



The World Psychiatric Association

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目
WPA Educational Programme on Depressive Disorders

特殊人群中抑郁障碍 与自杀的预防

第 3 卷

主译 于 欣 司天梅



人民卫生出版社



The International Association of Agricultural Librarians and Documentalists

国际农业图书馆协会 (IAALD) 国际图书馆协会联盟
International Association of Agricultural Librarians and Documentalists

特殊人群中抑郁障碍 与自杀的预防

第二版

编著：J. 史密斯

人民卫生出版社

The World Psychiatric Association

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目
WPA Educational Programme on Depressive Disorders

特殊人群中抑郁障碍 与自杀的预防

第 3 卷

主译 于欣 司天梅

译者 司天梅 王华丽 原岩波 郭延庆

单位 北京大学精神卫生研究所

人民卫生出版社

WPA Educational Programme on Depressive Disorders, Volume 3
Depression in Specific Population Groups and Prevention of Suicide
Revision of 2008
Copyright © 2009, World Psychiatric Association (WPA)

图书在版编目 (CIP) 数据

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目.
第 3 卷, 特殊人群中抑郁障碍与自杀的预防/世界
精神病学协会著; 于欣等主译. —北京: 人民卫生
出版社, 2011. 4

ISBN 978-7-117-14239-7

I. ①世… II. ①世…②于… III. ①抑郁障碍-
教材 IV. ①R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 036854 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目 第 3 卷 特殊人群中抑郁障碍与自杀的预防

主 译: 于 欣 司天梅
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮 编: 100021
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
010-59787586 010-59787592
印 刷: 中国农业出版社印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 13
字 数: 310 千字
版 次: 2011 年 4 月第 1 版 2011 年 4 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-14239-7/R · 14240
定 价: 34.00 元
打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

世界精神病学协会 (WPA) 抑郁障碍教育项目, 第 3 卷

特殊人群中抑郁障碍与自杀的预防

2008 年修订

EDITOR OF THE EDUCATIONAL PROGRAMME

Mario Maj, Norman Sartorius, Allan Tasman and Oye Gureje

TASK FORCE ENTRUSTED WITH REVIEW AND UPDATE OF THE MATERIALS

N. Sartorius (Co-chairman)

A. Tasman (Co-chairman)

M. Benyakar S. V. Ivanov

E. Chiu S. Kanba

H. Chiu M. Kastrup

S. Douki M. Maj

L. Gask M. Riba

D. Goldberg S. Tyano

O. Gureje D. Wasserman

ADVISERS TO THE TASK FORCE

J. J. Lopez-Ibor

F. Lieh Mak

A. Okasha

E. Paykel

C. Stefanis

目 录

第一部分 老年抑郁障碍	1
第一章 老年抑郁障碍:临床表现、识别与诊断	3
第二章 老年抑郁障碍的流行病学及影响	18
第三章 老年抑郁障碍的病因学	24
第四章 老年抑郁障碍的病程	34
第五章 老年抑郁障碍的管理与预防	41
附录	59
第二部分 女性抑郁障碍	61
第一章 女性抑郁障碍流行病学	63
第二章 特定的女性抑郁障碍	71
第三章 非特定的女性抑郁障碍	91
第四章 女性抑郁与自杀	98
第五章 与女性抑郁相关的文化问题	100
第六章 治疗措施	104
第三部分 儿童和青少年抑郁障碍	109
第一章 儿童和青少年抑郁障碍概述	111
第二章 从发展的观点看抑郁:随访研究	114
第三章 儿童和青少年抑郁障碍的病因学	117
第四章 儿童和青少年抑郁障碍的临床表现	124
第五章 儿童和青少年抑郁障碍的共病	132
第六章 儿童和青少年抑郁障碍的诊断性评估	136
第七章 治疗模式	140
第四部分 抑郁障碍的文化观	151
第五部分 自杀预防:全科医师相关的事情	179

