

Depressive Disorder Comorbidity
Practice and Theory

抑郁障碍共病

——理论与实践

袁勇贵◎著



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

抑郁障碍共病

理论与实践

袁勇贵 著



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

· 南京 ·

图书在版编目(CIP)数据

抑郁障碍共病:理论与实践 / 袁勇贵著. —南京:
东南大学出版社, 2014. 10

ISBN 978-7-5641-5229-1

I. ①抑… II. ①袁… III. ①抑郁障碍—防治 IV.
①R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 224840 号

抑郁障碍共病:理论与实践

出版发行 东南大学出版社
出 版 人 江建中
责任编辑 褚 蔚(TEL:025-83790586)
社 址 南京四牌楼2号(邮编:210096)
网 址 <http://www.seupress.com>
经 销 全国各地新华书店
印 刷 南京玉河印刷厂
开 本 700mm×1000mm 1/16
印 张 11.5
字 数 213 千字
版 次 2014 年 10 月第 1 版
印 次 2014 年 10 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5641-5229-1
定 价 29.00 元

(本社图书若有印装质量问题,请直接与营销部联系。电话:025-83791830)

序一

抑郁障碍共病：从研究到临床

《抑郁障碍共病：理论与实践》的作者邀我作序，我详细地阅读了全稿，感到该书与目前已经出版的专著相比，有其独特的写作方法和思路观念。不论是编写方式，还是编写内容，都很独特，尤其是针对抑郁障碍共病问题中的难点、热点和疑点问题，提出的有关评论，很有见地，也很有新意。我感到非常欣慰。作者袁勇贵是一名年轻的博士生导师，从医生到科主任，从精神科专家到学科带头人，经历了不平凡的努力过程，取得了显著的成果，《抑郁障碍共病：理论与实践》的编写出版，就是一个例证。作者早在1999年攻读研究生期间就开始从事焦虑和抑郁障碍共病的研究和临床工作，这些年来一直在关注精神科重要的临床问题：抑郁障碍与常见精神障碍（如焦虑障碍、人格障碍、物质滥用、Alzheimer病等）及躯体疾病共病，十多年不懈地进行了系列研究，终于有机会和有条件完成国内首部抑郁障碍共病的研究著作，深感欣慰，又圆了自己的一个梦……十多年的研究，虽然非常艰辛，但所有心血的投入都是值得的，在研究过程中，他注重立题的创新性和实用性，方法的严谨性和规范性，使成果具有前沿性和应用价值，已在国内外公开发表相关论文100多篇，在这本书中将详细论述。本专著重点介绍了抑郁障碍共病的系列研究，另外，本书也对临床上近年来逐渐引起关注的抑郁障碍与ADHD共病、人格障碍共病、物质障碍共病进行了介绍。该书是国内第一部研究抑郁障碍共病的专著，对提高我国共病防治与诊断水平具有重要的指导作用。

抑郁障碍共病的临床表现复杂多样，可能是一个异质性疾病，与其他精神障碍具有较高的共病率，因而容易误诊，成为困扰广大临床工作者的一大难题。抑郁障碍还常常与其他精神疾病和躯体疾病共患，而共患疾病的存在，使患者具有症状重、病程慢性化、社会功能损害重、自杀率高和预后差等特征，增加了患者的治疗难度、医疗费用和住院时间，不仅增加医疗机构的负担，而且增加医疗支出。什么是共病？当某人表现出的症状符合多重诊断，我们就称之为共病。有些临床医师认为共病适用于所有同时表现出两种截然不同障碍的患者，但更多人同意这

样一个观点:即对于真正的共病诊断而言,不同障碍之间是不会互相影响的。在21世纪,精神障碍患者有很高的共病率。对于某些疾病,共病率超过50%。20世纪90年代早期,美国进行全国共病率普查发现:在15~54岁的人群中,48%的人在一生的某个阶段至少患有一种精神障碍,27%的人至少患有两种精神障碍,14%的人患有三种或三种以上的精神障碍。经过进一步统计,在至少患有一种障碍的人群中,有超过半数的人还至少患有另一种精神障碍。在成年人群中,诊断为精神疾病的人口比率占总人口的14%。鉴于精神疾病会对社会造成沉重的负担,我们每位精神卫生专业人员更应该努力做好共病诊断这项工作。

