



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

抑郁障碍概述

第 1 卷

主译 于欣 司天梅



人民卫生出版社



中国科学院声学研究所 声学工程研究所
Acoustic Engineering Research Institute, Institute of Acoustics, Chinese Academy of Sciences

抑部障碍概述

张 勇 著

清华大学出版社

清华大学出版社



The World Psychiatric Association

34

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

抑郁障碍概述

第 1 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 1
Overview and Fundamental Aspects of Depression

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 1 卷, 抑郁障碍概述/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 978-7-117-14237-3

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 036851 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 1 卷
抑郁障碍概述

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: 5

字 数: 117 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 978-7-117-14237-3/R · 14238

定 价: 16.00 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1卷

抑郁障碍概述

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

EDITORS OF THIS VOLUME

O. Gureje and M. Maj

AUTHORS OF THIS VOLUME

S. Douki S. Kanba

L. Gask P. Monteleone

D. Goldberg E. Paykel

O. Gureje

引 言

近年来在抑郁障碍方面的研究有很多重要发现,需要对过去的抑郁障碍教育项目进行修订和更新。首先是关于抑郁障碍的诊断和分类。最近的流行病学研究,包括世界精神卫生调查(Kessler 等 2007),再一次发现不同国家抑郁障碍的患病率仍然有显著差异。大部分原因可能是因为方法学问题或者是目前用在研究或临床实践中的诊断系统方面的缺陷(包括疾病描述很可能存在不同)。总体上讲,流行病学研究结果显示抑郁障碍的患病率很高,而且在不断升高,同时有很多报告,包括一些来自于科学论或者其他组织或科学家的报告,认为抑郁障碍的患病率实际上很稳定,较高的数字可能是制药企业和医学专业者的共谋。因此,清楚和权威性描述在临床实践、教学和研究中所用抑郁障碍的诊断的需求越来越大,为了适应要求,本书进行了修订和更新,涵盖了这些需求。

另一个需要更新抑郁障碍教育项目的原因是在 1996 年和 2008 年期间,我们对抑郁障碍有了更多的了解和新的重要发现。如发现抑郁障碍与躯体疾病有很高的共患性,对抑郁障碍发病机制有了新的了解,证实了抑郁障碍对疾病总体负担的贡献,发现了在灾难爆发人群中,抑郁障碍有更高的患病率,获得了老年人人群中抑郁障碍的证据和知识,对药物治疗和心理治疗有了新的观点。

儿童中的抑郁障碍也越来越成为精神病学家、公众和媒体的关注焦点,在年轻人中识别自杀风险因素、识别儿童和成人抑郁障碍的连续性以及了解抑郁障碍在躯体疾病中所起的作用等,也是需要更新抑郁障碍教育项目的理由。

这次新版抑郁障碍教育项目包括四卷,WPA 抑郁障碍先锋组织及其各自所负责的章节包括:

1. 抑郁障碍概述(O. Gureje, M. Maj)
2. 抑郁障碍和躯体疾病(M. Riba)
3. 老年抑郁障碍(E. Chiu, H. Chia)
4. 抑郁障碍的教育培训方法(N. Sartorius, D. Goldberg, I. Gask)
5. 特殊情况下和特殊人群的抑郁障碍(O. Gureje, M. Maj, N. Sartorius)

参与抑郁障碍教育项目编写的先锋组织成员包括:N. Sartorius(并列主席),A. Tasman(并列主席),M. Benyakar, E. Chiu, H. Chiu, S. Douki, L. Gask, D. Goldberg, O. Gureje, S.V.Ivanov, S. Kanba, M. Kastrup, M. Maj, M. Riba, S. Tyano, 和 D. Wasserman。对全书做出很大贡献的学者,包括:M. Bradley, S. Chaturvedi, F. Courmos, F. Creed, R. Fahrner, L. Grassi, C Lyketsos, S. Marcus, K. McKinnon, S.R. Vagnhammar 和 L. Wulsin。项目高级顾问是 J.J. Lopez-Ibor, F. Lieh Mak, E. Paykel 和 C. Stefanis。

参考文献

Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset

distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6:168-176.

