

抑郁障碍的核心特征与治疗

郝凤仪¹, 张道龙^{2*}

(1. 重庆医科大学附属第一医院, 重庆 400016;

2. 美国伊利诺伊大学精神医学系, 伊利诺伊州 芝加哥 IL 60612

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

【摘要】 抑郁障碍主要包括重性抑郁障碍、持续性抑郁障碍、经前期烦躁障碍、破坏性心境失调障碍, 该组障碍的共同特征是悲伤、空虚或易激惹的心境。重性抑郁障碍以心境低落、兴趣丧失为主要表现, 患病率为 7%。持续性抑郁障碍指慢性的抑郁心境, 要求 2 年内半数以上时间存在悲伤、沮丧的心境。经前期烦躁障碍的患者在月经前 1 周开始严重抑郁、易激惹、紧张, 症状随月经来潮而逐渐减轻、消失。破坏性心境失调障碍的核心特征是慢性的、严重而持续的易激惹, 诊断对象为 6~18 岁儿童或青少年。抑郁障碍的治疗方法包括药物治疗、心理咨询和电休克治疗等。

【关键词】 抑郁障碍; 重性抑郁障碍; 持续性抑郁障碍; 经前期烦躁障碍; 破坏性心境失调障碍; 治疗
中图分类号: R749.4 文献标识码: A doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2017.04.017

Core symptoms and treatment of depressive disorder

Hao Fengyi¹, Zhang Daolong^{2*}

(1. The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China;

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

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

【Abstract】 Depressive disorders include major depressive disorder, persistent depressive disorder, premenstrual dysphoric disorder and disruptive mood dysregulation disorder. The common feature of depressive disorders is the presence of sad, void, or irritable mood. The main manifestations of major depressive disorder are depressed mood or loss of interest, which prevalent is 7% among the population. Persistent depressive disorder refers to a chronic depressive state, with sad or depressive mood presenting for more than half of the time over a period of two years. Patients with premenstrual dysphoric disorder suffer from severe depression, irritability and anxiety one week before the menstrual period starts, but symptoms gradually reduce and disappear with once menstruation begins. The core feature of disruptive mood dysregulation disorder is chronic and severe persistent irritability, which applies to children aged 6 to 18. Psychotropic medication, psychotherapy, and electroconvulsive therapy are methods of treating depressive disorders.

【Keywords】 Depressive disorder; Major depressive disorder; Persistent depressive Disorder; Premenstrual dysphoric disorder; Disruptive mood dysregulation disorder; Treatment

悲伤、空虚或易激惹的心境是抑郁障碍的共同特征, 常伴随躯体症状与认知改变。药物联合心理咨询比单独任意一种治疗对抑郁障碍效果更佳, 约 80%~90% 的患者能从治疗中获益。

1 重性抑郁障碍^[1-2]

1.1 核心特征

重性抑郁障碍的患病率约为 7%, 女性患者比男性多 1.5~3 倍, 高发期在二十多岁。在两周内, 出现下述 9 种症状中的至少 5 个, 其中 1 种症状必须是抑郁心境或兴趣丧失: ①抑郁心境; ②兴趣丧失; ③体重减轻或增加; ④失眠或睡眠过多; ⑤精神运动性激越或迟滞; ⑥精力不足; ⑦无价值感; ⑧注意力难以集中; ⑨自杀想法或企图。

1.2 风险因素

遗传方面: 一级亲属中有抑郁障碍的个体易感
万方数据

性增高。气质方面: 消极情感, 特别是儿童期低自尊是重性抑郁障碍明确的风险因素。环境方面: 儿童期负性生活事件是重性抑郁障碍的风险因素, 例如童年受虐经历、父母离异、家庭经济条件差等, 这类人群再次经历应激事件时更易促发抑郁发作。

1.3 治疗

药物治疗: ①选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs), 代表药物有盐酸氟西汀、盐酸舍曲林、草酸艾斯西酞普兰等, 常被用于门诊患者; ②选择性 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (SNRIs), 代表药物有文拉法辛、度洛西汀, 常被用于住院患者; ③多巴胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (DaSRIs), 代表药物有安非他酮。心理咨询: 循证医学已经证明一些心理咨询方法对重性抑郁障碍有效。首选认知行为疗法 (Cognitive Behavior Therapy, CBT) 帮助患者调整负性认知, 教会患者应对策略

等;使用家庭治疗与人际关系治疗,帮助患者处理与家人、同事、领导等的人际关系;将有类似困扰的患者组成团体,使用团体治疗来大幅提升治疗效果。心理咨询应贯穿治疗的全阶段。电休克治疗(Electroconvulsive Therapy, ECT):当药物和心理咨询效果不理想时,可使用 ECT。