第一部分

老年抑郁障碍

第一章

老年抑郁障碍:临床表现、识别与诊断

一、引言

老年期抑郁障碍很常见,具致残性。抑郁障碍对老年人及其照料者的生活质量具有负面影响,而且还与自然死亡和自杀死亡率的增高有关。非精神科医师——内科医生、通科医生和老年科医生常常最先看到患抑郁障碍的老人,并通常开展治疗。因此,这些医师必须具备识别、诊断和充分治疗这些患者抑郁障碍的知识和技能。

老年抑郁患者不能得到积极治疗,反映了3种认识上的误区。第一种观点认为,和年龄有关的抑郁是衰老过程中的一部分——即抑郁障碍是逐渐老化中不可避免的结局。第二种观点认为老年人中与抑郁障碍治疗相关的不良事件往往比疾病本身所造成的残疾问题更为重要。第三种观点认为,抑郁障碍只能由精神科医生来治疗。本文所描述的各种资料表明,这些观点都应该被摒弃。

在本章和接下来的几章中,采用“抑郁障碍”一词表示所有的老年人群中的抑郁障碍。“抑郁发作”的标签用于有足够的症状满足抑郁发作的诊断标准,例如 ICD-10(世界卫生组织 1993)抑郁发作的标准或者 DSM-IV-TR(美国精神病学协会 2000)重症抑郁发作的标准。ICD-10 的抑郁发作诊断标准见表 1.1。

表 1.1 抑郁发作的诊断标准

以下 3 条症状至少有 2 条:	附加以下一条症状或有下列症状(至少 4 条):
1. 抑郁心境,对个体来讲肯定异常,存在于一天中大多数时间里,且几乎每天如此,基本不受环境影响,持续至少 2 周	1. 自信心丧失和自卑
2. 对平日感兴趣的活动丧失兴趣或愉悦感	2. 无理由的自责或过分和不适当的罪恶感
3. 精力不足或过度疲劳	3. 反复出现死或自杀想法,或任何一种自杀行为
	4. 主诉或有证据表明存在思维或注意力降低,例如犹豫不决或踌躇
	5. 精神运动性活动改变,表现为激越或迟滞(主观感受或客观观察)
	6. 任何类型的睡眠障碍
	7. 食欲改变(减少或增加),伴有相应的体重变化

资料来源:世界精神卫生组织, ICD-10 精神和行为障碍分类:研究用诊断标准. 瑞士日内瓦:世界卫生组织; 1993: 77-90

老年人出现抑郁障碍可以表现为多种形式(表 1.2),文献中采用许多词条对这些障碍进行描述。有关抑郁障碍临床特点的更详细讨论,请参见本书第 1 卷。

表 1.2 老年抑郁障碍的类型

• 器质性心境(情感)障碍 • 双相障碍 • 以抑郁症状为主的分裂情感障碍 • 重症抑郁发作 • 轻度抑郁 • 恶劣心境	• 双重抑郁 • 复发性抑郁障碍 • 混合焦虑抑郁障碍 • 适应障碍 • 亚综合征性抑郁谱 • 痴呆合并抑郁心境
--	--

二、抑郁障碍的表现与症状

老年抑郁障碍是否有些有别于其他年龄段抑郁障碍的特殊症状呢？应该考虑到其独特的临床特点、躯体共病的影响和文化因素。短暂的悲痛可以是对丧失的正常反应,发生于任何年龄(例如,居丧)。将正常悲痛反应与抑郁障碍加以鉴别,区分不同类型的抑郁障碍都很重要。

轻度抑郁障碍的患者因自身症状感到痛苦,但还能维持个人和职业功能。中度抑郁障碍发作是介于中间的状态,以极度苦恼为特征;功能水平可保持接近正常,但需要付出很大的努力才能维持。严重抑郁障碍患者普遍感到痛苦,可能会有明显的激越或迟滞。这些患者的个人和职业功能受到严重影响。