注释:本指南中,除非特殊标明,“抑郁障碍”用于描述“抑郁综合征”,类似于在 ICD-10 分类中的“抑郁发作”和 DSM-IV 分类中的“重性抑郁发作”。文中所提到的药物剂量,均是相关药物制造厂商所推荐的剂量。

目 录

第一章	抑郁障碍的概念和分类.....	1
第二章	抑郁障碍的流行病学和影响.....	12
第三章	抑郁障碍的识别、诊断、鉴别诊断以及文化相关问题.....	18
第四章	抑郁障碍的病因学和发病机制	43
第五章	抑郁障碍的治疗.....	52

第一章

抑郁障碍的概念和分类

在医学上,抑郁这个词至少有三种不同的意思:1)一种心境、感觉、情绪或情感状态;2)抑郁障碍的一个症状;3)抑郁障碍本身。在本文中主要指的是抑郁障碍。

一、抑郁障碍的基本特点

抑郁障碍有几种类型和变异,它们之间的鉴别对于有效的处理至关重要。无论以何种形式分组,抑郁障碍的不同类型之间有一些共有的临床表现:

1.1 心境和情感

悲伤、对愉快或不愉快的事件反应性降低、动机减少、兴趣和/或愉快感丧失、感觉缺失、空虚感、情感淡漠、焦虑、紧张、易激惹、挫折感、愤怒等。

1.2 思维 - 认知

注意力降低、犹豫不决或优柔寡断、丧失自信或自尊、无价值感、无原因的自责或不恰当的自罪、无助感、悲观、无望、想死和自杀观念。

1.3 精神运动活动

迟滞:躯体运动缓慢、木僵、面部表情不足或缺乏表情、人际交往受限或缺乏交往;或激越:烦躁、不安、无目的和无法控制的活动过度。

1.4 躯体表现

基本功能改变:失眠和/或嗜睡、食欲和体重降低或增加、性欲降低。

精力改变:乏力、易疲劳、精力减退、缺乏活力。

躯体感觉:疼痛、压迫感、发冷、肢体发沉、任何其他不明确的和未分化的感觉。

内脏症状:胃肠不适、心血管系统不适、其他有关躯体功能的不明确的不适。

二、双相障碍

初级保健医生通常见到的患者表现出的是单相抑郁,但有些患者可能患有双相情感障碍,医生应该清楚两种障碍之间的区别。双相障碍中,抑郁发作与躁狂或轻躁狂发作发生在

同一个体身上。

三、正常与异常心境状态

短暂的悲伤和失望是正常人生经历的一部分。对应激、挫折和丧失(如亲友去世)的正常适应性反应会表现为悲伤,将其和临床抑郁明确区分开来非常重要。

四、抑郁障碍的分类

虽然抑郁障碍有很多分类方法,国际疾病分类第 10 版 ICD-10(WHO 1992)划分为重度、中度和轻度抑郁发作。区分三种类型要基于对出现症状的数量、类型和严重程度的临床判断。

重度抑郁发作患者一般会相当痛苦并表现出严重的症状。显著的激越或迟滞可能妨碍他们描述症状的能力。个人和职业功能严重受限。要符合重度抑郁发作的诊断标准,患者必须满足抑郁发作的一般标准,存在所有三项典型症状,并存在至少 5 项附加症状(表 1.1)。

表 1.1 抑郁发作

一般标准	典型症状	附加症状
抑郁发作应持续至少 2 周; 个体一生中任何时间没有满足轻躁狂或躁狂发作标准的轻躁狂或躁狂症状; 不能归因于使用精神活性物质或任何器质性精神障碍;	对于个体来说,在一天中的大部分时间和几乎每天抑郁心境确实达到异常的程度,很大程度上受环境影响,并维持至少 2 周; 对通常能引起愉快的活动失去兴趣或愉快感; 精力减退或易疲劳感增加;	丧失自信或自尊; 无原因的自责或不恰当的自罪; 反复想到死或自杀,或者有任何自杀行为; 思考或集中注意力下降的主诉或证据,例如犹豫不决或优柔寡断; 对未来感到悲观和暗淡; 任何形式的睡眠紊乱; 食欲改变(减少或增加)伴有相应的体重改变;

