

双相及相关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精神科, 重庆 400016;
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】《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(DSM-5)将双相及相关障碍从心境障碍中独立出来,与抑郁障碍分为两章。双相障碍是一类受遗传因素影响较大的精神障碍,其代表性疾病是双相Ⅰ型障碍、双相Ⅱ型障碍和环性心境障碍。躁狂发作是双相Ⅰ型障碍诊断的必要条件,且不再要求个体必须有重性抑郁发作史。双相Ⅱ型障碍需有轻躁狂发作和重性抑郁发作史。环性心境障碍从开始发病,至少有半数时间经历多次轻躁狂期和抑郁期,但未符合轻躁狂发作或重性抑郁发作的诊断标准。双相及相关障碍的治疗方法包括心境稳定剂治疗、心理咨询、电休克治疗等。

【关键词】 双相及相关障碍;双相Ⅰ型障碍;双相Ⅱ型障碍;环性心境障碍;临床表现;治疗建议
中图分类号:R395.5 文献标识码:B doi:10.11886/j.issn.1007-3256.2017.03.022

Core symptoms and treatments of bipolar and related disorders

Hao Fengyi¹, Zhang Daolong^{2*}

(1. Department of Psychiatry, 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】 Bipolar and related disorders are considered separate from the mood disorders in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). The genetic factors have a big influence on bipolar disease and its representative illnesses are bipolar I disorder, bipolar II disorder and cyclothymic disorder. Bipolar I disorder requires at least one manic episode, and a history of major depressive episodes is no longer necessary. Bipolar II disorder requires the patient experience at least one episode of major depression and hypomania. Cyclothymic disorder is diagnosed in adults who experience both hypomanic and depressive periods for at least two years without ever meeting the criteria for an episode of hypomania, or major depression, with these periods present at least half the time. Psychotherapy, electroconvulsive therapy and psychotropic medication are methods for treating bipolar and related disorders.

【Keywords】 Bipolar and related disorders; Bipolar I disorder; Bipolar II disorder; Cyclothymic disorder; Clinical presentation; Treatment recommendations

双相障碍属于过去的心境障碍,在 DSM-5 中,将双相障碍与抑郁障碍分开列为独立且相邻的两章。双相障碍受遗传影响大,患病率与精神分裂症相当(0.5%~1%),女性患者多于男性,超过半数的双相障碍患者伴有物质使用障碍。

1 双相Ⅰ型障碍^[1-2]

1.1 核心特征

至少有一次躁狂发作,是诊断双相Ⅰ型障碍的必要条件,无论是否存在抑郁。躁狂发作是指有 3 项(若心境仅仅是易激惹,则需 4 项)或更多的下述症状,且持续至少 7 天:①自我膨胀或夸大;②睡觉需求减少,如每日睡眠 3 小时以内;③比平时说话速度更快,且难以停止;④思维奔逸;⑤注意力随境转移;⑥同时做多件事情,但每件都做得不够好;⑦经常从事不计后果的危险行为。此障碍引起有临床意

义的痛苦或严重的功能损害。

1.2 风险因素

家族史是双相障碍最强的风险因素,需了解个体的一级亲属中是否有此类障碍。双相Ⅰ型障碍和双相Ⅱ型障碍患者成年亲属的患病风险约比普通人群高 10 倍。

1.3 治疗

1.3.1 药物治疗

心境稳定剂是双相障碍的首选治疗,包括锂盐、抗癫痫药物,如丙戊酸钠、卡马西平、拉莫三嗪。根据患者的具体情况确定药物的优选方案。

1.3.2 心理咨询

双相障碍患者难以处理家庭、恋爱、婚姻以及职

场中的人际关系,当经历生活应激事件时容易复发。个体咨询的内容包括但不限于:运用人际关系疗法(Interpersional psychotherapy , IPT)教授患者应对人际关系问题和生活压力的技能,从而预防双相障碍的复发。家庭治疗可以从精神卫生教育的角度,帮助患者及其家人,将家庭变成良好的支持系统。认知行为疗法(Cognitive behavioral therapy ,CBT)可以帮助患者调整对生活的认知,建立新的、适度的生活目标,这些目标不宜经常变化,以免增加患者的压力。值得注意的是,躁狂发作期间心理咨询效果有限,需要先借助药物去除症状之后再行进行。