治疗目标:对于重性抑郁障碍的治疗至少可以分为两个阶段。第一阶段,缓解症状;第二阶段,维持治疗。

2 持续性抑郁障碍(恶劣心境)^[1-2]

2.1 核心特征

持续性抑郁障碍是过去的慢性重性抑郁障碍和恶劣心境障碍的综合,其患病率低于重性抑郁障碍,约为 1.5%,也可与重性抑郁障碍共病。在抑郁状态时,须有以下至少 2 项症状:①食欲不振或过度进食;②失眠或睡眠过多;③缺乏精力;④低自尊;⑤注意力难以集中;⑥无望感。

2.2 风险因素

参见重性抑郁障碍的风险因素。

2.3 治疗

参见重性抑郁障碍的治疗。此障碍是慢性疾病,因此药物治疗见效较慢。CBT 对持续性抑郁障碍的治疗效果较好。

3 经前期烦躁障碍^[1-2]

3.1 核心特征

经前期烦躁障碍是 DSM-5 中新增的女性疾病。病名中使用“烦躁”一词,说明其症状不同于单纯的抑郁或焦虑(更倾向于抑郁症状),患病率约为 1.3%~1.8%,绝经后此障碍可自愈。该障碍的核心特征是在月经前期反复出现心境不稳、易激惹、烦躁不安和焦虑症状。这些症状通常在月经来潮前后达到顶峰,在月经来潮后数天内缓解,在月经来潮 1 周后消失。一般需要存在以下症状中的 5 种(前 4 种中至少 1 种必须出现):①突然的心境波动;②易激惹;③抑郁心境;④焦虑紧张;⑤兴趣下降;⑥注意力难以集中;⑦疲惫感;⑧食欲改变;⑨入睡困难或睡眠增多;⑩感到不堪重负或失控;⑪躯体症状,如乳房胀痛、体重增加、身体肿胀等。

3.2 风险因素

遗传方面:半数以上的经前期烦躁障碍患者存在家族史。环境方面:生活应激事件,人际关系创伤史,季节更替以及女性的性别角色都与经前期烦躁

障碍的表现有关。

3.3 治疗

药物治疗:首选 SSRI 治疗。心理咨询:主要目的是帮助患者应对压力,从而减轻症状。

3.4 与经前期综合征相鉴别

经前期综合征导致患者感到不适,但不影响日常功能,或不显著影响个体的工作、学习和生活,也可不具备情感症状,属于生理反应。而经前期烦躁障碍属于精神障碍,必须引起有临床意义的痛苦或功能损害,即经前期烦躁障碍比经前期综合征更严重。

4 破坏性心境失调障碍^[1-2]

4.1 核心特征

破坏性心境失调障碍是 DSM-5 中新增的儿童疾病,它在病因上更接近抑郁障碍,患病率为 2%~5%,男孩多于女孩。许多过去被诊断为儿童双相障碍的患者,现在更可能被诊断为破坏性心境失调障碍。

破坏性心境失调障碍存在两个显著的临床表现:①频繁地发脾气;②慢性、持续性易激惹。诊断要求这些症状持续至少 1 年,且不能连续 3 个月没有症状。脾气爆发与其发育阶段不一致。适用于 6~18 岁儿童。

4.2 风险因素

气质方面:患有破坏性心境失调障碍的儿童常有慢性易激惹的病史。

4.3 治疗

药物治疗首选 SSRI 而不是情绪稳定剂,辅以个体及家庭心理咨询。

5 问 答^[1-3]

Q1:重性抑郁障碍患者,特别是老年人,常伴多种躯体症状。但重性抑郁障碍并没有伴躯体症状的标注,这是为什么?

A1:绝大多数重性抑郁障碍不以躯体症状为主要表现。老年人不仅基础疾病多,而且常有各类“丧失”,如退休、老伴或朋友去世、儿女离家工作等。老年人生活悠闲,容易将注意力放在当前的各种“丧失”上,这种负性聚焦常常会放大不良的自体感受。还要考虑到,一些老年人并不是真的抑郁,而是思念老伴、害怕死亡的情绪反应。

Q2:重性抑郁障碍常伴易激惹症状,尤其是青少年,

药物治疗应选择单纯的抗抑郁药物还是需要联用心境稳定剂?

A2:“抗抑郁药”是一种命名方式,但其本身还具有抗焦虑、抗冲动的作用。冲动控制问题与脑内 5-HT 水平降低有关,其首选也是 SSRI。所以不必联用心境稳定剂。

Q3:中风后抑郁怎么解释?