三、老年患者特定的症状

有两个主要特征可鉴别老年抑郁障碍：

- 悲伤的主诉不够突出；
- 过度关注躯体健康很常见。

许多文化中,老年抑郁障碍患者相比年轻的患者更少抱怨主观心情低落,甚至在别人看来他已经表现为抑郁(Georgotas 1983)。而且,也发现老年人中疑病性先占观念—过分关注和害怕患有躯体疾病—比年轻患者更多见(Gurland 1976)。总结起来,这些变化预示,老年抑郁障碍患者由于关注他们的躯体健康更甚于抑郁障碍的特征性症状而更可能找内科医生咨询。

四、鉴别性表现

除了上述症状,老年抑郁患者的常见某些特殊的临床表现包括：

- 近期躯体主诉；
- 突然出现的焦虑或强迫观念症状；
- 医学上“轻微”的故意的自伤行为；
- 突出的认知损害(“假性痴呆”)；
- 近期“出格的”行为异常。

熟悉上述表现可以降低可治疗的抑郁障碍被忽视的机会。老年期抑郁障碍和更早年龄段的抑郁障碍相似,可以表现出躯体症状,如疼痛。如果没有器质性原因,并且内科医生也

认为患者患有抑郁障碍,那么必须花足够的时间来解释抑郁障碍可能产生疼痛和其他躯体症状;否则这些患者会反复找各种医生寻求帮助。他们经常不承认有心境低落但是会承认其他症状如快感缺乏、睡眠障碍和食欲下降。

老年首次发生典型的“神经症性”障碍,如严重焦虑、强迫障碍和癔症,是不常见的。一般说来晚年首次出现这类症状提示有潜在的抑郁障碍。

老年人的自杀企图应该引起重视。仅仅为引起关注而过量服药是非常罕见的。任何可能的故意自伤行为都应该让医生想到患者是否有抑郁障碍。即使自伤行为未造成医学后果(如,服了4片安眠药而不是2片),也不能被忽视。所有企图自伤的老年人都应请有资质的人进行评估以排除抑郁障碍。

“假性痴呆”是一个有争议的术语。这一术语常被用于描述老年抑郁障碍患者存在糊涂或健忘、自理能力损害的情况。典型表现的是,这些患者对记忆力和定向力方面的问题常以“我不知道”作答。大多数情况下,糊涂的发生是突然出现的,并且很容易确定发生时间(Post 1982)。缺乏皮质性体征如失语或失用有助于排除痴呆。

突然有行为障碍的患者也可能是抑郁障碍。常见的行为异常有激越、不能自制和在强制性依赖环境(如宅所或者养老院)中不合作。

“血管性抑郁”的假说(Alexopoulos等1997)目前仍在进行大量研究(见本卷,第一部分,第三章)。“血管性抑郁”是以精神运动迟滞、局限的抑郁观念(如有罪感和自知力差)、明显的淡漠和残疾为主要特征(Alexopoulos等1997; Krishnan等1995)。这种情况的病理基础被认为是局部缺血所致的白质改变(Baldwin和O'Brien 2002)。这一亚型可能对抗抑郁剂的疗效反应更差(Simpson等1998)。但患者接受电休克治疗可能痊愈,尽管会增加治疗后谵妄的发生。

五、躯体共病

抑郁障碍的一些核心症状与躯体疾病很相似。如果诸如食欲缺乏、疲乏和睡眠模式改变等症状被归因于躯体障碍,那么抑郁障碍可能会被不恰当地排除掉。详细的病史采集能有助于确诊目前是否患有抑郁障碍。例如,躯体疼痛可能会引起患者睡眠较差;另一方面,如果患者出现早醒和睡眠模式被打断,那么这种睡眠障碍可以看作是抑郁障碍的症状。全面的病史也能有助于临床医生区分抑郁性疲乏和躯体虚弱所致的精力下降。甚至在难以判断症状原因时,询问其生活乐趣、无助感或无望感等问题,患者的回答和心境低落本身也可能提供抑郁障碍的证据。

