研究结果相吻合^[8-10]。

中央音乐学院教授张鸿懿^[11]认为音乐治疗是以心理治疗的理论和方法为基础, 运用音乐特有的生理及心理效应, 通过各种专门设计的音乐行为、经历音乐体验而达到消除心理障碍、恢复或增进身心健康的一门边缘学科。音乐疗法是一种良好的刺激, 具有强烈的情感引发作用, 能提供一个比较宽松的环境氛围, 让患者改善情绪, 减轻不良身心症状。音乐具有节奏并能表达思想感情, 这两个本质特征使其具有治疗疾病的功能。现代神经生理学研究表明神经系统中的大脑边缘系统和脑干网状结构对人体的内脏及躯体功能起主要调节作用, 音乐可对这些神经结构产生直接影响。当一个人聆听音乐时, 在心灵中出现的联想和幻想是音乐发挥作用的决定性因素^[5,12]。在抑郁症的音乐治疗中, 其关键正是音乐的心理作用。

音乐的成分大致可分为音高、力度、音色、旋律及节奏等, 音乐的快慢、强弱及升降能较好地对应抑郁情绪起调节作用。临床实践证明, 治疗师在音乐治疗过程中进行解说和引导, 帮助患者体验音乐的意境, 展开联想, 体会音乐情节及内涵可提高临床疗效。音乐可传递人际交往中可意会不可言传的情感, 发挥社会作用。抑郁症患者聚集在一起, 借助音乐背景与他人进行言语或非言语沟通及情感交流, 获得自我表现和成功的满足, 这有利于其恢复正常社会功能。

本研究结果表明在基础治疗相同的条件下, 音乐疗法辅助抗抑郁药治疗较单纯抗抑郁药治疗效果良好, 且不良反应小, 依从性高, 值得临床推广使用。但本研究样本量偏小, 观察时间较短, 在安全性方面评价不够充分, 有待以后扩大样本量以进

一步探讨。

参考文献:

- [1] 李权超. 音乐在心理治疗中的应用[J]. 临床心身疾病杂志, 2007, 13(5): 473-474.
- [2] Hsu WC, Lai HL. Effects of music on major depression in psychiatric inpatients[J]. Arch Psychiatr Nurs, 2004, 18(5): 193-199.
- [3] Reinhardt U, Lange E. Effect of music on depressed patients[J]. Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz), 1982, 34(7): 414-421.
- [4] 张明廉, 张建茵, 李永远, 等. 阿米替林合并音乐治疗与单用阿米替林治疗抑郁症的对照研究[J]. 河北精神卫生, 1994, 7(2): 65-67.
- [5] 荆效奎. 音乐治疗抑郁症患者疗效观察[J]. 中国社区医师医学专业, 2007, 9(15): 89.

- [6] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001.
- [7] 陈贵玲. 音乐治疗的发展取向与原理[J]. 实用医学杂志, 2006, 23(8): 991-993.
- [8] 韩英, 李艳青, 李素芳. 音乐治疗在焦虑症患者康复中的应用[J]. 中国误诊学杂志, 2005, 5(5): 978-979.
- [9] 王智. 音乐治疗对抑郁症患者情绪改善的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(7): 846.
- [10] 文素荣, 曹国原, 周会爽. 音乐治疗对精神分裂症患者抑郁状态的影响[J]. 中国临床康复, 2005, 9(8): 195.
- [11] 张鸿懿. 音乐治疗学基础[M]. 北京: 中国电子音像出版社, 2000.
- [12] 袁宝刚. 音乐治疗与心理暗示治疗抑郁性神经症的机制及护理初探[J]. 河北精神卫生, 1997, 10: 94-95.

(收稿日期: 2011-03-30 修回日期: 2011-05-05)

· 经验交流 ·

886 例就诊人群心理门诊诊治状况调查

杨云秀, 罗捷, 冉江峰

(重庆市精神卫生中心心理科 401147)

摘要:目的 了解心理门诊就诊人群的咨询原因和诊断情况, 探讨门诊常用干预方法的效果。方法 将 886 例心理门诊就诊人员分为学生组($n=594$)及成年组($n=292$)。采用自编问卷对其咨询原因、就诊情况及干预效果进行调查分析。结果 学生组心理咨询原因以学习压力最多(42.25%), 成人组以家庭矛盾(22.95%)及婚姻问题(13.70%)最为突出。疾病诊断第 1 位是情绪障碍(80.25%), 学生组最常见的诊断为焦虑则以抑郁状态(33.33%), 成人组以抑郁症诊断为主(25.68%)。学生组干预方式以心理治疗为主辅以药物治疗(54.55%), 而成人组药物治疗为主结合心理治疗的比例较高(59.93%)。二者的合计显效率达到 82.84%(734/886)。结论 学生学习压力, 以及成人家庭、婚姻问题最值得关注, 心理及药物治疗可有效改善患者的精神症状。

关键词: 心理疗法; 情感障碍/精神病性; 学生; 成年人

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.17.016

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)17-1705-02

心理咨询是由专业人员即心理咨询师运用心理学以及相关知识, 帮助求助者解决心理问题。国内研究人员对心理咨询进行了大量研究^[1-5], 本文侧重分析就诊人群的咨询原因、就诊情况和干预效果, 旨在为更好地开展心理咨询服务提供参考资料, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在 2005 年 1 月至 2010 年 12 月于本中心心理门诊就诊的 3 256 例人群中, 选择坚持 5 次以上心理门诊, 且病例资料完整的 886 例患者, 均符合中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(Chinese classification and diagnostic criteria of mental disorders-3, CCMD-3)精神疾病的诊断标准。其中男 349 例, 女 537 例; 年龄 12~86 岁, 平均(31.6±11.2)岁; 大学文化 213 例, 中学 606 例, 小学 67 例; 学生 594 例, 公务员 89 例, 公司职员 73 例, 工人 60 例, 退休人员 37 例, 外来务工人员 17 例, 下岗职工 16 例; 已婚 114 例, 离婚 89 例, 未婚 683 例; 心理问题存在时间 0.5~37.0 年, 平均(21.0±10.5)年; 以往咨询就诊医院 2~11 所, 平均(4.7±1.3)所。将患者按职业及年龄分为学生组($n=594$)及成年组($n=292$)。

1.2 方法 采用自编问卷进行调查, 包括咨询原因、就诊情况及干预方式等。以焦虑、抑郁症状就诊, 但未达到焦虑症或抑郁症诊断标准的患者, 以焦虑抑郁状态归类。干预效果以中华

医学会拟定的临床痊愈、显著好转、好转、无效 4 级标准评定。

1.3 统计学处理 采用 SSPS10.0 统计软件对调查数据进行统计分析。计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 学生组与成人组的咨询原因 学生组心理咨询的原因依次为学习压力(42.25%)、人际关系(18.52%)、情绪不好(12.12%)、睡眠障碍(10.61%)和恋爱问题(7.24%)等。成人组心理咨询原因依次为家庭矛盾(22.95%)、婚姻问题(13.70%)、睡眠障碍(13.36%)、人际关系(12.67%)、躯体不适(10.62%)、情绪不好(9.93%)和工作压力(8.22%)等。两组咨询原因比较差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 1。

2.2 学生组与成人组的疾病诊断 886 例患者中有情绪障碍者 711 例(80.25%), 其它心理疾病 175 例(19.75%)。学生组最常见的诊断为焦虑抑郁状态(33.33%), 其次为焦虑症(25.08%)、强迫症(12.63%)、失眠症(11.28%)及抑郁症(9.43%)等。成人组依次为抑郁症(25.68%)、躯体化障碍(20.89%)、失眠症(18.15%)、焦虑抑郁状态(12.67%)、焦虑症(11.30%)等。两组疾病诊断所占百分比比较差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 2。