多项研究结果表明,在评估中采用非结构式访谈的医师,与采用结构式、系统和全面访谈模式的医师相比,作出的诊断更少。作出共病诊断除了有利于全面地描述患者疾病的表现外,更有一些重要意义:(1) 共病诊断有利于确定治疗的范围。如果诊断不全面,治疗也会相应地受到影响。两种障碍需要同时治疗,而这种治疗方案的确立取决于早期、全面的诊断。具有两方面的情况:其一,对于同一名患者来说,一项诊断的确立可能会对另一种障碍的治疗过程产生影响,尤其是两种障碍所使用的治疗药物之间存在交互作用时;其二,该患者可能同时患有另一种躯体疾病(如糖尿病),治疗精神障碍的药物可能会使患者的躯体疾病恶化。(2) 对预后的影响。如果患者存在双相障碍和焦虑障碍共病的情况,那么患者可能会起病更早、病程更长、对传统的心境稳定剂反应不良、自杀风险更高,以及比单纯的双相障碍患者的生活质量更差。如果想有效地预测多重诊断的交互作用,我们必须首先要早期识别。(3) 共病诊断有助于对易感障碍作出预测,从而采取措施预防。例如,对于双相障碍患者而言,即使患者目前没有使用药品的迹象,但也要特别警惕其以后发生物质滥用的可能性。(4) 有些研究者提议共病意味着不同障碍之间享有共同的精神病理基础。如果研究证实这一观点是事实,我们就应该着眼于找出它们的核心病因,而不是致力于分离的诊断。

实际上,共病的临床表现远非教科书所描述的那样简单,特别是许多共病患者的症状及演变过程并不符合教科书上所描述。受此影响,许多医师不能正确识别某些非常见的非典型症状,从而影响了正确诊断。再者,随着神经生物学、神经生理学、神经药理学和医学影像学的快速发展,人们对共病的病因、发病机制和治疗有了长足进展,但都散布于各专业医学期刊中,国内尚无内容详细、全面的专著

出版,远远不能反映其临床表现的复杂性、多样性和异质性,以及治疗的困难性、系统性和研究进展的新颖性,难以满足广大精神卫生工作者全面了解共病的现象学、病原、病机,掌握最新治疗技术的需求,亦难以满足数量众多的患者及家属了解知识、提高对共病的认识以及自诊、自助的要求。本书一是将那些零散的真知灼见集结成册,将国内外最新进展情况系统地介绍给大家;二是结合作者多年的临床工作经验,将大量的临床描述或讲解给大家,以保证对抑郁障碍共病复杂现象学描述的全面性。因而,本书既具有全面性和系统性,又能保证内容的新颖性和领先性,既有广度又有深度,可供广大精神卫生专业人士进一步提高对抑郁障碍共病的认识和临床之用,也可供广大心理学、精神病学和精神卫生学专业的本科生、研究生阅读,同时还可满足广大患者及家属自诊、自助之需。

本书的特色:(1)为国内第一部共病的专著,既有全面、系统的临床现象学描述,又有国内外最新研究进展的系统介绍,既保证了内容的全面性和系统性,又保证了内容的新颖性和领先性。(2)本书对共病的发病基础进行最新研究进展和临床治疗的详细介绍。(3)在进行全面、详细的专业内容介绍外,对这一类疾病的研究和治疗,其中包括对一般公众进行宣传教育介绍,以供患者、家属了解相关知识。

本书作者既具有多年的临床工作实践和科研经验,又有多年的精神医学本科生、研究生专业教学经验,本书是作者以前共病临床、科研和教学的职业生涯小结。本书无金科玉律,不循规蹈矩,不是面面俱到的百科全书,而是遵循求新、求深、求精,宁缺毋滥的原则;遵循经典理论、前沿进展和临床实践平分秋色的原则;遵循既要继承传统,又有创新意识的原则。对于各章节的结构编排,也是强调形式服从内容,不搞削足适履,不求千篇一律;有话篇幅不限,无话惜墨如金。厚此薄彼之处,恰恰是编者用心良苦和匠心独具之所在。本书每一章节几乎都是一个独立的研究专题,自成一体。内容上既详细地介绍了各种重要的学术观点和最新动态,又适当地体现了作者个人的学术见解、研究成果和写作风格,力求全面反映该学科领域最前沿的新概念、新知识、新方法和新成果,具有启发性、针对性和指导性,特别适合医学院校师生学习使用、研究生攻读,也非常适合所有爱思考、好钻研、求进取的临床、教学和科研人员阅读。本书构思实用,观点实际,写法实在,书中涉及的有关问题非常实际,提出的观点也非常实际。作者是年轻的精神病学