老年患者接受多药物治疗存在更高的风险,可导致药物相互作用而产生类似抑郁障碍的症状或者对治疗其他躯体疾病的药物代谢产生干扰(表1.3)。基于庞大的荷兰数据库,Dhondt等(2002)计算了多种药物的人群归因危险度(PAR%)。PAR%是人群中与使用某种药物相关的抑郁所占的比例。他们发现使用非选择性 β -阻滞剂的比例为2.5%,钙离子拮抗剂为5%,苯二氮䓬类药物为15%,系统性皮质类固醇为3%。尽管自动地将原因归结为药物是错误的,但很可能是药物所致抑郁。

当抑郁障碍和躯体疾病共病时,采取治疗的医生在治疗躯体疾病时忽视抑郁障碍的现象很常见,即使治疗抑郁障碍对患者有极大的帮助。表1.3列了那些可能与抑郁障碍相关的疾病。关于在躯体疾病情况下发生的抑郁障碍更详细的描述请参考第2卷“躯体疾病和

表 1.3 与抑郁相关的躯体疾病和中枢活性药物

躯体疾病	中枢活性药物	
内分泌 / 代谢性	抗高血压	物质依赖
甲状腺功能亢进 / 低下症	血管紧张素转换酶抑制剂	酒精
库欣病	β 受体阻滞剂	大麻
高钙血症	甲基多巴	精神活性物质撤药反应
营养不良	利血平	酒精
恶性贫血	可乐定	苯二氮草
神经系统疾病	硝苯地平	皮质类固醇
脑血管疾病 / 卒中	地高辛	尼古丁
中枢神经系统肿瘤	类固醇	咖啡因
帕金森病	镇痛药	其他
阿尔茨海默病	鸦片	抗生素(磺胺类, 喹诺酮类, 甲硝唑)
多发性硬化	吡哌美辛	避孕药(黄体酮)
系统性红斑狼疮	抗帕金森药	非那特利
隐匿性癌	左旋多巴	抗惊厥药(托吡酯)
胰腺	金刚烷胺	干扰素 - α
肺	丁苯那嗪	异维甲酸
慢性感染	精神科药	他莫昔芬和某些抗癌药
神经梅毒	抗精神病药	
布氏杆菌病	苯二氮草类	
神经系统囊虫病	唑吡坦	
肌痛性脑脊髓炎		
艾滋病		

抑郁障碍”。

六、文化因素

文化因素可能会影响人们如何感知和表述疾病与抑郁障碍的症状,也会影响他们的应对策略和求助行为。此外,老年人在已有的文化中已经形成特定的小群体,共享他们自己的价值和信念。医生在对他们进行评估时要把这些因素考虑进去。

在印度,抑郁障碍是初级保健中普遍的表现;但是并不是经常被诊断,因为它更是一个社会问题而不是健康问题(Patel 和 Prince 2001)。在亚洲,老年抑郁患者表现出躯体症状的倾向更高;他们不愿寻求精神卫生专业人员的帮助,因为他们害怕会被认为是疯子(Chiu 等 2003)。值得注意的是,用来表达情感症状的词汇和语言会随不同的文化而发生变化。例

如,生活在英国的非洲-加勒比裔老年人很少使用如“悲伤”或者“不开心”之类的词来表达情绪痛苦(Abas 1996; Shah 2007);而是使用如“没什么精神”,“厌倦”和“累倒了”等说法。而且,适合于抑郁患者的可接受的帮助资源的观念可能会影响一个人的求助行为和就诊途径。研究发现,英国少数族裔的老年抑郁患者服务使用水平很低。在一项多文化老年人聚焦小组研究中,通过祈祷师与上帝对话,在加勒比黑人组被认为是对抗抑郁的有效方法,而南亚和英国白人组的很大一部分人则是把家庭看作是求助的重要资源(Lawrence 等 2006)。老年人是如何理解医生在抑郁治疗中的作用也存在很大差异(Lawrence 等 2006)。在一些文化中,传统治疗师和精神领袖可能被认为是比精神卫生专业人员更容易接受的求助资源。

临床案例:初级保健中的抑郁障碍

一位 67 岁的老年男性,华人,家庭医生报告因一周的胸部不适病史而转至综合医院。经过心脏科医生的评估和检查,他被告知身体健康并出院。家庭医生再次与他晤谈。患者说,自从他妻子在 8 个月前去世后,他就难以入睡,出现早醒。他的孩子们注意到他对和朋友下棋缺乏兴趣,并且变得不爱动,愿意待在家里。他很容易疲劳,并且食欲也明显下降。他的儿子曾带他看过中医,医生给他开了点补气和提神的中药。2 个月来,患者一直关注自己的健康,并且向他的儿子抱怨说有胸部不适。他再次看家庭医生时,医生给他开了抗抑郁剂。尽管最初患者坚持要看其他专家,但他还是听从劝说,接受了抗抑郁剂,7 周后,他就痊愈了。

这个病例说明在所有的文化背景下老年患者对躯体健康的关注是多么常见。除非潜在的抑郁障碍迅速得到诊断,患者会被不恰当地转诊到一些专家那里,从而浪费许多时间。这类患者的顾虑必须得到重视,但是他们需要进行很坚决的劝说,以保证能坚持服用抗抑郁剂达足够的疗程,从而达到痊愈。

临床案例:精神病性抑郁

一位 77 岁的老年男性因用斧头袭击他的妻子而被转诊至精神科急诊评估。所幸,他的妻子未严重受伤。问及他时,很明显他想以一种“仁慈的行为”来结束他所看到的他们共同承受的痛苦。他计划随后自杀。回顾病史,他的妻子发现他在最近 3 个月内变得比较退缩,体重下降,并常常发呆。这与他以往的性格是截然不同的。他在 3 个月前患过轻微的脑卒中。这是他第一次患严重的疾病,但是几乎没有遗留下身体残疾。她描述卒中对其丈夫的心理有“破坏性”影响,因为他过去一直以自己健康的身体和强健的体魄自豪。她推测患者的变化是由卒中所致,尽管他的身体看起来和以前一样。

和患者访谈后,很显然患者心境低落。他为自己的所作所为而自责,并且报告存在食欲下降、早醒和明显的体重减轻。他还怀有一些不可动摇的想法,认为自己得了艾滋病,因为他的腹股沟有肿胀而事实上他患的是阴囊积水。他的 MMSE 评分为 26 分,是因为不能集中注意力而失分。他对一个疗程的电休克治疗疗效良好。

该案例描述了老年人中典型的精神病性抑郁,该案例反映了最典型的症状(如妄想观念)在老年人中是如何被忽视的。它也说明在抑郁性精神病中经常出现的疑病妄想可能比自罪

妄想出现得更多。

临床案例:假性痴呆

一位80岁的老年妇女因其意识错乱,在家人要求下就诊于初级保健医生。晤谈过程中,患者身体前倾,避免有眼神接触,并摆弄手指和她的饰品。患者认为那天是周四,而实际上是周二,不知道那天的日期,认为那时候是九月而实际上是十月,但是她知道她在哪里。曾试图给老人进行简明精神状态(MMSE)量表中其他内容的检查,但是没有成功,因为她对提问变得更激惹,最后她说:“我不知道,请让我一个人待着;我很抱歉,我没能帮上你的忙,我知道我是个麻烦的人。”

她的家人告诉医生,患者的猫在3个月前走失了,之后她很快变得苦闷,没有明确原因而不断地给她的女儿打电话,不好好吃饭,终日疲倦,睡眠也不好。患者变得糊涂,而且很明显不能料理家务。但是当家人过来劝她,她会料理几天家务,之后又变得不料理家务,老是因事情没有做“对”而自责。她认得出自己的家人,但有时会把她的孙子孙女的名字搞混了。在她的宠物死之前,她的脑子似乎非常清楚。她的家人回忆,她在10年前看过另一位医生,那是在她的丈夫去世之后,那位医生给她开了治疗抑郁障碍的药物,最后使她恢复了。