来源:世界卫生组织(WHO). ICD-10 精神与行为障碍分类:临床描述与诊断指南. 瑞士日内瓦:世界卫生组织,1992

中度抑郁发作的患者也可能在维持个人和职业角色功能上存在相当的困难,并且一些症状可能很严重,但在总体上与重度发作相比症状数量较少程度较轻。中度抑郁发作的患者必须符合抑郁发作的一般标准,有三项典型症状中的两项,还有四项附加症状(表 1.1)。

轻度抑郁发作的患者,有时称为轻性抑郁,一般会受到症状的困扰但一直保持个人和职业角色的功能,虽然他们会感觉这很困难。轻度抑郁发作的患者必须满足一般标准,有三项典型症状中的两项,还有两项附加症状(表 1.1)。

在 ICD-10 供初级卫生保健使用的精神障碍分类标准中,对抑郁发作的诊断标准进行了简化。

五、恶劣心境

恶劣心境的特点是一种慢性的、持续至少 2 年或以上低水平的抑郁心境,偶有一小段时

间的“完好”,但很少超过几周时间。除了心境低落,还有至少三个其他症状(表 1.2)(WHO 1996)。

表 1.2 恶劣心境

标 准	症 状
至少 2 年持续或反复出现的抑郁心境;	精力或活力下降;
发作间期的正常心境很少持续超过数周;没有轻躁狂发作;	失眠;
在 2 年的时间内没有、或者很少有单次抑郁发作足够严重或持续的时间足够长已达到了复发性轻度抑郁障碍的标准;	失去自信或自我评价低;
至少在抑郁的部分时间中,应表现出下述的至少三项症状;	难以集中注意力;
	经常流泪;
	对性和其他令人愉快的活动失去兴趣或不能享受乐趣;
	感到失望或绝望;
	感觉无法应对日常生活中的寻常职责;
	对将来感到悲观或沉溺于对过去的思考;
	社会退缩;
	讲话减少;

来源:WHO. ICD-10 精神与行为障碍分类:临床描述与诊断要点。瑞士日内瓦:世界卫生组织;1992

六、其他形式的抑郁障碍

除了抑郁障碍的主要形式,还有一些亚型由于其对预后和治疗的提示意义而值得单独描述。下面是基于 ICD-10(WHO 1992)的描述。

6.1 精神病性抑郁

精神病性抑郁是伴有精神病性症状(如幻觉和妄想)和显著的精神运动紊乱的抑郁障碍。但是和精神分裂症或者分裂情感性障碍不同的是,其精神病性症状不会独立于心境症状出现。并且,精神病性抑郁障碍幻觉和妄想的内容通常是和占优势地位的悲伤心境一致的(心境协调的)。

治疗提示:抗抑郁剂合并电休克治疗(ECT)或者抗精神病药优于单用抗抑郁剂。

6.2 忧郁症(躯体综合征)

伴有躯体症状的抑郁障碍(按照 ICD-10 命名系统)的主要特点为在通常能引起愉快的活动中失去兴趣或愉快感,对通常使人愉快的环境和事件失去情感反应、早醒、早晨抑郁加重、精神运动迟滞或激越、显著的食欲下降、体重下降和显著的性欲下降。这种形式的抑郁障碍在老年患者中更常见。