专业博士生导师,也是中华医学会心身医学分会的副主任委员,曾在中华医学会精神病学分会上担任“抑郁症共病”分会场主席,是年轻的研究者、学者和精神病学专家。青出于蓝而胜于蓝,正是中国精神病学希望之所在,欢迎后浪推前浪,鼓励后来居上,这正是我们这些导师们最希冀看到的结果。

全书是作者十余年从事共病临床实践的经验总结,又融入了许多新的来自不同学科甚至不同国家地区的抑郁障碍共病诊治理念,亦可作为抑郁障碍共病临床诊疗指南共识。该书的面世,必将使我国从事精神病学专科医务人员对抑郁障碍共病能有更深刻的了解,提高我国抑郁障碍共病防治与诊断水平,造福于广大的患者。

吴爱勤

(中华医学会心身医学分会主任委员)

2014年9月8日于苏州

序二 从焦虑和抑郁的关系谈共病

对于抑郁和焦虑两组症状群之间的关系,早在1934年Lewis就提出两组症状的连续性,英国Newcastle学派的Roth也把两组症状群之间的联系看作情感障碍分类的核心部分。临床上确实存在这一组中间状态,如抑郁障碍伴阈下焦虑(Da),混合性阈下焦虑抑郁障碍(ad),焦虑障碍伴阈下抑郁(Ad)及焦虑和抑郁障碍共病(AD)。据美国共病调查,当前广泛性焦虑障碍共患躁狂抑郁症的发生率为39%,恶劣心境22%,具有终生广泛性焦虑障碍诊断的患者中,共患躁狂抑郁症占62%,共患恶劣心境39%,惊恐与抑郁共病高达60%,临床上也是相当常见。

国外上世纪七八十年代精神科专业人士开始关注焦虑与抑郁的不同,两者共病使临床关系变得复杂,临床表现不典型,共病不仅在精神科领域、神经科领域、甚至内科各类躯体疾病同存,症状模糊,病程迁延,自杀危险性增加,使患者就诊途径更加盲目,直接影响患者的治疗与结局。

随着现代“生物—心理—社会”医学模式的发展,共病将给临床的诊断和治疗带来变革,在实践中遇到疑难杂症要考虑有无合并其他疾病存在的可能。但10多年来国内虽然有“共病”相关文献发表,甚至中华精神科学会也举办过“有关共病的专题学术论坛”,但至今没有一本有关抑郁障碍共病的专著问世。本书作者涉及共病最早,自20世纪末即开始进行焦虑与抑郁障碍的共病研究,从其临床表现、诊断标准、发病机理(防御机制、人格特征、家庭环境、社会支持、遗传学、生化学、神经电生理、神经影像学)等多个层面进行了系列文献综述以及临床研究,积累了相当丰富的理论和实际临床经验。

该书较为通俗、系统、全面、科学的阐述精神科、神经科、内科领域的共病,从理论上论述共病的概念,共病诊断的意义,抑郁与其他精神障碍及躯体疾病,特别涉及近些年来研究热点——抑郁与卒中,抑郁与老年痴呆等等,这一著作问世将会指明精神、神经、内科临床的疑点、难点,为广大医务人员及有关患者指点迷津,将会提高临床医生对共病的识别和诊断的一致性,及时采取有效治疗,并为合并用药提供理论依据,对改善患者的社会功能将起到非常积极的推动作用。躯体疾

病与焦虑、抑郁共病是综合医院常见的心身障碍,超过 2/3 的心身障碍患者就诊于综合医院,而综合医院的医生缺乏心身障碍的识别诊断与处理能力,导致漏诊、误诊,进行不必要的检查,造成医疗资源的浪费,本书在这方面特别具有重要的实践意义和应用价值。