A3:中风后抑郁一般是指脑血管疾病后 1 天到几天的时间内(也有数周到数月才发生)抑郁的急性起病,有时也可伴记忆力、注意力、失语、瘫痪等,与中风后抑郁关系最紧密的脑区是左额叶。中风患者也可能因为疾病带来的挫折感而发展出适应障碍,要与抑郁相鉴别。

Q4:临床常见达不到重性抑郁诊断标准的患者同时伴有焦虑症状,在 DSM-5 中诊断什么合适?

A4:在症状跨界时,要先看原发疾病是什么。一般来讲焦虑时间久了容易抑郁,但抑郁久了不一定焦虑。诊断时不能机械地对照诊断条目。如果患者的症状以抑郁为主且伴有焦虑,可以诊断为重性抑郁障碍或持续性抑郁障碍标注伴焦虑痛苦;若未达到任何一种抑郁障碍的诊断标准,可诊断为其他未特定的抑郁障碍。

Q5:分裂情感性障碍抑郁型与伴有精神病性特征的重性抑郁障碍,应如何鉴别诊断?

A5:分裂情感性障碍抑郁型有两组症状,既有精神分裂症的幻觉、妄想、思维言语紊乱、行为紊乱、阴性症状(至少 2 项,其中 1 项必须是幻觉、妄想或思维言语紊乱),又有在大部分病程(活动期和残留期)存在抑郁心境,且在缺少抑郁发作的情况下,存在 2 周或以上的幻觉或妄想。而重性抑郁障碍伴精神病性症状,在缓解期没有幻觉、妄想的症状。

Q6:很多女性在月经期间表现出躯体疼痛、呕吐、下腹疼痛,影响工作和学习,这也属于经前期烦躁障碍吗?

A6:月经周期伴随了内分泌水平的剧烈变化,所述症状属于内分泌变化带来的生理反应,而经前期烦躁属于心理障碍。面对上述症状,心理咨询可以教会患者如何应对疼痛,如正念、规律锻炼、合理饮食、按时起居,药物治疗方面应与妇产科医生商榷。

Q7:您提到 SSRI、SNRI 是治疗经前期烦躁的首选,有没有用雌激素治疗的呢?

A7:在 SSRI、SNRI、心理咨询均无效的情况才考虑使用激素。如果情绪症状发生在使用外源性激素之后,有可能是激素所致,如果停用激素症状消失,则符合物质/药物所致抑郁障碍。

Q8:儿童双相与破坏性心境失调障碍如何鉴别?

A8:儿童双相在发作间歇期可以回到基线水平,而破坏性心境失调是每天持续的易激惹。

Q9:间歇性暴怒与破坏性心境失调有什么关系吗?

A9:有两派的说法,一派认为破坏性心境失调障碍就是儿童期的间歇性暴怒。另一派认为间歇性暴怒接近冲动控制障碍,而儿童破坏性心境与抑郁障碍更接近。孰对孰错需要时间来验证。但这两组专家都承认破坏性心境失调不是儿童双相,过去有太多破坏性心境失调障碍的儿童被诊断为双相障碍。

Q10:严重抑郁患者用药后反而可能出现自杀行为,这什么原因?

A10:人在极度抑郁的时候,没有能量来执行自杀的意愿,当药物治疗后抑郁好转,就有能量和勇气完成自杀计划了。所以抑郁刚开始好转的时候往往是自杀风险较大的时候。要用药物改善症状,同时用心理咨询处理心结,找到活着的意义。

Q11:B 类、C 类人格障碍也会有焦虑抑郁症状,有时会达到抑郁障碍的诊断标准,对他们的治疗,是在治疗抑郁的同时治疗人格障碍吗?

A11:我们平时所说的抑郁、焦虑是指在没有人格障碍的情况下。人格障碍主要是指人际关系障碍,C 类人格障碍的焦虑是人际关系问题带来的,心理咨询可以教会他们人际交往技巧、焦虑应对技巧。B 类人格障碍常有戏剧性的表现,情绪不稳定,心理咨询主要是教会他们处理人际关系、控制情绪、减少自残等,辩证行为疗法是治疗边缘性人格障碍的重要方法。人格障碍在严重的抑郁、焦虑、易激惹状态下可以使用药物对症治疗,但其根本的治疗应是长程心理咨询。

Q12:临床大多数抑郁障碍患者是高中及以下受教育程度,对这种理解能力较差、受教育程度较低的患者,如何进行心理咨询?

A12:受教育程度高的患者可以选用内省为主的、认知领悟为主的疗法,如短程精神动力学或 CBT 等;对受教育程度不高的患者可以选择支持疗法、行为疗法、动机面询和焦点解决短程治疗等。

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, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 149-180.
- [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, 2016: 141-146.
- [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: 53-66.

(收稿日期:2017-08-02)

(本文编辑:陈霞)