治疗提示:有这种类型严重症状的患者更有可能对抗抑郁剂合并 ECT 有反应。

6.3 非典型抑郁

非典型亚型通常见于青年患者,表现为多种反向的自主神经症状,包括睡眠和食欲增加等在大多数抑郁障碍病例中很少见的症状。

治疗提示:单胺氧化酶抑制剂比三环类抗抑郁剂更有效(Quitkin 等,1979)。

6.4 季节性抑郁障碍

季节性抑郁障碍的主要特点是反复发作,抑郁发作的开始与一年中特定的时期有时间上的关系(如,规律地在秋季开始在春节结束),季节性发作在数量上超过非季节性发作,并且在(季节性)发作间期抑郁症状消失。

治疗提示:短期处理中光治疗似乎有效。

6.5 快速循环型双相抑郁

双相障碍的快速循环亚型伴有心境发作的频繁出现(一年四次或更多)。心境发作包括抑郁发作、躁狂或轻躁狂发作和(躁狂-抑郁)混合发作。心境发作之间可以是连续的,有或者没有无症状期。快速循环可以是自发的(通常有长时间的双相障碍病程),或者可能由抗抑郁剂加速。同时患有甲状腺疾病也可能导致快速循环。

治疗提示:快速循环的双相障碍对锂盐疗效差。因此,使用其他心境稳定剂,比如抗癫痫剂,是更好的选择。

6.6 继发性抑郁障碍

某些抑郁障碍可以继发于其他精神或躯体障碍(如,精神病后抑郁障碍、胰腺癌引起的抑郁),或者继发于产生依赖的物质或某些药物(见第1卷第三章)。继发性抑郁虽然比原发性抑郁少见,但在鉴别诊断的时候也应该考虑到,尤其是当患者没有如预想的对治疗起效的时候。

治疗提示:必须在治疗抑郁障碍的同时治疗原发病。

6.7 产后抑郁

有三种形式的产后抑郁:

1. 产后的忧郁情绪是一种常见现象,出现于三分之一母亲的产后早期。是种短暂的现象,通常不需要治疗。
2. 多达10%的母亲在分娩后一年内出现轻到中度的产后抑郁。治疗同其他形式的轻、中度抑郁。
3. 产后精神病经常表现为一种混合的不典型状态。常见抑郁和躁狂特征,并且与其后的双相障碍高度相关。

6.8 复发性短暂性抑郁

ICD-10的复发性短暂性抑郁标准为病理性恶劣心境或丧失兴趣不足2周,反复出现,并有以下症状中至少四种:食欲差、睡眠问题、易激惹、丧失兴趣、易疲劳、无价值感、集中注意困难和自杀倾向。

6.9 混合焦虑-抑郁综合征

有一些患者既有焦虑症状也有抑郁症状,但两种症状单独考虑其严重程度都不足以构成诊断。这一障碍应与抑郁障碍伴有混合的焦虑症状和焦虑障碍伴有某些抑郁症状相区分。焦虑-抑郁综合征还表现出自主神经症状(颤抖、心悸、口干、胃绞痛),可以是间断性的。

6.10 阈下抑郁

最近,没有达到满足抑郁障碍诊断的全部症状数目或严重程度的抑郁患者引起了特别的关注。这些所谓的“阈下抑郁”患者有较高的风险在将来出现抑郁发作,并且他们可能在功能和健康状态方面已经受限。

七、病 程

单次发作的抑郁障碍结局通常是好的,经过恰当治疗的多数患者可得到全部缓解。但是,一项包括了对抑郁障碍患者9年随访的临床研究发现,患者在15%的时间内存在达到重性抑郁水平的症状(Judd等1998b)。抑郁障碍的病程和结局依赖于一系列因素,包括疾病固有因素和是否存在人格障碍,还包括患者能否从家庭、朋友及其所处社会环境的其他资源中得到足够的支持。

分类指南

ICD-10, DSM-IV-TR

国际疾病分类第10版(ICD-10)精神与行为障碍分类是世界卫生组织180个成员国使用的官方分类系统。精神障碍诊断和统计学手册(DSM-IV)是由美国精神病学会在1994年开发和出版的(2000年出版了内容修订版),设计上是和ICD-10相兼容的。绝大多数类别在两个分类中都存在并且用同样的方式描述,因此全世界可以用统一的报告系统。全部的DSM-IV类别都可以在ICD-10中找到,但后者增加的一些类别前者没有。ICD-10分类有多个版本,包括一个方便使用的临床版(WHO 1992),一个研究版(WHO 1993)和一个初级卫生保健使用的版本(WHO 1996)。