值得指出的共病的研究受许多因素的影响,作者从样本、分类系统、评估因素、临床评定(评定方法与工具)等存在问题叙述详尽具体,为今后深入研究提供参考。

尽管共病已被研究多年,具有理论意义,又具有实际应用价值,但与传统疾病相比,还是个年轻的概念,而要不断实践与探讨以完善其病因与发病机制。临床实践中共病不仅限于作者所述,尚有常见疾病与共病(如巴金麦氏病、心脑血管病等)未包括在内,建议今后继续收集相关资料,以充实本书内容。

张心保

2014 年 9 月 6 日于金陵

前言

随着现代社会飞速发展,新变革新体制层出不穷,生活节奏加快,竞争观念加强,新旧意识争斗,人际关系矛盾复杂,人类面临的应激源大量增加,使得抑郁障碍的发病率呈急剧上升趋势。因此,有人说,21世纪是“抑郁的年代”。我国最新的流行病学调查显示,抑郁障碍的患病率为2.1%,据此估计有2600万人罹患此病;世界卫生组织(WHO)报告,到2020年MDD的疾病负担将在所有疾病中排到第二位。《SCIENCE》杂志也将2012年10月的神经科学专刊的主题定为“抑郁障碍”,认为抑郁障碍是一种毁灭性的疾病,已经成为严重影响个人心身健康和社会发展的重要公共卫生问题。严重的抑郁障碍患者中有25%的患者因自杀而结束生命。

抑郁障碍还常常与其他精神疾病和躯体疾病共患,而共患疾病的存在,使患者具有症状重、病程慢性化、社会功能损害重、自杀率高和预后差等特征,增加了患者的治疗难度、医疗费用和住院时间,不仅增加医疗机构的负担,而且增加医疗支出。此外,共病患者的劳动能力下降更严重,经常休病假或旷工。仅据美国资料,由此而导致的损失每年为400多亿美元。至于因病给患者本人及其家庭带来的痛苦,则更难以用言语描述。这已引起临床医师和政府部门的重视。

躯体疾病共患抑郁障碍也已成为临床医生最为头疼的临床问题,它显著增加了这类患者的诊治难度。据统计,内科住院的患者中有22%~33%的患者可诊断出患有抑郁障碍。一些慢性疾病患者,如心脏病、癌症、慢性肺病、脑中风患者发生抑郁障碍的比例明显增高。基于此,国内外的专家一致呼吁,要重视对这一类疾病的研究和治疗,其中包括对一般公众进行宣传教育。

本人早在1999年起就在吴爱勤教授和张心保教授的指导下对焦虑和抑郁障碍共病问题进行研究,2003年在中华医学会精神病学分会上与上海的施慎逊教授共同担任“抑郁症共病”分会场主席,这些年来一直在关注这一占据精神科临床

1/3“江山”的重要临床问题,发表相关论文近 100 篇,重点关注抑郁障碍与常见精神障碍(如焦虑障碍、Alzheimer 病、人格障碍、物质滥用等)和躯体疾病共病,在本书中一一进行详细论述。另外,本书也对临床上近年来逐渐引起关注的抑郁障碍与 ADHD 共病进行了介绍。

由于本人的能力有限,观点难免有些偏颇之处,希望广大读者与同行予以斧正。

袁勇贵

2014 年 9 月

目 录

第一章 概述	1
第一节 关于共病	1
第二节 精神障碍的诊断标准与共病	2
第三节 精神障碍共病研究存在的问题	4
第四节 精神障碍共病的几种形式	9
第五节 抑郁障碍共病诊断的意义	9
第二章 抑郁障碍与焦虑障碍共病	13
第一节 焦虑和抑郁:三种理论模式解析	13
第二节 焦虑和抑郁障碍共病的生物学研究	18
第三节 焦虑和抑郁障碍共病的实证研究	23
第四节 抑郁障碍和焦虑障碍共病的分类研究	53
第五节 抑郁障碍共病治疗中的加药和换药策略	71
第三章 老年抑郁症与阿尔茨海默病共病	78
第一节 流行病学研究	78
第二节 老年抑郁症和阿尔茨海默病临床表现	78
第三节 老年抑郁症和阿尔茨海默病共同发病机制	81
第四节 老年抑郁症的积极干预能预防阿尔茨海默病的发生	88
第五节 老年抑郁症与阿尔茨海默病相关性的实证研究	89
第四章 抑郁障碍与其他精神障碍共病	108
第一节 抑郁障碍和人格障碍共病	108
第二节 抑郁障碍和物质滥用共病	109
第三节 精神分裂症与抑郁障碍	111
第四节 抑郁障碍与注意缺陷多动障碍共病	113

