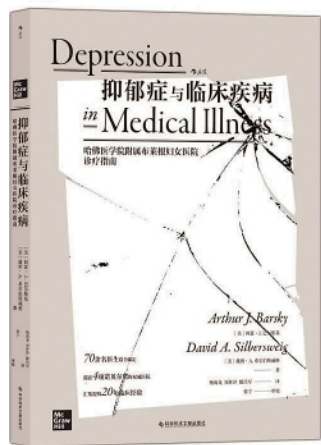


感到抑郁时,需要看心理医生吗

丁思月



《抑郁症与临床疾病:哈佛医学院附属布莱根妇女医院诊疗指南》, [美] 阿瑟·J. 巴斯基、戴维·A. 希尔伯斯威格著, 杨海龙、须怀沙、滕昌军译, 科学技术文献出版社 2022年3月出版, 定价: 148元

春节档横空出世的动画《深海》让抑郁症这个心理疾病越来越频繁地出现在人们的视野。电影艺术为它裹上了五彩斑斓的光, 以此向人们警示, 你与它的距离并不遥远。

尽管《深海》用最温暖的语言告诉人们, 抑郁症是应得到重视的心理疾病, 但更关键的问题仍亟待解决, 那就是大部分人对它的认识依然仅仅停留在心理疾病的层面。

频繁、持续的情绪低落, 并非只来自精神与情感方面的挫败。当一个人饱受躯体疾病的痛苦时, 罹患抑郁症的风险也会增加。反之, 抑郁症也有可能使患者的疾病加重或者使其发展为慢性疾病。同时承受其他病痛的抑郁症患者, 无论是在治疗过程、治疗依从性还是预后方面, 都面临着重大的考验——抑郁症为临床疾病的治疗增加了困难。

数据支撑实践

实际上, 医学史上的里程碑事件在脱离文化背景的条件下会让人难以理解。当前贯穿医学史的还原论思潮, 在识别、定义疾病和指导特殊的、高度发展的疾病治疗中发挥着重要作用。

然而, 这可能会在评估和管理方面产生人为边界, 导致医生对患者的护理出现断层, 甚至变差。一种更现代的方法在更大范围的临床和实践的背景下重

新定义了患者。这种转变证实了跨学科方法的价值, 在这个方法中, 以患者而不是疾病为治疗核心。

这是一种更好地理解疾病机制的过渡方式, 同时便于更好地认识生理与心理健康的重叠部分。曾经的二元论认为这两个领域处于医学实践的相反两极, 但不否认二者的互相影响, 并且永远不能将二者完全分隔开。

基于对抑郁症与临床疾病之间的相互作用的关注, 这本《抑郁症与临床疾病: 哈佛医学院附属布莱根妇女医院诊疗指南》带读者进一步了解抑郁症这个熟悉又陌生的病痛。

作者阿瑟·J. 巴斯基博士与戴维·A. 希尔伯斯威格博士拥有超过20年临床经验, 主治抑郁症、焦虑症、物质滥用和精神分裂症, 就职于哈佛医学院附属布莱根妇女医院。布莱根妇女医院曾揽获4项诺贝尔奖, 医疗实力与科研实力都位居美国前列。编委会的70余名成员, 均就职于或曾经就职于这家医院。

除了对经验数据进行批判性提炼和总结, 本书还对这些数据进行了汇总、评估和分析。在为理解抑郁症提供了理论框架的同时, 作者讨论了抑郁症诊断和治疗的一般原则, 重点着墨于有不同种类的躯体疾病共病的抑郁症患者的治疗方案, 聚焦于特殊的躯体疾病患者群体, 使本书在理论知识与实践指导方面都具有一定的参考价值。

《抑郁症与临床疾病: 哈佛医学院附属布莱根妇女医院诊疗指南》集中讨论了抑郁症与临床疾病之间普遍存在的重要相互作用。而临床、家庭、社会、经济等因素都对这种相互作用有不可忽视的影响。

除了介绍抑郁症与临床疾病共病的核心概念与背景, 本书从流行病学研究、病理学研究、自然病程、治疗方案等方面, 围绕神经系统疾病、癌症、心血管疾病、妇科疾病、风湿免疫疾病、传染性疾病、皮肤病、胃肠道疾病、内分泌疾病、慢性肾脏疾病、肝病、慢性疼痛、睡眠障碍、物质使用障碍等临床疾病的患者与围产期女性、营养不良人群如何治疗抑郁症展开了具体讨论。

