

精神分裂症与分裂情感性障碍 的核心特征与治疗

潘 霄¹, 张道龙^{2*}

(1. 第二军医大学心理与精神卫生学系, 第二军医大学附属长征医院医学心理科, 上海 200433;

2. 美国伊利诺伊大学精神医学系, 芝加哥 IL 60612

* 通信作者: 张道龙, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【摘要】 精神分裂症是一种严重的精神障碍, 在普通人群中的患病率为 0.5% ~ 1.0%, 在住院患者中, 其比例更高。由于精神分裂症的不同亚型在治疗上并无区别, 并且容易给临床诊断造成混乱, 因此, DSM-5 去除了精神分裂症的亚型。分裂情感性障碍的患病率约为精神分裂症的一半。其症状相当于既有精神分裂症的 A 组症状, 同时又有心境症状, 例如重度抑郁或躁狂。诊断此障碍必须符合两个关键标准: ①在半数以上的病程中, 除了存在精神分裂症诊断标准 A 的症状以外, 还伴有重度抑郁发作或躁狂发作; ②在没有心境发作至少 2 周(抑郁或躁狂)的情况下, 存在持续的妄想或幻觉, 即证明这些精神病性症状并非由心境发作所致。

【关键词】 精神分裂症; 分裂情感性障碍; 抗精神病性药物; 抗抑郁药; 心境稳定剂; 心理治疗

中图分类号: R749.3

文献标识码: B

doi:10.11886/j.issn.1007-3256.2017.02.020

Core symptoms and treatments of schizophrenia and schizoaffective disorder

Pan Xiao¹, Zhang Daolong^{2*}

(1. Department of Psychology, Second Military Medical University; Department of Medical Psychology, Changzheng Hospital,

Second Military Medical University, Shanghai 200433;

2. Department of Psychiatry, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL 60612, USA

* Corresponding author: Zhang Daolong, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【Abstract】 Schizophrenia is a serious mental disorder with a 0.5% ~ 1.0% morbidity rate in the general population and a higher proportion in hospitalized patients. DSM-5 removes subtypes of schizophrenia because of the different subtypes of schizophrenia do not differ in treatment outcome and are prone to cause confusion in the diagnosis of clinicians. Schizoaffective disorder has half the morbidity rate of schizophrenia. This disorder has schizophrenia group A symptoms with a mood disorder component, such as severe depression or mania. The diagnosis of this disorder must meet two key criterias. First, in addition to schizophrenia group A symptoms, patients also experience mood disorder symptoms, such as depression or manic episodes. Second, in the absence of a mood disorder symptoms for at least two weeks (depression or mania), there is a continuing delusions or hallucinations that prove these psychotic symptoms are not caused by mood problems.

【Keywords】 Schizophrenia; Schizoaffective disorder; Antipsychotic medication; Antidepressants; Mood stabilizers; Psychotherapy

1 精神分裂症^[1-3]

精神分裂症是一种严重的精神障碍, 在普通人群中的患病率为 0.5% ~ 1.0%, 在住院患者中, 其比例更高, 因此, 精神科医生必须熟练掌握精神分裂症的诊断与治疗。由于精神分裂症的不同亚型在治疗上并无区别, 并且容易给临床诊断造成混乱, 因此, DSM-5 去除了精神分裂症的亚型。

1.1 核心特征

①A 组症状: 妄想、幻觉、言语紊乱、行为紊乱或紧张症, 阴性症状(即情感表达减少和意志减退), 存在上述症状中的至少 2 种, 其中 1 种必须是前 3 种症状之一, 且持续至少 1 个月。②功能损害: 精神

分裂症会导致患者一个或多个重要领域的功能受损, 例如显著的社会或职业功能失调。精神分裂症的阳性症状可以简单理解为“获得的症状”, 而阴性症状可以简单理解为“功能的缺失”。③病程: 此障碍的体征持续至少 6 个月。

1.2 风险因素

精神分裂症的风险因素包括遗传和环境两个方面。遗传方面, 遗传不是精神分裂症的主要风险因素, 大部分精神分裂症患者并没有精神病性障碍的家族史; 但遗传是精神分裂症的重要风险因素, 尤其对于那些一级亲属有双相障碍、抑郁障碍或孤独症谱系障碍的个体。环境方面, 精神分裂症同时受到环境的影响, 尤其与母亲在怀孕期间的状态有关, 例

如母亲孕期被病毒感染,这一点提示精神分裂症与神经发育有关。

1.3 治疗

精神分裂症一经诊断,终生无法治愈,因而不能期待患者完全康复,但早期的、积极的治疗对患者及家庭都大有裨益。

第一,药物治疗:精神分裂症是一种严重的精神障碍,精神分裂症患者,尤其是中度到重度的患者不能仅仅依靠心理咨询,需以药物治疗为主。药物治疗是精神分裂症的重要治疗手段,其主要目的是将阳性症状减少到最低水平,使行为紊乱得到一定程度的抑制。

几乎所有的抗精神分裂症药物都与多巴胺的阻断有关。1950 年左右,第一代抗精神分裂症药物问世,其中以氟哌啶醇为代表药物,至今仍在使用。然而,由于第一代药物容易引起锥体外系副反应(EPS),例如迟发性运动障碍、静坐不能等。因此,1990 年左右研发了第二代抗精神分裂症药物,以维思通、奥氮平、斯瑞康为代表。

在治疗精神分裂症阳性症状方面,第二代抗精神分裂症药物与第一代抗精神分裂症药物的疗效相当;但在治疗阴性症状方面,第二代抗精神分裂症药物显著优于第一代药物。并且,第二代抗精神分裂症药物的副作用(如引起 EPS)相对较少。因此,在患者经济条件允许的情况下,当前对精神分裂症的药物,首选第二代抗精神分裂症药物。

需要注意的是,在进行药物治疗前,必须排除物质/药物所致的精神病性障碍或由于其他躯体疾病所致的精神病性障碍。

第二,心理咨询:几乎所有的精神障碍患者都需要心理咨询,其中,轻度到中度的患者可以只做心理咨询。对精神分裂症患者而言,具体使用哪种心理咨询方法,需要根据患者的具体情况来选择,常用的方法有认知行为疗法(Cognitive Behavior Therapy, CBT)和支持疗法。例如,可以使用 CBT 帮助患者认识到妄想、幻觉的来源,鼓励患者不服从或不听从这些妄想和幻觉的命令。在社区的环境下,可以使用支持疗法,给予患者技能训练,教授患者如何生活、恋爱等。除了个体咨询以外,还可以借助团体咨询和家庭治疗帮助患者及其家人。团体咨询可以将有相同问题的患者组成团体进行治疗,例如训练患者如何与人交往,如何适应社会生活,如何应对压力等。

第三,住院治疗:精神分裂症患者住院接受治

疗,通常是短期的、一过性的,主要用于干预危机,为患者提供安全的、不会伤害自己和他人的环境。在美国,针对精神分裂症患者的长期服务通常在社区内进行。

1.4 问答^[2]

Q1:针对精神分裂症的患者,动机面询该如何开展,包括让患者坚持服药以及参与活动。

A1:精神分裂症是精神障碍中最严重的疾病,精神分裂症患者本身处于无欲状态,使用动机面询非常有挑战性。我个人通常这样与患者沟通:“首先,你很不幸得了精神分裂症,但是这个病不会致死,还有特效药。第二,你现在得了一种慢性病,你有没有其它要求和想法?”使用药物控制住患者的阳性症状,甚至用药改善患者的阴性症状,假设这些症状都消失了,询问患者的想法或希望,例如是否想结婚。大多数精神分裂症患者是在青少年晚期和青年早期发病,这期间多数人都希望找个女朋友或男朋友。当患者表示想找个女朋友,并且希望对方看不出自己患病。那么,可以帮助患者分析哪些事情容易让女朋友看出问题,例如言语紊乱、行为有危险性等,接着讨论如何把这两方面控制住,让患者顺利谈恋爱。

这就是动机面询,调动患者内在的驱动力让他配合治疗,即使患者并不是为了治疗精神分裂症而只是为了找女朋友,这也是非常有治疗意义的。我在《整合式短程心理咨询》一书里写了五种最有效的短程心理咨询技术,动机面询是其中一种。

Q2:一位患者有 5 个月时间处于明显紊乱的运动行为阶段,还有 1 个月有妄想、幻觉和思维言语紊乱,这样的患者可以诊断为精神分裂症吗?

A2:精神分裂症诊断标准 A 的症状病程持续 1 个月就可以,但整个病程需要达到 6 个月。此患者达到了精神分裂症的诊断标准 A,持续至少 1 个月,但整个病程未达到 6 个月,当然不能诊断为精神分裂症,也不是精神分裂症的前驱期,而是精神分裂症样障碍。这样的患者随着时间的推移可能达到精神分裂症的诊断标准,只是技术上暂时不符合精神分裂症的诊断。即病程在 1 个月以内是短暂精神病性发作,1~6 个月是精神分裂症样障碍,6 个月以上是精神分裂症。

Q3:关于短暂精神病性障碍的治疗疗程,有什么指导建议?

A3:在美国,对于第一次发病的患者,规定的治疗疗程都是 9~12 个月,以防止疾病复发,复发三次

以上的患者通常需要终生服药。然而,许多患者用药 6 个月左右可能自行停药,这样问题不大,但疗程不能更短,因为越复发越难以治疗。现代医学实践已经证明,对于精神分裂症前驱期症状的早期干预和早期治疗能够影响整个病程。

Q4:精神分裂症的发作是否会影响患者的智商?

A4:首先,多巴胺系统的长期(通常指 5 年以上)异常会损害患者的认知功能,从而导致智力的改变。其次,与患者智商的“起点”(即原本的智商水平)密切相关。例如,电影《美丽心灵》中主人公的原型和他的儿子智商起点非常高,即使患病并长期服药也可以成为名牌大学的教授。

Q5:自知力不全或缺乏自知力,是否主要存在于精神分裂症患者或重度强迫症患者中?

A5:精神分裂症谱系障碍一章中的疾病,以精神分裂症为代表,会直接损害认知功能。然而,仅有少数强迫症患者处在完全缺乏自知力的情况下,即自知力受损的情况较少。在 DSM-5 的 22 章中,仅有两章的精神障碍会严重损害神经认知功能,即精神分裂症谱系障碍和神经认知障碍。

Q6:根据 DSM-5,如果缺少幻觉、妄想和言语紊乱的症状,则不能诊断为精神分裂症,这一点在临床上有什么样的意义?

A6:缺少这三种症状说明患者不是精神分裂症,即达到精神分裂症的诊断标准必须具有阳性症状,这一点在治疗方面同样具有指导意义。换言之,精神分裂症患者可以同时具有阳性症状和阴性症状,也可以仅有阳性症状,但不能仅有阴性症状。同时说明,缺少这三种症状的患者病情较轻,达不到精神分裂症的诊断标准。

Q7:按照美国的标准,精神分裂症患者出现哪些情况可以被强制入院?

A7:美国有三条强制入院的“金标准”。第一条,对他人造成伤害,例如企图杀人;第二条,对自身安全造成威胁,例如企图自杀、自残;第三条,无法照顾自己的基本生活,例如患者在祷告中,听到上帝告诉他可以一个月不吃饭,如果患者相信了并且拒绝吃饭,此时也可强制入院治疗。依据美国法律,在不经法庭审判和授权的情况下,临床精神科医生有权强制患者入院 5 个工作日。如果超过这个时间界限,则必须得到法庭的授权。通常,美国的精神科医

生在强制患者入院的同时会将相关材料呈报法庭,等待法庭裁定,在此期间继续治疗,绝大部分患者经过 5 个工作日的治疗都会有所好转。

Q8:精神分裂症患者接受药物治疗的依从性可能较差,是否所有的抗精神分裂症药物都有针剂?

A8:大部分抗精神分裂症药物都没有针剂。第一代药物中,氟哌啶醇有针剂,第二代药物中,常用的是维思通针剂。

2 分裂情感性障碍^[1-3]

2.1 核心特征

分裂情感性障碍的患病率约为精神分裂症的一半,女性患者多于男性。其症状相当于既有精神分裂症的 A 组症状,同时又有心境发作,例如重性抑郁或躁狂。

诊断此障碍必须符合两个关键标准:①在半数以上的病程中,除了存在精神分裂症诊断标准 A 的症状以外,还伴有重性抑郁发作或躁狂发作。②在至少 2 周没有心境发作(抑郁或躁狂)的情况下,存在持续的妄想或幻觉,即证明妄想、幻觉并非由于心境发作所致。

2.2 风险因素

参见精神分裂症的风险因素。

2.3 治疗

分裂情感性障碍与精神分裂症的药物疗法基本相同,即使用抗精神分裂症药物。此外,当患者伴有抑郁发作时(抑郁型),需给予抗抑郁药物治疗;当患者伴有躁狂发作时(双相型),需给予心境稳定剂联合治疗。

参考文献

- [1] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5 版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 94-106.
- [2] 迈克尔·弗斯特. DSM-5 鉴别诊断手册[M]. 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 130-132.
- [3] 美国精神医学学会. 理解 DSM-5 精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 27-34.

(收稿日期:2017-03-13)

(本文编辑:陈霞)