1.3.3 电休克治疗(Electroconvulsive therapy ,ECT)

通常每周 2~3 次,一般 6~12 次为一个疗程,观察患者的治疗反应。ECT 必须在患者接受药物治疗无效的情况下进行,且经 ECT 症状消失后,还需使用药物进行维持治疗。

2 双相 II 型障碍^[1-2]

2.1 核心特征

至少有一次轻躁狂发作和一次重性抑郁障碍。轻躁狂发作的症状表现与躁狂发作相同,但持续至少 4 天,且程度相对较轻,对功能有一定程度的损害但不像躁狂那样严重。轻躁狂一般不需要住院治疗,患者也很少主动求医。重性抑郁发作是指持续至少 2 周,有 5 项或更多的下述症状,至少其中 1 项是抑郁心境或兴趣丧失:①抑郁心境;②丧失兴趣或愉悦感;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注意力不能集中;⑨有自杀观念。

2.2 风险因素

参见双相 I 型障碍的风险因素。此外,产后容易出现双相 II 型障碍,怀孕生产只是诱发因素,但产后需要积极跟进患者的病情。

2.3 治疗

与双相 I 型障碍的治疗基本相同,不同之处是:由于患者有重性抑郁发作,因此,需要增加抗抑郁治疗。值得注意的是,重性抑郁发作期间心理咨询效果欠佳,需要先借助药物去除症状之后再行进行。

3 环性心境障碍^[1-2]

3.1 核心特征

环性心境障碍实际上就是轻度形式的双相障碍
万方数据

或“小双相障碍”,是指在至少 2 年(儿童和青少年为至少 1 年)的大部分时间内,上限达不到躁狂的程度,下限达不到重性抑郁的程度,即症状在轻躁狂和抑郁之间变来变去,且个体不能连续 2 个月没有症状。若不及时治疗,半数以上的患者会发展为双相 I 型障碍或双相 II 型障碍。

3.2 风险因素

参见双相 I 型障碍的风险因素。

3.3 治疗

参见双相 I 型障碍和双相 II 障碍的治疗。由于环性心境障碍是慢性疾病,因而药物治疗的起效以及症状稳定较慢,通常需要 3~4 个月。对于环性心境障碍的心理咨询重在预防,在轻躁狂期间应该劝说患者不要从事过多行为,在抑郁期间应该鼓励患者积极服药、配合治疗。

4 问 答^[1,3]

Q1:如何鉴别特定的、其他特定的与未特定的双相及相关障碍?

A1:当患者表现符合双相及相关障碍中任一种特定障碍的诊断标准,可以进行诊断;当医生高度怀疑患者是双相障碍,但不能完全符合双相及相关障碍中任一种障碍的诊断标准(如条目不够多或病程不够长),可给予其他特定的双相及相关障碍诊断;当医生没有足够的证据去确定患者属于哪一种双相障碍,或者在急诊室里没有足够的时间收集更多的信息,此时,先给予未特定的双相及相关障碍的诊断,转到病房后或在其他情况下再行判断。

此外,在鉴别诊断时还需要警惕的是,患者使用药物或某种物质之后出现躁狂,如果停用后躁狂消失,那么此患者并非双相障碍,而是物质/药物所致的双相障碍。如果停用后躁狂仍然存在,那么则为双相障碍。

Q2:与 DSM-IV 相比,DSM-5 中躁狂发作的诊断标准 A 出现了一个明显的变化,强调异常的、持续的活动增多或精力旺盛,这一诊断条目该如何理解?