最后, 它专门讨论了如何对特殊

情况下的共病抑郁症患者进行护理, 体现了医疗人文关怀。从专业度与实践性两个角度看, 本书在抑郁症等精神疾病与临床疾病的专业领域都具有参考价值。

历史漫长且多样

对抑郁的描述可以追溯到两千多年前, 且与现在具有惊人的一致性。杰克逊叙述了过去多种多样的抑郁术语, 包括感觉低落、不开心、沮丧、泄气、失望、灰心、忧郁、悲伤、绝望。在杰克逊看来, 抑郁深埋在人的心中。

“忧郁”这个词可以追溯到希腊和罗马时期的体液学说, 那时希波克拉底提出“忧郁气质”与“黑胆汁”的过度产生有关。这种对抑郁的身心相互作用的早期观察渗透在我们对于抑郁的概念化之中。

19世纪80年代, 埃米尔·克雷珀林将“躁狂抑郁性精神病”解释为一类新的疾病, 不同于早发性痴呆和布洛伊勒精神分裂症, 并指出这些都是同一病谱的一部分。“对基础疾病进行分类基于对临床经验中个体的疾病状态进行整合, 两类间不仅没有清楚的界限, 它们在同一个病例中甚至可以相互替换。”

20世纪中期, 卡尔·伦哈德在克雷珀林观点的基础上, 提出了单相抑郁症和双相抑郁症的概念, 即纯粹的精神病性忧郁症和纯粹的抑郁症。他明确了5种“纯粹忧郁”的亚型, 包括激越、疑病、自残、多疑和冷漠, 再次阐述了抑郁障碍的不同表型。伦哈德还认为基因遗传因素是该类障碍的病因。

现今肯德勒等提出抑郁是“典型的多因素疾病”, 受多种因素影响, 包括易感基因、不良家庭环境、儿童期性虐待、父母早逝、个性敏感、早发性焦虑和行为障碍、创伤事件和重大负性事件、低社会支持、药物滥用、早期抑郁病史、低自尊和近期压力性生活事件。

帕克提出, “在抑郁症中, 神经生物学过程产生强制性抑郁情绪成分, 或可以经由具有焦虑、易怒、敌对、疲乏等特征的其他维度表现的神经生物学过程, 部分定义为情绪状态参数。”与抑郁症的单一范式截然不同, 其强调可以通过

神经影像学定义其亚型, 并最终制定出更为具体的治疗方案。

尽管抑郁症因果关系理论采用了更为综合的神经生物学模型, 但在抑郁症治疗发展史中仍然充满了争议。在精神分析时代, 指导范式是弗洛伊德的《丧亲和忧郁》, 强调悲痛和丧亲时情感状态的缺失, 此刻的情感世界变得“贫乏而空洞”, 这不同于忧郁(抑郁)的自我缺失和无价值感。悲痛是患者对于失去了爱人的反应, 而忧郁更多聚焦在自身的不足。

抑郁症诊断面临的挑战

《精神障碍诊断与统计手册》(第五版)中列出了目前对于抑郁障碍诊断的分类, 目的在于“从严重性和长期性两个维度对抑郁障碍进行分类, 从而发现它的异质性”。从历史的角度来看, 医学的发展建立在客观可重复的实验以及对生理和异常解剖的测量上。

然而, 精神病学的诊断仍然依赖于对现象的描述和临床的判断。患者或者医务人员可以识别出情绪变化或生理症状, 如疲劳、精神运动迟滞、厌食和失眠, 但这类疾病诊断的特异性存在许多挑战。与其他医学领域不同, 目前并没有生物学标志物或者影像学发现能用于明确诊断或排除抑郁障碍。

医务人员常借助筛查工具, 随时间的推移诊断和追踪抑郁症状。然而这些诊断工具并不能代替结构化的、经验丰富的临床评估。疾病本身的波动性也会影响精神疾病诊断的可靠性。

患者的临床表现可能因为生物学和环境因素在很短的时间里发生改变。如果没有明确的生物学标志物或者其他的客观指标, 临床医生很难去区分“正常”和病理性烦躁。在这个背景下, 从分类到精神疾病结构谱的维度出现了方法的转变。

作者希望这本书能对相关临床疾病和精神科医生有所启发, 帮助他们在临床疾病的诊疗过程中, 及早确认患者的抑郁症状, 也为专业领域的专家、医生、学者提供交流的机会。抑郁症与临床疾病联合治疗, 有望减轻患者的心理和躯体痛苦, 并显著改善预后。在对抑郁患者的理解和护理方面, 人类已进入一个充满希望的时代。