第五章 躯体疾病和抑郁障碍共病	116
第一节 概述	116
第二节 躯体疾病与抑郁障碍的双向关系	117
第三节 躯体疾病和抑郁障碍共病的评估和诊断	119
第四节 躯体疾病和抑郁障碍共病的治疗原则	121
第五节 各类躯体疾病和抑郁障碍共病	122
第六章 卒中后抑郁障碍	142
第一节 概述	142
第二节 卒中后抑郁障碍的发生机制	143
第三节 卒中后抑郁的评估和诊断	144
第四节 卒中后抑郁障碍的治疗	149
第五节 卒中后抑郁障碍的临床护理	152
附	161
激惹、抑郁和焦虑自评量表(IDA)	161
简式健康焦虑量表(SHAI)	162
多伦多述情障碍量表(TAS-20)	165
卒中后抑郁评估量表(PSDS)	166
精神科常用相关用语的英文缩写、全名及中文译名	167
后记	170

第一章 概述

第一节 关于共病

早在 1970 年,美国耶鲁大学流行病学教授 Feinstein 首次提出了“共病 (comorbidity)”这一概念,用于解释复杂的临床现象,并将它定义为:“同一患者患有所研究的索引疾病之外的其他任何已经存在或发生在索引疾病过程中的疾病”。Winokur(1990)作了这样的概括:“广泛运用于精神科的共病这个词用来描述一种疾病的多种形式或两种综合征同存于一个个体是可能的,它是多种形式的一个方面”。根据 Winokur 的描述,他将共病的概念扩大到了共存的综合征。

共病,在精神病学领域是一个尚存争议的问题,指的是多个独立精神疾病共存的表现,是指一个病人符合一种以上综合征的诊断标准,而有多重诊断。这些多重诊断涉及病人的全部症状、体征和病程。

就焦虑和抑郁而言,两者之间的关系很早就为人所注意。1934 年 Lewis 就提出了两组症状间的连续性,认为焦虑症状从整体或部分上是抑郁的一部分。Mendels 等(1972)的研究则指出焦虑与抑郁的关系有下述几种可能:①两者有共同的生物学基础,症状也很近似;②两者是对致病因素的同一反应,而特征性症状是人格的病理塑形作用的结果;③两者不同,原有疾病随着病情加重和病程迁延,其中的任一种都可以出现另一种的继发症状,换言之,慢性焦虑症病人可有继发性抑郁症,慢性抑郁症病人可有继发性焦虑症。英国 Newcastle 学派的 Roth (1981)也把两组症状群之间的联系看作是情感障碍分类的核心部分,即绝大部分抑郁病人存在焦虑,绝大部分焦虑病人也存在抑郁。后来 Newcastle 学派对住院病人和门诊病人的一系列研究得出抑郁和焦虑应清楚地区分开。这一观点也得到了美国许多相似研究的证实。

目前抑郁和焦虑的分界已被国际所接受,它也是 DSM-IV 和 ICD-10 的重要特征。这一分类也被家系研究和关于这些障碍的病程和预后的研究所证实。然而,两组症状之间的连续性从来没有被忘记,因为临床上确实存在着大量中间状态(in-between),如抑郁障碍伴阈下焦虑(Da)、混合性阈下焦虑抑郁障碍(ad)、焦虑障碍伴阈下抑郁(Ad)和焦虑和抑郁障碍共病(AD)。大量研究证实,各种形式的焦虑抑郁共存综合征(AD、Da、Ad、ad)与单一的焦虑或抑郁障碍(A、D、a、d)相比,无论临床表现、严重程度、自杀率、预后和治疗等方面均有不同,前者具有症