历史注解

抑郁障碍历来就存在,各个时代均有描述。例如,希波克拉底和Rufus of Ephesus都描述过抑郁障碍(前者创制了忧郁症这个词)。忧郁症这个词一直被其他的医学作者所沿用,包括Aratus(公元120-180),Galen(公元129-199)和六世纪亚细亚的Alexander。第一本关于这个主题的阿拉伯文书籍是由十世纪突尼斯的Ishak Ibn Omran所著。12世纪的犹太医生Maimonides认为忧郁症是一个独立的疾病实体(Kaplan等1995)。

反应性和内源性抑郁

早先,抑郁障碍曾被传统的二分法分为神经症性的/精神病性的抑郁(基于症状的特征和强度)或者反应性的/内源性的抑郁。

内源性抑郁的特征性症状包括突出的生理紊乱(如,体重下降、精力下降、睡眠紊乱和精神运动迟滞或有时候激越),没有环境诱发因素,缺少反应性。与之相反,诊断反应性抑郁的病例存在诱发性事件和生活应激,并很少有显著的植物性紊乱。症状随着环境改变同步波动并且能保持日常功能也被用来诊断反应性抑郁。

这个模式的问题在于很少有患抑郁的人能够完全地符合两种分类的一种。多数表现为居于内源性和反应性两个极端之间连续谱的某个位置,并没有一个截然的界限,常常是混合的病例。过去,治疗选择常基于这种区分(如,给内源性抑郁患者服抗抑郁剂而对神经症性抑郁患者进行心理治疗),但现在已经不再认为这种分类和治疗选择相关了。

随访研究显示,抑郁患者有明显的慢性化和复发风险(Keller等1986)。文献综述显示,接近50%的重性抑郁患者只经历一次发作,20%表现出复发性病程,而30%转变为慢性抑郁(Angst等1990;Merikangas等1994)。大部分复发发生在缓解后的2年之内。多数研究都表明,既往发作次数越多,复燃的风险越大。残留症状、持续的睡眠紊乱和神经内分泌异常也可能是疾病复发的预测指标。与经过治疗后无症状的患者相比,那些有残留症状的患者出现严重病程、慢性化和更快的复发或复燃的风险更高(Judd等1998a;Judd等2000)。因此在治疗维持阶段必须包括对残留症状的恰当监控和处理(Karp等2004,Nierenberg等2003)。酒精和药物的滥用同样会使复燃的风险增加。

八、患者观点

如果我们在帮助患有抑郁障碍的患者,那么很重要的一点是我们要充分考虑到患者的观点,尤其是检查的时候要考虑患者个人对精神疾病的叙述(Gask 1997)。这个简短的综述主要来自于Karp的几项研究和一篇Khan及其同事对多项研究进行的荟萃分析。在20世纪90年代早期,Karp与诊断为单相抑郁并进行治疗的患者做了大量的访谈(Karp 1994, 1996),还做了一项情感障碍自助小组的个案研究(Karp 1992)。2007年,Khan及其同事发表了一篇对抑郁体验进行讨论的定性论文荟萃分析(Khan等2007)。要了解更多的个人对于抑郁的描述,应仔细研究Styron发表的著作(Styron 2001)和Andrew Solomon半自传性的回顾《正午恶魔》(Solomon 2001)。这部分引用的多数著作是基于对抑郁的定性研究,但是,用引号标出的文字都是来源于调查研究的结果。