因为她的身体以她的年纪来说是健康的,所以她的医生决定用具有镇静作用的三环类抗抑郁剂进行治疗,以低剂量开始。她的家人曾认为她需要住院治疗,因为她无法处理事务。医生告知患者可能患有抑郁障碍而非痴呆,尽管他们担心会是后者。6周后,患者安静下来,不再糊涂,而且处理事务的能力相当好。

这个案例展现了由抑郁障碍引起的“假性痴呆”的典型特征。意识模糊大部分局限于定向力障碍。尽管表面上患者不能处理事务,但是假如给予鼓励劝导患者还是能够做的。因此,患者基本保留了技能但是主动性丧失。症状很快出现,既往曾患过抑郁障碍可进一步作为确认患抑郁障碍而非痴呆的线索。像很多抑郁障碍的老人那样,这位患者主诉中没有抑郁的体验但表达了许多抑郁的观念。尽管她的抑郁障碍和意识障碍都痊愈了,但是在接下来的几年里她应该定期复查,因为她有发展为痴呆的风险。

临床案例:双重抑郁

一位72岁的男性因他的骨关节炎急性恶化出现疼痛而就诊于初级保健医生。医生知道患者有长期抑郁病史,所以就询问了他的心情。患者报告,过去的6周里,他的睡眠很差,而且有食欲减退,对他主要的爱好(园艺工作)也缺乏兴趣,他的孙子们来看他的时候,变得非常易怒,最后他让家人别来看望他了。他对自己的将来感到毫无希望,而且觉得自己是个负担,但他没有妄想也没有自杀行为。该患者在54岁时患关节炎,使他提前从工作岗位上退休,57岁时又患上了咽喉炎,一年后有一次心肌梗死。他的妻子在他59岁时死于癌症。从那以后,患者常常感到抑郁,尽管在这之前没有精神疾病病史。他的症状包括心境低落、易激惹、几乎崩溃、肌肉紧张、易疲劳,感到无法应对生活。他的症状起伏不定,但是他几乎不再描述自己的心情是高兴的。

医生诊断为轻度抑郁障碍并且给予抗抑郁剂治疗。他的睡眠和食欲得到了改善,他变得略为乐观一些和不太易激惹,但是他仍存在心境低落和焦虑,做事很难有主动性。

该病例展现的是抑郁障碍合并恶劣心境。许多老年患者的恶劣心境是在中年起病的。正如该病例先前的生活应激因素和健康状况较差在这种情况下是常见的。这与年轻人的恶劣心境不同,后者典型起病于青春期的,与共患的精神疾病、物质滥用和人格障碍高度相关。恶劣心境是抑郁障碍的危险因素,应该得到治疗。

临床案例:复发性抑郁

一位75岁的老年妇女因抑郁障碍的典型症状而就诊于初级保健医生。在她50岁时有首次抑郁发作,当时正好是她最小的孩子离家,而且她的丈夫出现帕金森病。10年来,她有2次以上的抑郁发作,每次都与亲人去世有关。她对抗抑郁剂和心理辅导有良好的疗效。

在60岁到70岁期间,她抑郁发作的次数达4次以上,每次都由不开心的生活事件诱发。患者的疗效令人满意,尽管4次发作中有3次需要住院治疗。每次发作持续的时间都比前一次发作的要长。

在过去的5年里,患者每年都有抑郁发作,其中有一些并非总由生活事件所诱发。她的健康逐渐衰退:出现腕关节和轻度肺气肿,从而使患者整体活动水平下降。最近一次抑郁发作是在6个月前,患者未达到症状学痊愈。在过去的4年里,当地医院给予锂盐对她进行治疗。本次发作后,初级保健医生立即将其转往医院。她的疗效还不错,但还是第一次需要电休克疗法。医院的精神科医生继续使用锂盐治疗,更换了她的抗抑郁剂,并建议患者长期使用抗抑郁剂。医院和初级保健团队达成共识,将共同负责患者的保健,医院负责监测锂盐治疗,而初级保健护士则每月访视提供医疗支持。

该病例展现了抑郁障碍如何发展为反复发作。在老年期,复发可能变得更为频繁,疾病则可能成为更自主的病程,即疾病发作并非总与负性生活事件相关,而往往更多是在“非低落”期发作。每次发作立即给予治疗大大降低症状难以完全控制的慢性抑郁障碍的发生风险。预防性药物治疗可以构成相当复杂的治疗策略,而且由初级保健和医院职员共同负责的保健通常是最好的,其中双方对各自的角色有明确的认识,并且保持紧密的联系。

七、阻碍抑郁障碍识别的因素

影响正确识别老年抑郁障碍的因素与患者和医生都有关。患者因素包括抑郁障碍合并其他疾病时的躯体化和混杂症状。医生因素包括抑郁障碍的相关知识不足,因其似乎有“可理解”的原因(“假如我必须去面对这些,我会得抑郁障碍”)而不恰当地排除抑郁障碍、问诊技巧差,治疗无用主义(例如,坚持认为老年人对治疗无效或者认为治疗太困难),以及认为抑郁障碍或抑郁情绪在老年人中是不可避免的观念。

医生应当注意抑郁障碍的表现和症状,特别是在一些抑郁高发的机构,如养老院、老年内科病房和社区(社区中有需要照顾的老人)。以下策略可以帮助医生提高对老年抑郁障碍的识别:

- 熟悉抑郁障碍的核心症状;
- 对抑郁障碍的高发率保持警惕;
- 记住老化会影响抑郁障碍的表现;
- 同时关注躯体和心理健康;

- 提高对老年人的临床晤谈技巧；
- 记住严重的生活事件会引发抑郁障碍；
- 避免治疗无用主义（“没有什么方法能奏效”）；
- 记住抑郁障碍并非正常老化的一个部分；

八、临床评估

还没有其他办法可以替代采集完整的精神科病史。尤其重要的是，评估抑郁障碍的家族史、既往抑郁障碍的发作情况和最近的生活事件，如亲人去世。从患者关系密切的人那里获取的信息常常能澄清一些不确定的东西如症状的演变。获得行为变化和改变的依据（如社会退缩）和人格特质，充分了解个人病前性格特点对于建立现实可行的治疗目标是很重要的，因为治疗抑郁障碍可以改善症状，但不一定能改变一个人一生的个性特质或习惯。表 1.4 列出了医生可以问患者及其关系密切的人的关键问题，作为抑郁评估的一部分。表 1.5 提供了与老年人晤谈进行抑郁评估的几点建议。

表 1.4 询问老年患者进行抑郁评估的关键问题

询问患者的关键问题

- 你的心情怎样？
- 你对任何事情都失去兴趣了吗？
- 你对以前喜欢的东西是不是不如以前那样喜欢了？
- 你这些症状有多长时间了？
- 你以前曾经被诊断过为抑郁障碍吗？
- 在过去一年你的健康有没有发生明显的变化？
- 在最近 3 个月你的生活有没有发生明显的变化？
- 你有没有一些可能提示有潜在躯体疾病的症状（如，体重减轻）？
- 你有没有想过还是死了的好？

询问十分了解患者的知情者的关键问题

- 你注意到他有什么变化？
- 她 / 他平时的性格怎么样？
- 患者有血缘关系的亲属中有没有人患过抑郁障碍？

表 1.5 晤谈老年患者是抑郁评估的一个部分

- 介绍自己。让患者放松。问患者她 / 他希望被怎样称呼。老年人常常比较拘谨，往往使用正式的称谓（“护士”或“医生”），而且不管你们认识有多久了，可能希望我们称呼他们的姓（如“史密斯先生”或“史密斯太太”）。当一个年轻的卫生专业人员在未询问的情况下直呼其名，他们会感到对方居高临下。
- 确认患者能够听得见你的声音。如果听得不清楚，就坐得近些。千万别大喊。
- 避免问“你有什么不舒服？”特别是老年人会过分关注医生而期盼医生能告诉他们到底怎么回事。较好的开场白是“什么问题让您今天到我这儿来？”
- 如果患者有躯体上的疾病，晤谈尽可能简短。
- 不要使用多选题（“你感到抑郁、悲伤、快乐或还好吗？”）。用开放性问题（“你感觉怎么样？”）而不是是非题（“你感到抑郁，对吗？”）来替代问（“你的心情如何？”）。
- 因为老年人很少表达抑郁的心情，而使用一些替代性的词汇（如“悲伤”，“低沉”，“悲惨”），需要询问快感缺乏和抑郁的想法，如自尊感降低、自罪感、无价值感。
- 询问自杀观念。以无针对性的问题开头（“最近你感到绝望吗？”）。若必要，就问更针对性的问题，直到你了解患者目前的想法。询问自杀并不会诱发自杀。

- 询问退缩、做家务能力和 / 或做家务的兴趣降低,对家人或爱好缺乏兴趣。
- 确认患者的想法(“我理解”)和感受(“我能明白你为何感到心烦”)。
- 观察患者的态度和姿势(患者有没有低垂着头,显得消沉及没有眼神接触?),寻找精神运动障碍的表现,如激越或迟滞。
- 首次临床晤谈是与患者建立治疗关系的机会。晤谈应该包括向患者解释抑郁障碍是一种疾病还是精神不振或失败的表现;抑郁障碍是可治疗的;不是“衰老”的标志;以及抗抑郁剂无成瘾性。几乎在所有文化中这些问题都是老年人所关心的。

应当要进行精神状态检查。并非总要进行神经心理学检查,但是将认知功能筛查测验纳入其中是一种很好的实践行为。最广泛使用的是简明精神状态检查量表(MMSE),可在10~15分钟完成(Folstein等1975)。抑郁障碍患者的MMSE得分可能会降低。文化因素、读写能力和受教育水平都可能影响MMSE得分。

九、老年抑郁障碍的筛查

筛查问卷与临床检查联合应用时,对老年抑郁障碍诊断很有用。还可用于抑郁障碍患病率高的地方(如,内科病房,养老院),因为这些地方的抑郁障碍高发率可以提高测验的阳性预测值。许多问卷被用来识别老年抑郁障碍,包括下列的问卷:

- 老年抑郁量表
- 患者健康问卷-9项或2项
- 世界卫生组织(WHO)生活满意指数

9.1 老年抑郁量表

最广泛使用的老年抑郁障碍筛查问卷是老年抑郁自评量表(GDS)(Yesavage等1982~1983)。15个筛查条目大约花10分钟可以完成。如果必要,医生可以协助患者作答,但不能改变措辞而影响量表准确性。

GDS得分在11分或以上表明可能有抑郁障碍。对合并有躯体疾病住院的老人,同样的界限分依然有满意的敏感度和特异度(Jackson和Baldwin 1993; Koenig等1988)。对于15个条目的筛查版本,早期研究将临界分定在大于5分被认为是“抑郁病例”。如果问卷要用于某个以前从未使用过该工具的环境或文化中,那么有必要对问卷进行文化校正。GDS已有多個翻译版本,可在www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html找到。最近有研究提示,GDS中的4个问题和完整版的敏感度几乎相近(Katona和Katona,1997)。

在患有痴呆情况下,GDS是否还能有效地筛查出抑郁障碍目前尚不清楚。在一项与老年医学服务相关的研究中,GDS不能有效地筛查出与阿尔茨海默病相关的抑郁障碍(Burke等1989),但在另一项轻度痴呆患者的研究中,GDS却很有用(O’Riordan等1990)。

9.2 患者健康问卷

患者健康问卷-9项版(PHQ 9)是初级保健体系中筛查抑郁障碍和评估抑郁症状严重程度的有效工具。该问卷包括构成DSM-IV-TR中诊断抑郁障碍的9个基本条目。简短版PHQ-2仅包括2个条目,已发现是筛查老年抑郁障碍的有效工具(Li等2007),因其简短而