状重、病程慢性化、社会功能损害重、自杀率高和预后差等特征。从经济角度考虑,各种形式的焦虑抑郁共存综合征需要更多的医疗服务,对医疗资源来说是一个沉重的负担。它还会使用于心理卫生问题、临床疾病和预防自杀的健康服务费用升高 30%~60%,使用于残废和福利的费用升高。因此,20 世纪 80 年代以后,随着描述性的精神疾病诊断标准和操作性较强的评定工具问世,出现了大量关于精神疾病共病现象的研究。90 年代以后,共病的研究(特别是焦虑和抑郁障碍共病)成了精神病学领域最受关注的问题之一。就焦虑(A)和抑郁(D)的关系而言,它们有四种共存形式,即抑郁障碍伴阈下焦虑(Da)、混合性阈下焦虑抑郁障碍(ad)、焦虑障碍伴阈下抑郁(Ad)与焦虑障碍和抑郁障碍共存(AD),其中仅 AD 为焦虑和抑郁障碍共病。

第二节 精神障碍的诊断标准与共病

一、精神疾病诊断的特殊性和复杂性

精神疾病的诊断,与其他各科相比更为复杂及困难,究其原因可能与下述因素有关:

1. 大多数精神疾病,尤其是精神分裂症等非器质性精神障碍,迄今病因未明,目前尚缺乏特异性的生物学指标。
2. 精神疾病不同于躯体疾病,除一小部分器质性精神障碍外,多数病种或病例在体格检查、神经系统检查及实验室检查中,并无特征性的阳性发现。
3. 由于慢性起病者居多,疾病潜隐且表现复杂多样,不典型病例的比例有增多趋势,并且两种及其以上疾病状态的混合存在,也为精神科疾病的早期识别、确诊及鉴别诊断工作增加了难度。
4. 不同时期、不同地区和不同文化人群的疾病表现不尽相同,从而增加了诊断交流的难度,也影响了诊断的稳定性。
5. 近十多年来精神疾病的分类及诊断标准的概念在不断地变化,也为临床医生的诊断增加了困难。

二、从 DSM-Ⅲ 到 DSM-5

过去的分类系统,比如美国精神障碍诊断与统计手册第 3 版(DSM-Ⅲ),因为它的等级排除标准不允许一个病人有一个以上的轴 I 诊断,故阻止了人们对共存综合征的认识。在 DSM-Ⅲ 等级诊断系统中,某些高一级诊断出现,其他诊断就归入这一高级诊断之下。当一个病人表现出多种临床特征时,所有症状都认为是一种主要诊断的表现,比如在 DSM-Ⅲ 中情感障碍较焦虑障碍的等级为高,当

临床医生认为惊恐发作是属于抑郁症的表现,则尽管存在惊恐发作也不能诊断为惊恐障碍。

DSM-Ⅲ的等级排除标准模糊了独立的焦虑障碍(包括惊恐障碍)的诊断,事实上并不能证实焦虑障碍继发于抑郁障碍。在DSM-Ⅲ-R中,允许临床医生在一个病人存在多种不同的综合征时下多个诊断。这种诊断的改变持续到DSM-Ⅳ,当病情相当严重并影响到病人功能时,这些多个诊断中有一个是主要疾病,尽管其他诊断也存在着重要的临床意义。因此可以说,DSM-Ⅲ-R和DSM-Ⅳ比以前的诊断系统更加认识到了共病的重要性。

DSM-Ⅲ-R取消了等级排除标准,惊恐障碍可以作其他共存的精神障碍同时下诊断,特别是和抑郁症及其他焦虑障碍。这样共存的惊恐状态第一次得到了正确评价,不再含糊不清。为了避免混淆,重要的是要区别开“主要诊断”和“原发诊断”两个术语。在DSM-Ⅳ中,主要诊断保留给导致病人住院的疾病,对有多个诊断的门诊病人则是指导致病人本次就诊的疾病。对绝大部分病人来说,主要诊断或就诊原因也是最需重视和治疗的问题。原发诊断是指按照时间先后顺序先于其他诊断的诊断,然而另有人认为原发诊断指的是共病诊断中相对严重的疾病诊断。时间顺序和暂时第一位的问题是理解共病模式的核心。如果过去的精神疾病(目前处于恢复期)也被考虑为共病情况,则共病的发生率在不断提高。由于很难得到精确的终生精神疾病的诊断,通常只考虑同时存在的共病。原发的精神疾病必须存在一些症状才被考虑为一种共病综合征,而且当前的共病障碍也被认为比过去的共病障碍具有更大的临床意义。