A2:这一诊断条目指的仍然是活动增多,与之前版本相比,并没有绝对的差别。DSM-IV 和 DSM-5 最大的区别在于双相 II 型障碍,过去认为双相 II 型障碍基本没有功能损害,而在 DSM-5 中增加了功能损害的诊断条目。可见,所有的精神障碍都有功能损害,只是损害的程度不同。

Q3:为了全面地理解和解决患者的问题,ICD-10 强调概括临床诊断时需要多少诊断就给予多少诊

断。DSM - 5 在诊断中遵循的原则与 ICD - 10 是否有区别?

A3:第一,ICD - 10 相当于 DSM - IV,而 ICD - 11 则相当于现在使用的 DSM - 5。第二,这种观点实际上是对 ICD - 10 的误解。如果患者确实是共病,那么符合多少种疾病就给予多少个诊断,ICD - 10、ICD - 11、DSM - IV 和 DSM - 5 都是遵循这样的原则。然而,诊断疾病还有一个衡量权重的原则。例如,患者不能在诊断为品行障碍的同时又被诊断为反社会型人格障碍,因为反社会型人格障碍比品行障碍更严重。但是,这个权重原则不能简单地、机械地理解为只诊断较重的疾病,不诊断较轻的疾病。例如,患者可以同时被诊断为持续性抑郁障碍和重性抑郁障碍,这两者可以共病。因为持续性抑郁障碍指的是慢性的持续存在的症状,期间有数次达到了重性抑郁发作的程度,临床工作者可以同时记录这两种诊断。

Q4:对于多发性硬化症所致的双相障碍,除了治疗躯体疾病以外还需要治疗双相障碍吗?

A4:正确!多发性硬化症所致的双相障碍比较少见,它引起的抑郁障碍和神经认知障碍较多。此时,当然需要治疗基础疾病,即多发性硬化症,同时治疗引起的相应疾病,如双相障碍、抑郁障碍等。

Q5:双相障碍与物质相关及成瘾障碍会共病,焦虑障碍也容易与物质相关及成瘾障碍共病,患者使用物质是为了减少烦躁吗?

A5:是的。双相障碍是心境不稳定;焦虑障碍是整天紧张、担心,如东方人社交焦虑较多,常借助酒精使自己更加外向健谈。这两类患者都乐于饮酒,因为酒精能够起到暂时的放松或麻木作用,在短期内缓解痛苦的情绪。但长期大量酗酒不利于情绪的稳定与健康。

Q6:DSM - 5 里写到双相 I 型障碍的患者社会功能严重受损的达 30%,双相 II 型障碍的患者中

15% 存在持续性的失调,1/3 双相 II 型障碍患者有自杀企图。究竟是双相 I 型障碍严重,还是双相 II 型障碍严重呢?

A6:一般来讲,躁狂的发作及治疗周期短,发作期间自我感觉良好,自杀企图少,对整体功能损害较小;而在抑郁状态下则有明显的活动或兴趣减退、反复的自杀企图,功能更易受损、更容易觉察,如夸大妄想、不计后果的投资、赌博在双相 I 型躁狂发作中更为常见,也是功能受损的表现。但双相 I 型患者在抑郁状态下同样也有较高的自杀风险。而双相 II 型患者可能不会将轻躁狂发作视为病态或不利,功能损害主要来自重性抑郁发作。该障碍的重性抑郁发作更频繁,且持续时间更长,自杀企图更显著。

Q7:焦虑障碍常被误诊为双相障碍。两种障碍的情绪烦躁、激越,该如何区分呢?

A7:躁狂是结论,是病名。激越是一组症状,表现为言语动作增多、坐立不安,缺乏目的性,它不是疾病名称。诊断精神障碍要先看概貌,再看症状。焦虑也可伴随激越症状,但焦虑患者的坐立不安常有心理原因,例如担心家庭状况、担心个人前途、担心重大疾病等,同时有情绪上的紧张烦躁。双相障碍背景下的激越,往往是冲动、不计后果的,如疯狂购物、危险驾驶、滥交等;双相障碍的心境可在短时间内发生快速变化,如在欣快、烦闷和易激惹之间变化。

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: 119 - 137, 137 - 148.

[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: 136 - 140.

[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: 40 - 52.

(收稿日期:2017 - 05 - 16)
(本文编辑:陈 霞)