8.1 抑郁体验

Khan及其同事(Khan 2007)主要考察了英国不同种族的体验,注意到抑郁最常被归因为应激或冲突等外部因素,包括与工作同事或家人的冲突、慢性疾病、童年事件、物质缺乏和种族主义(Burr和Chapman 2004;Grime和Pollock 2004;Kadam等2001;Rogers等2001)。被访者并没有强调症状或抑郁的感觉,而更多报告的是应对能力的丧失,尤其是日常生活功能和社会角色的紊乱(对其他家庭成员产生负面影响)(Burr和Chapman 2004;Kadam等2001;Knudsen等2002;Maxwell 2005;Rogers等2001)。受访者用来表达抑郁体验的比喻包括“处于边缘”、“内心忐忑不安”、“被束缚住了”、“火山爆发”、“被劈成两半”、“被关在我自己的小躯壳里”、“痛苦的墙壁”和“我自己家的囚犯”(Kadam等2001)。最重要的是,患者对于引起他们问题原因的判断不同于心理学模型,而后者是认知-行为治疗和处方抗抑郁剂的基础。

Karp收集的叙述(Karp 1996)呈现了很多不同的体验和丰富的细节,正如Styron在其自传中评论的,并不是DSM-IV中九条症状列表的简单表达。

Burr和Chapman通过他们和南亚妇女的访谈,挑战了传统精神病学关于抑郁躯体症状体验和表现的跨文化判断(Burr和Chapman 2004)。他们的受访者自由地描述了情感体验及其对总体躯体健康的影响。抑郁的影响包括更传统的情绪症状和一系列躯体体验:恶心和呕吐、部位模糊的疼痛和关节痛、头痛、月经痛和哮喘发作。

当被问到她对抑郁的体验时,一位女护士是这样描述她的心理状态的:

那是一种被困住的感觉,或者是像困在笼子里,就像是动物一样,像老虎在笼子里踱步。这是我的一种感觉。我感觉自己在笼子里,在踱步,出不去,是在黑夜里,白天永远不会到来(Karp 1996)。

下面是一位男教授对同样问题的回答:

当你真的抑郁了的时候,你知道吗,如果你正在卧室里,有个人说房间的另一边有一百万美元,而你要做的只是把脚转到床的另一边,走过去就能得到这一百万,但是你得不到,我的意思是说你真的做不到(Karp 1996)。

对不同地区妇女产后抑郁的研究挑战了非西方社会关于生育的社会文化能“保护”母亲不得抑郁障碍的假说。对印度果阿妇女的深度访谈显示,性别偏好和丈夫很少参与抚育孩子等独特的文化背景,被这些妇女认为是主要的应激源。受访者对情绪困扰的解释包括社会逆境、婚姻关系差和文化对于性别的态度,而不是将抑郁当作是生物医学精神病的一种(Khan 等 2007)。一些香港的产后抑郁妇女表述她们被困于一种必须通过杀人或自杀等暴力方式才能逃脱的困境(Chan 等 2002)。妇女们把她们的不幸归因于不抚育孩子的丈夫和强势公婆的控制。

一项瑞典的研究考察了抑郁体验在不同性别之间的差异,发现男性容易更多地谈及躯体困扰而女性则更倾向于谈及情绪困扰(Danielsson 和 Johansson 2005)。

还有研究探讨了不同年龄患者抑郁体验的差异。在俄勒冈州波特兰的一个焦点小组里,青少年描述了同成年人类似的“疾病轨迹”:缓慢发展的困扰、一段时间的“处于烦恼之中”,进而在一个时期他们考虑自己是不是得了抑郁障碍(Wisdom 和 Green 2004)。英国曼彻斯特的老年患者认为抑郁是“可以理解的”,是一个社会和相关问题的产物,而不是一种“疾病”,他们的全科医生中有很多人持有这种观点(Burroughs 等 2006)。

8.2 寻求帮助

Karp 曾经描述他的很多访谈对象在与抑郁障碍妥协之前都经历过这样一个阶段:1)刚开始出现苦恼的感觉;2)感到情况“确实糟糕”起来了;3)危机阶段;4)抓住“有病的身份”不放;有时候有 5)把抑郁障碍看做是一种他可以渡过的状态(Karp 1994)。

Khan 等(2007)基于他们在英国进行的研究的综述得出结论认为,抑郁体验和无法应付日常生活可能导致人们向初级保健提供者寻求帮助。被无法应对的感觉所压垮的患者或者是由于其不作为导致家庭关系恶化的患者(Maxwell 2005)表现出了对帮助的渴求。但是,与初级保健的衔接是有问题的。患者使用初级保健是因为他们将其认作是唯一提供帮助的地方,而不是因为他们认为初级保健服务会有效。寻求帮助会被看做是一系列“道德行为”(Maxwell 2005)。Maxwell 研究中的苏格兰妇女认为她们应该能够控制情绪,而将因为非躯体问题去寻求帮助看作是应对失败。她们只是为了为她们的家庭“做正确的事”,她们觉得自己是不能被照料的。这种感觉又部分地被一种羞耻感和缺乏正当性的感觉给进一步复杂化,可能导致心理问题以一种隐秘的方式呈现(Burr 和 Chapman 2004;Rogers 等 2001)。此外,如果与患者讨论他们感觉难以接受的治疗(如药物治疗或转诊到精神卫生服务专家)的话,进入帮助体系可能会威胁到本已脆弱的自我感觉。

在英国曼彻斯特诊断为抑郁的工作年龄成人中进行的一项研究显示,无疑有一些患者

接受了低水准的医疗(Gask 等 2003)。患者经常感觉他们“正在浪费医生的时间”,感到医生不能听他们说话,不能理解他们的感受。同一城市的老年患者对治疗抱着同样微小的期望(Burroughs 等 2006)。在伦敦不同种族背景的老年人认为同抑郁斗争是个人的事情,而医疗支持只是提供帮助的备选资源(Lawrence 等 2006)。他们也强烈地感觉到医生时间宝贵。

8.3 伴随的治疗耻感

全世界范围内都已经文献阐述伴随精神卫生问题的耻感问题(Sartorius 和 Schulze 2005)。

Prior 等(2006)认为以耻感来解释不愿向卫生专业人员公开情绪问题的理由是不充分的。但是,Khan 等(2007)在美国的一项研究发现因抑郁障碍寻求治疗存在相当多的耻感,与白人相比黑人更是如此(Cooper-Patrick 等 1997)。

有报告称服药治疗抑郁障碍(提供的最常见的治疗)会潜在地威胁到自我感受。相反,应对抑郁障碍的个人责任感、对丧失日常生活功能的恐惧以及为了他人的利益而寻求帮助在患者决定接受药物治疗中起作用(Grime 和 Pollock 2004;Knudsen 等 2002;Maxwell 2005)。受访者担心告诉别人他在服用抗抑郁剂,因为患有抑郁障碍和服用精神科药物都伴随着耻感(Grime 和 Pollock 2004;Knudsen 等 2002)。

8.4 治疗和康复

Karp 在美国与患者的访谈显示,服用医生开具的药物意味着一个漫长的对“情感疾病”的解读过程,而且解读会随着“抑郁生涯”的延长而发生改变(Karp 1993)。这个过程四个阶段是阻抗、尝试承诺、转变和最后的失望。Grime 和 Pollock 在英国中部的研究中,服用药物者报告说他们感到自己是需要服用抗抑郁剂才能过日子的人,因此是不健全的(Grime 和 Pollock 2004)。受访者谈到了内疚感和让自己及他人难过,表达了对治疗相随的长期个性改变的关注。

诸多考察抗抑郁剂治疗不依从的定性研究都发现患者存在精神科诊断造成的不安、否认疾病、副作用问题、担心依赖和感到药物在急性期缓解后没有帮助等(Byrne 等 2006)。Bollini 等(2004)在瑞士的研究发现不依从的主要原因在于否认疾病、忽视疾病的持久性,而副反应不是主要原因。相反,Haslam 等(2004)在英国的研究得出的结论是副反应和害怕依赖是主要问题。一项澳大利亚的大规模调查研究显示,寻求治疗的抑郁障碍患者和从没有治疗过的人相比,并不信任生活方式干预的效果,而是更确信抗抑郁剂的疗效。那些当前存在症状的人也更倾向于家庭和朋友对于应对疾病没有帮助(Jorm 等 2000)。

对西欧国家一般公众的调查显示,“谈话治疗”(即心理治疗手段)还是最受欢迎的治疗手段(Churchill 等 2000;Riedel-heller 等 2005)。受访者希望对自身问题的讨论是适合自己的治疗(Kadam 等 2001)。根据 Glasman 及其同事在英国进行的一项研究,患者并不总是遵从认知行为治疗师给出的原理和练习,而是以折衷的方式重建认知行为治疗的原理,这对于他们带着心理问题进行日常生活的尝试有意义,也更为适当。自助行为被描述为“艰苦的工作”,受访者报告他们数次以运用自己的技巧,面对了危机和挫折(Glasman 等 2004)。

Lawrence 及其同事(2006)在伦敦进行了一项包含三个种族老年抑郁障碍患者的研究。他们发现,加勒比黑人通过祈祷和上帝交谈是一种有效的克服抑郁的方式,而大部分南亚人和英国白人受访者认为家庭是一个重要的帮助资源。北美黑人抑郁患者也强调信仰是应对

的重要方式和支持的资源 (Cooper-Patrick 等 1997)。

Badger 和 Nolan (2007) 在英国的研究中, 患者报告他们感觉有多种因素有助于抑郁障碍的康复, 有三分之二的参与者认为药物对他们的康复有帮助。随着时间的推移患者认为对于康复重要的因素也在变化着, 很多人感到个人力量对于康复很重要。重视并鼓励患者在康复中起作用, 并能够提供多层面支持的从业人员会被患者认为是有关怀心的、能提供全面的个体化的服务。研究者得出结论认为抑郁障碍患者热切地期望将其康复视作一个多因素的作用结果, 并希望他们自己在康复过程中扮演的角色得到认可。还有很重要的一点, 很多患者甚至是那些会受益于长期治疗的人, 都发现难以接受现行的抑郁障碍是一种“慢性疾病”的概念, 更倾向于将干预视作是“短期的、暂时的” (Maxwell 2005)。

九、结 论

虽然以患者的视角考察抑郁的文献数量有限, 但很重要。为了更有效地治疗患者, 专业人员应当更好地理解患者是如何体验抑郁的, 患者为什么、在什么时候、以何种方式寻求帮助, 以及患者对于治疗和康复的态度。这些文献的一个重要局限是缺少低收入人群和发展中国家有关抑郁的资料。

十、参 考 文 献

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000
- Angst J, Merikangas K, Scheidegger P, et al. Recurrent brief depression: A new subtype of affective disorder. *J Affect Disord* 1990; 19: 87-98.
- Badger F, Nolan P. *Attributing recovery from depression. Perceptions of people cared for in primary care.* *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 25-34.
- Bollini P, Tibaldi G, Testa C, et al. Understanding treatment adherence in affective disorders: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004; 11: 668-74.
- Burr J, Chapman T. Contextualising experiences of depression in women from South Asian communities: A discursive approach. *Sociology of Health and Illness* 2004; 26: 433-52.
- Burroughs H, Lovell K, Morley M, et al. Justifiable depression: How primary care professionals and patients view late-life depression—a qualitative study. *Fam Pract* 2006; 23: 369-77.
- Byrne B, Regan C, Livingston G, et al. Adherence to treatment mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 44-9.
- Chan SW, Levy V, Chung TK, et al. A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *J Adv Nurs* 2002; 39: 571-9.
- Churchill R, Khaira M, Gretton V, et al. Treating depression in general practice: Factors affecting patients' treatment preferences. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 905-6.
- Cooper-Patrick L, Powe NR, Jenckes MW, et al. Identification of patients' attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 431-8.