而在2013年出版的美国精神障碍诊断与统计手册第5版(DSM-5)中废除了多轴诊断,但仍延续了DSM-Ⅳ中有关共病的概述,并在大多数疾病后面增加了共病这一项。

三、国际疾病分类第10版(ICD-10)

ICD-10关于记录一个以上的诊断的描述如下:建议临床医生遵循一个总的原则,即:概括临床表现时需要多少诊断就记录多少诊断。当记录一个以上的诊断时,最好将一个诊断放在其他诊断之前以表明其为主要诊断,同时注明其他任何辅助诊断或附加诊断。与诊断目的关系最密切者优先,在临床工作中它常是导致咨询或与健康机构进行联系的障碍。在多数病人是住院病人、门诊病人或日间医疗病人所需治疗的障碍。在另一些情况下,例如当回顾病人的整个病程时,最重要的诊断最好是“终生”诊断,而这个诊断可能不同于当前的就诊最相关的诊断(如一个慢性精神分裂症患者因为急性焦虑的症状而需要一段时间的治疗)。如果在记录几个诊断时对其顺序存在疑问,或诊断者不明确应当怎样利用资料,有一个有用的规则是根据诊断在本分类中的数字顺序加以记录。

四、从 CCMD - 2 - R 到 CCMD - 3

中国精神障碍分类与诊断标准第 2 版修订版(CCMD - 2 - R)在使用说明中对同时符合两种或多种诊断标准的作了如下规定:

1. 按文中已有的说明或排除标准中的规定下诊断。
2. 按等级原则下诊断,如器质性精神障碍优先诊断,不再同时诊断非器质性精神障碍,精神病优先诊断,不再同时诊断神经症。
3. 某些诊断可以两者并列,如:①先有人格障碍或精神发育迟滞,后有其他精神障碍。②先有精神分裂症或情感性精神障碍,后有器质性精神障碍或精神活性物质与非依赖性物质所致精神障碍。③器质性精神障碍与精神活性物质所致精神障碍同时并存。④一种以上的器质性精神障碍(如多发梗塞性痴呆与脑外伤)。⑤一种以上的精神活性物质所致精神障碍。⑥一种以上的与心理因素有关的生理障碍或性变态。
4. 某些诊断不能并列,而以主要临床表现下诊断,如:①非器质性精神障碍和情感性精神障碍的各种类型。②神经症的各种类型。③人格障碍的各种类型。④某些儿童少年期精神障碍。

在中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(CCMD - 3)的引言中称它的分类兼顾病因病理学分类和症状学分类,分类排列次序服从等级诊断和《ICD - 10》分类原则,但在具体诊断时并未完全排斥共病诊断,它规定下列障碍可以并列诊断:①阿尔茨海默病性痴呆可与血管性痴呆共存,如果脑血管病发作叠加于阿尔茨海默病的临床表现和病史之上,可引起智能损害的突然变化,这些病例应作双重诊断;②尚未缓解的精神分裂症病人,若又罹患器质性精神障碍,及精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍,应并列诊断;③癫痫可并有癔症表现,此时应并列诊断;④有时厌食症可继发于抑郁症或强迫症,导致诊断困难,必要时需并列诊断;⑤有时贪食症可继发于抑郁症或强迫症,导致诊断困难,必要时需并列诊断;⑥睡眠障碍可与夜惊并存,此时应并列诊断;⑦一种以上的性功能障碍可以并列诊断。

第三节 精神障碍共病研究存在的问题

尽管许多研究已证实,精神障碍中存在大量共病,并且共病研究具有重要的临床意义。但由于种种原因,很难找到可比较的有关共病研究的资料。影响共病研究的相关问题概述如下: