

译：任铃

题词

这本书献给每一个接触到双相障碍的人。无论是你，或是你所关爱的人，患有双相障碍，你们的信心和勇气对我们都将是极大的激励。我们将此书献给你们，并衷心祝愿你们身体健康。特别感谢 Chris、Court、Lauren、Sam 这些孩子们，是你们激励我们创办了这个组织。

这本书意在提供有关双相障碍的有用信息。该书不用于，也不应该用于，任何医疗方面的诊断或治疗。关于任何医疗问题的诊断或者治疗，你都必须咨询你自己的医生。出版商和作者不对任何因误解或误用该书提供的信息或建议而导致的不良生理或心理健康问题负责。本书提供的参考内容仅供资料用途，并不构成该书任何贡献者或国际双相基金会对任何网站或其他资源的认可。

致谢

国际双相基金会（International Bipolar Foundation）由 4 位双相障碍儿童的妈妈建立于 2006 年。她们希望能够给他们的孩子和其他患有双相障碍的孩子一个更美好的未来，因而该组织致力于寻求双相障碍的治疗。

关于这本手册，我们荣幸地获得了许多双相障碍领域的专家、接触疾病第一手资料的执业医生的大力支持和投入。他们因为希望提供一本对于任何接触这个疾病的人都有帮助的书这个共同的目标相聚在一起。我们尤其感谢国际双相基金会的四位创建者：Lynn Hart-Muto, Karen Sheffres, Muffy Walker, Lisa Selbst Weinreb, 她们对于她们孩子的爱对于孩子们拥有更美好未来的希望从没有减弱。国际双相基金会依靠她们不知疲倦的工作，展望和奉献得以创立。基金已获得 210,000 美元的研究经费，用于支持寻求双相障碍的治疗方法。

此外，我们还要感谢我们的科学顾问，名誉及消费者顾问委员会对于基金一如既往的支持。

最后，向所有通过鼓励、引导和关爱双相障碍患者来支持国际双相基金会的人表示衷心的感谢。

祝您健康，

基金委员会

Lynn Hart-Muto, Karen Sheffres, Muffy Walker, Lisa Selbst Weinreb

国际双相基金会由四名双相障碍孩子的家长建立，是非营利性组织，其宗旨是通过研究的进步来消除双相障碍；促进和加强护理及支持服务；并通过公众教育，抹掉相关的污名。

www.InternationalBipolarFoundation.org

我们自豪地向全球提供这些项目和服务：

科学研究

- **研究合作伙伴项目 (Research Partner Program):** 研究合作伙伴项目提供捐助者机会，亲自选择和赞助持有特定研究目的的科学家，他们附属的研究机构，或者是两者的组合。

护理及支持

- **好友项目 (Buddy Program):** 如果你新诊断为双相障碍并且需要帮助，或者你愿意向新诊断的患者或家庭伸出援手，这时为你准备了好友项目。这个项目将新成员和更有经验的成员/家庭进行匹配。
- **推广及推荐:** 如果你需要提供者的介绍或反馈意见，我们将给您发送来自我们支持者的评论。
- **大使项目:** 大使要跨越污名的障碍，帮助双相障碍患者（或其他精神疾病），并肩负公众教育及抹掉污名的使命。
- **国际博客**
- **奖项:** 希望奖 (HOPE Award) 授予通过公共努力改善护理，支持以及获得心理健康治疗和/或拥护抹除心理疾病的污名并逐渐灌输希望给家庭、社区和民族的个人或组织。创新奖 (IMAGINE Award) 授予超越疾病并能够想象一个没有障碍、污名和歧视的未来的双相障碍患者。获奖者通过分享他们的故事，灌输希望和鼓励，给其他人以力量。
- **纪念墙:** 在我们网站的纪念墙上留下希望或奉献的评论。

教育

- 图书：《双相障碍的健康生活》
- 美国女童子军心理健康意识修补
- 《我的支持》—电子通讯
- 高中作文大赛
- 演讲团
- 网络研讨会
- 每月讲座
- 直接说—反歧视运动
- Facebook, Twitter, Sharecare
- 教育视频和手册
- 会议

使用说明

这本书是为了帮助所有接触双相障碍的人。它包含了在日常生活中各个方面的有用信息，以及处理受这种疾病影响的特殊问题的方法。我们的目标是提供健康生活的视角和有益指南，同时认识双相障碍的污名和挑战。

活页夹模式使得你可以随时添加额外的信息，这样它就可以成为你独有的参考书。定期更新会在 www.InternationalBipolarFoundation.org 网站贴出，您可以免费下载和打印。

作者

Asheley Aleem，学士学位

Asheley Aleem，学士学位，2008年毕业于圣地亚哥州立大学，获得心理学学士学位。虽然是本科生，她主动请缨作为同行倡导者，在圣地亚哥儿童中心，为受到严重情感困扰的青年工作。她还作为以前寄养女性的住宅管理者、团体内过渡期和前寄养青年的个案处理者以及日常生活技能培训员，参与“圣地亚哥县独立生活”的工作。她目前正在圣地亚哥大学攻读临床心理健康咨询硕士学位。

2010年7月，Asheley在马萨诸塞州波士顿举行的美国心理健康咨询协会的全国会议上提出议案，针对心理变态的暴力罪犯进行筛查程序。自2010年1月启动以来，Asheley一直与圣地亚哥行为健康法庭大事记的治疗部门—Exodu Central Connections一起工作，给陷入刑事审判系统的严重精神病患者的提供个案管理和康复服务。

Russ Federman，博士学位，美国职业心理学委员会

Russ Federman博士，美国职业心理学委员会，是弗吉尼亚大学咨询和心理服务中心主任，大学精神病学和神经生物学系临床助理教授。他是注册的心理学家，美国职业心理学委员会认可的临床心理学专科医生，高校学生心理治疗杂志(Journal of College Student Psychotherapy)的编委。Federman博士为“Psychology Today”撰写博客“Bipolar You”，而且是2010年《Facing Bipolar Bipolar: The Young Adults Guide to Dealing with Bipolar Disorder》一书的合著者。他2011年发表在大学刊物（高校学生心理治疗杂志）的文章“双相障碍的治疗”(Treatment of Bipolar Disorder) 获得美国大学健康基金会，斯蒂芬·魏斯写作奖。

Karen Freeman，理科硕士，注册营养师，运动营养学认证专家

Karen Freeman是注册营养师和运动营养学认证专家，已经在学术，临床和个体实践设置领域工作三十年。她专长于各个年龄组的体重管理，饮食障碍和运动营养。除了她全职个体实践外，她是圣地亚哥电光（Chargers）足球队的运动营养师。她还曾为圣地亚哥教士队，圣地亚哥精神女子足球队，洛杉矶突击者，纽约巡游者冰球队及高中，大学和奥运会的运动员工作。

卡伦是美国加利福尼亚大学圣地亚哥分校家庭和预防医学系的临床导师，她教授医学生及运动医学研究员运动营养学

卡伦在纽约水牛城州立大学获得营养学本科学位，在哥伦比亚大学获得营养和公共卫生硕士学位，侧重运动生理学。她在旧金山加利福尼亚大学的硕士课题

研究儿童和青春期肥胖。

Rob Friedman，医学博士

Rob Friedman，医学博士，是委员会认证的儿童和青少年以及成人精神病专家。以优异的成绩毕业于杜克大学心理系后，1985年，Friedman博士通过纽约州项目，在以色列特拉维夫赛克勒医学院获得医学学位。他在纽约州大颈区长岛Jewish/Hillside医疗中心的综合精神病学完成住院医培训。1990年在加利福尼亚大学圣地亚哥分校医学中心的儿童及青少年精神病学完成专科医生阶段的学习。从那时起，Friedman博士一直在圣地亚哥的私人执业。他是PsyCare公司的创始合伙人，公司主席兼首席执行官，是行为医疗保健提供者团体，在圣地亚哥有七个办事处。Friedman博士是加利福尼亚大学圣地亚哥分校的精神病学系的精神病学助理临床教授，为培训儿童及青少年精神科医生提供临床训练的监督。Friedman博士是美国精神病学协会和美国儿童和青少年精神科医生科学院的成员。

Ellen Frundakis

Ellen Frundakis出生在北加州，在加利福尼亚州内华达县的丘陵地带长大。2004年，她共同创立了影响年轻成人（Impact Young Adults），这个非营利性组织，为患有精神疾病的年轻成年人提供社会活动和领导力发展。自那时以来，她一直担任联席主席的角色，帮助下一轮青年领袖建立组织。她曾是消费者咨询委员会成员，现为国际双相基金会的执行董事会工作。Ellen也是国际双相基金会著名的创新奖获得者。

2005年，艾伦在斯普林菲尔德学院获得人类服务学学士学位，以优异的成绩毕业，并获得学生人类学奖（Student Humanics award），该奖项代表该学位项目的治学根本。她目前正在圣地亚哥大学攻读非营利组织领导和管理硕士学位。

Reverend Susan Gregg-Schroeder

来自加州的Reverend Susan Gregg-Schroeder 2001创立了心理健康事工部，提供媒体及打印教育资源，帮助在信仰社区抹除精神疾病的歧视和污名。Susan的DVD集，精神疾病和家庭信仰：教会如何回应（Mental Illness and Families of Faith:How Congregations Can Respond），提供各种心理健康问题相关的8个节目。在英语和西班牙语双语网站www.MentalHealthMinistries.net还提供可下载的资源/学习指南和其他打印资源。Susan在她的书中分享她作为临床抑郁症患者的个人历程，*In the Shadow of God's Wings: Grace in the Midst of Depression*。Susan还为一些国际团体工作，包括NAMI FaithNet的咨询委员会，美国牧师顾问协会和Pathways to Promise董事会。

A. Tom Horvath, 博士学位，美国职业心理学委员会

Horvath博士是具有加州执业执照和美国职业心理学委员会认可的临床心理学专科医生，是圣地亚哥实践恢复，自我激励成瘾治疗系统的创始人和会长。他是世界上最大的成瘾心理学家组织—美国心理协会的成瘾心理学学会（50部）的前任会长。他是性，毒品，赌博和巧克力：克服成瘾工作簿的作者（*Sex, Drugs, Gambling & Chocolate: A Workbook for Overcoming Addictions*），该书被行为和认知治疗协会列为“优异自助图书”。他曾在SMART Recovery的17年历史中担任了15年的会长职务（一个国际性的，非营利，以科学为基础，自我激励成瘾支持团体）。

Christi Huff

2005年Christi Huff在大学期间，经历了饮食障碍以及与厌食症、贪食症和抑郁症的抗争后，被诊断为双相障碍II。Christi曾努力了解自己的疾病，并且通过社交媒体网站获得更多信息和支持去管理疾病。除了作为律师助理这个全职工作以外，她还是网站Ask A Bipolar和国际双相基金会每月博客的合作伙伴和作者。她的目标是用她的写作和支持来帮助其他人。Christi希望别人知道他们并不孤单，希望她的工作能够帮助打破歧视和污名。

Tom Jensen，医学博士

Jensen博士是圣地亚哥私人执业精神科医生。他专长于儿童，青少年和成人的综合及神经精神病的治疗，尤其受到双相障碍患者的认可。Jensen博士是国际双相基金会的医疗主任

Tom Jensen以优异成绩毕业于加利福尼亚大学圣地亚哥分校，获得化学学士学位。在加利福尼亚大学洛杉矶分校获得医学学位后，Jensen在加利福尼亚大学圣地亚哥分校完成住院医培训，然后在斯坦福大学完成儿童精神病学专科医生培训。

在他的整个职业生涯中，Jensen博士曾是部门主席，撰写数篇医学文章，被新闻和广播采访，对超过100个不同的组织进行演讲，曾是美国儿童和青少年精神病学学会圣地亚哥分会的会长，先后担任助理和副教授，并获得多个奖项，包括美国精神病学协会（APA）杰出学者和APA总统特殊贡献奖。

Wendy McNeill

Wendy McNeill是洛杉矶人，就学于加利福尼亚大学圣地亚哥分校后搬至圣地亚哥，并于1995年毕业获得文学/写作学士学位。自那时起，她的专业 and 个人的追求就是成为一名教育工作者，作家和心理健康倡导者。目前，她是圣地亚哥梅萨学院写作中心的导师，她曾在那里对学生进行一对一的辅导超过十年。她在大学工作之前，McNeill女士曾是加利福尼亚大学圣地亚哥分校女性健康倡议临床科学研究中临床管理者的招聘人员和助理。后来，她曾在保诚做销售工作。在非营利性组织，国家精神疾病联盟（National Alliance on Mental Illness）通讯，McNeill女士作为倡议书（The Advocate）总编工作了四年。McNeill女士继续担任NAMI的In Our Own Voice public speaker的同行指导者，PERT的训练员（SDPD精神病紧急事故响应小组，the Psychiatric Emergency Response Team with the SDPD）。此外，McNeill女士曾在NAMI委员会工作四年，目前在美国心理健康委员会工作（Mental Health America）。McNeill女士一直在她的博客Wendy's Whirl'd中鼓励精神疾病患者。她曾在Our Stories上发表Things We Knew Now We Wish We Knew Then及双相障碍杂志上发表文章。

J. Anderson Thomson, Jr.,医学博士

Thomson博士是弗吉尼亚大学学生健康服务中咨询及心理学服务的经委员会认证的精神病学家，是弗吉尼亚州夏洛茨维尔的个体执业医生。他与Paul Andrews的关于抑郁症的革新观点刊登在2010年的纽约时报杂志。他是2010年《Facing Bipolar Bipolar: The Young Adults Guide to Dealing with Bipolar Disorder》一书的合著者，Why We Believe In Gods: A Concise Guide to the Science of Faith一书的作者（Pitchstone 出版社，2011年）。

Muffy Walker，护理学硕士，工商管理学硕士

Muffy Walker在宾夕法尼亚州的费城外出生和长大。她目前与她的丈夫John C. Reed和他们的三个儿子居住在兰乔圣菲约翰。1983年，Walker毕业于宾夕法尼亚大学，并获得精神病护理硕士学位。她在精神卫生领域工作超过18年，直到她在加利福尼亚尔湾大学获得了侧重市场营销的工商管理硕士学位。

Walker拥有几家营利性和非营利性的公司，并是国际双相基金会的创始人和主席（IBPF）。在得知她的小儿子患有双相障碍后，Walker参加了其他心理健康委员会，并最终创立了国际双相基金会。她曾参加过大量委员会，包括儿童医院，美国儿童军团，邻里救助，美国儿童救助。过去10年里，她一直致力于倡导关于精神疾病的公众教育。Walker的爱好包括旅游、踢踏舞、社区影院和泰式烹饪。

Lisa Weinreb，法学博士

Lisa Weinreb 是圣地亚哥县的一名副地区检察官，曾经担任了 19 年的公诉人。Weinreb 女士是西加利福尼亚法学院的兼职教授，任教审判实践、白领犯罪、文化和刑事审判系统、先进的刑事起诉。她也是加州地区检察官协会、国家审判辩护协会、国家地区检察官协会的指导员。Weinreb 女士在德克萨斯州大学奥斯汀分校获得学士学位，在西加利福尼亚法学院获得法学博士学位。

她是国际双相基金会的共同创始人和副主席。

什么是双相情感障碍？

By Lisa Selbst Weinreb, J.D. 译：陈凯元

双相情感障碍，以前也被称为躁狂抑郁证，是一种以异常情绪波动为要特征的精神疾病。而这种异常的情绪变动跟大部分人体验到的正常情绪波动不同，那些双相情感障碍患者通常有着异常剧烈的情绪变化，这样的情绪变化严重影响了他们生活中的各个方面，包括影响他们的工作、人际关系、学业等等，而且这些人常常伴有物质滥用和自杀的企图。然而，双相情感障碍是可以被治疗的。很多被诊断为双相情感障碍的人过着健康、积极向上的甚至是十分成功的生活。

跟据美国国家心理卫生研究所 (National Institute Of Mental Health, NIMH) 作出的统计，世界上大约有 270 万的双相情感障碍患者。然而，这一数字实际上是被低估了，因为这个统计并不包括儿童在内。双相情感障碍多发于青少年时期（青春期后期）或者是成年早期，还有一些人起病于童年时期。双相情感障碍常常被忽视或者被误诊。在得到正确的诊断和治疗之前，病人因此承受了许多不必要的痛苦。双相情感障碍通常是一种终生疾病，就像其他慢性疾病如糖尿病、心脏病一样，需要得到终生的干预和治疗。

双相情感障碍的症状

美国国家心理卫生研究所 NIMH 认为，“双相情感障碍患者经历了一些被称为“心境发作”的异常强烈情绪状态。” NIMH 对心境发作的描述可分为一种被称作躁狂发作的过度愉悦或兴奋的状态，以及被称作抑郁发作的极度悲伤或绝望的状态。有时，心境发作还可能表现为躁狂和抑郁同时出现，即所谓的混合发作。在心境发作期间，双相情感障碍患者可能表现出情感爆发和易激惹。

心境的改变

躁狂或躁狂发作的表现包括： ● 长时间的心境高涨或过度愉悦的心情 ● 极易激惹心境或激动	抑郁或抑郁发作的表现包括： ● 长时间的闷闷不乐感和空虚感 ● 对以前感趣的活动失去兴趣
--	--

行为的改变

躁狂或躁狂发作的表现包括：

- 容易转移注意
- 语速增快，思维跳跃快，主观感觉到思想在奔驰
- 目的指向活动增多，如患者总想承担新的工程（但往往虎头蛇尾）
- 睡眠需求减少
- 常常怀有不现实的，超过自己能力的念头
- 行为冲动，参加一些可能带来不良后果的图一时快乐的高危活动，比如无节制的狂欢或轻率的性行为

抑郁或抑郁发作的表现包括：

- 感到疲惫不堪或“思维变慢”
- 难以集中精神、感到记忆力下降，决定能力出问题
- 变得焦躁不安或容易发脾气
- 饮食睡眠或其他习惯发生改变
- 想到死或有自杀的观念，甚至有自杀企图*

National Institute of Mental health, www.nimh.nih.gov

**自杀观念可以在躁狂发作、抑郁发作或混合发作的状态下出现*

儿童和青少年双相情感障碍

By Rob Friedman, M.D. 译：陈凯元

假如你是家长，当你怀疑或被告知你的孩子可能患有双相情感障碍的时候，毫无疑问地，你可能已经处于思考这件事对你、你的孩子和你其他的家人的现在和未来意味着什么的过程中。当然，不是每个孩子出现情绪波动或发脾气就意味着他患有双相情感障碍。

儿童和青少年双相情感障碍问题是一容易令人迷惑的问题，甚至在医疗社区里，也可出现混淆。而作为父母的你可能对这个问题也感到十分的困惑，这是完全可以理解的。质疑和不相信通常是父母们的最初反应，这有时候会被赋予很好的理由。然而，从另外一面看，父母千万不要因为自己对这个疾病的不了解和恐慌而耽误了寻找正确对待这个疾病的方式。本书的其他章节会涉及到很多有用的资料，我们很容易在本书（指南）的其他章节里得到这些指导信息，而通过少许的自我学习就能够给予你的孩子和家庭很大的帮助。在这一章里，我们将和你一起研究为什么对于儿童和青少年时期得双相情感障碍这个疾病会有如此多的误诊误判，帮助澄清一些造成迷惑的原因，并试着为你和你的家人提供一些必要的指导。在这些正确指导的帮助下，你将会为你的孩子和家庭找到最恰当的干预和治疗措施。而当你得到这些正确的指导和治疗措施之后，你将会为你的孩子提供一个过上幸福美满、健康、成功的生活的最好机会。

双相情感障碍是一种大脑的疾病

我们很难用跟思考身体的其他器官（如心脏、皮肤、胰脏、肺脏）一样的思考方式，来理解我们的大脑。当某种疾病导致某个器官失常时，这个器官往往会表现出某种阳性（器质性）改变的痕迹。假如某人得了高血压，他的亲人和朋友不会建议他仅仅用他的思想去控制血压；假如某人得了皮肤癌，没有人指望他能够通过意志来祛除病魔；假如某人得了糖尿病，我们不认为他通过脑袋就能够指挥胰腺以调节血糖水平；假如某人得了肺炎，没人指望他用思维就能吹走致病的病毒或细菌。当然，我们总有控制问题的办法。对于高血压，我们能够通过减少食盐的摄入来控制；对于糖尿病，我们通过控制饮食、锻炼、低糖

摄入来调整血糖；当某人遭受癌症或传染病折磨时，则可通过充足的休息来提高自身免疫力以加强痊愈。

当有人得了大脑疾病，结其果常常是：难以去衡量一个人思维、情感和行为的变化，而不像测量血压、血糖那样的简单。就像上面举到的例子一样，这样的变化常常不是人自己就能控制得了的。然而，我们通常认为，我们有能力通过训练来控制自己的思想、感情和行为。而当我们不能自控的时候，我们要为我们的失常行为负责。在大脑机能正常的时候，这样的观点是合理的。但是，当大脑处于某种疾病状态时，会出现一些改变，比如疾病会引起化学层面的、细胞层面的和结构层面的紊乱，而这些改变至今仍然难以被观测和衡量。正是因为这些改变很难被观测和衡量，人们历来都难以相信这些变化是真实存在的。而我们认为自己必定能够控制自己的思想、情感和行为的习惯性观念，加上我们对大脑已经出现某些病理改变的病人缺乏客观的观测证据的时候，就可能使得我们对大脑或精神出现问题的人有这样的偏见：从某种程度上，他们应该能够通过自我控制来纠正那些正在折磨他们的病态想法、情感和行为。这种错误的观念在我们害怕变得不能够控制自己的思维、情感和行为的时候变得更加根深蒂固，而忽略了首先要区分开正常大脑和功能失常大脑的正确观念。

在过去的二十年里，科技的进步和大脑成像技术的发展为精神疾病患者大脑微观变化的观察，测量和研究提供了新的方法和途径。虽然这些科学技术已用于大脑疾病的研究，但在大多数情况下，这些技术尚未能够运用于患有某种形式的精神障碍或脑部疾病的个体的评估，诊断和治疗。

经过多年的研究，虽然我们依旧对大脑的功能认识甚少，但我们对某些大脑疾病如双相情感障碍有了一些了解。我们知道像双相情感障碍这样的疾病，通常有着一些遗传决定性因素，患者常常遗传了上代的 DNA，这些遗传基因能调控大脑细胞生产和释放某些化学物质，从而影响大脑的正常运作。这种影响可以改变一个人的思维、感情和行为，并根据大脑的受影响的区域不同，可能有不同的结果。而有许多化学物质参与了这一过程，其中有一些化学物质我们把它们称作“神经递质”。一些众所周知的神经递质包括血清素（5羟色胺，5HT）、多巴胺、乙酰胆碱、去甲肾上腺素。无论是完全由基因所导致的，还是基因和环境的相互作用，结果都是：大脑的结构和化学递质的改变可以改变我们的思维、感情和行为。

当这些思维、感情和行为被确认为是异常的时候，我们把它们成为“症状”。当一系列的症狀对个人的社会功能起到消极作用，即症狀影响他的生活的时候，我们把这种情况称作“疾病”。以前，在我们没有将这些异常的思维、情感和行为症狀与大脑的生理结构联系起来之前，我们认为精神障碍是“心因性”的，并趋向于把它们理解成纯粹的“心理上的障碍”。但是，假如我们开始认为这些精神障碍是“大脑的疾病”或“脑部疾病”的话，那么，许多困惑和错误都会因此而消除。

基因与环境的影响

双相情感障碍被认为是一种脑部的遗传性疾病，可以出现难以自控的思维、情感以及行为的改变。根据美国儿童和青少年精神病协会的同卵双胞胎的研究表明，如果一个双胞胎患有双相情感障碍，那么另外一个同胞发病的可能为百分之七十。如果这孩子有父母或者兄弟姐妹患有双相情感障碍，那么这个孩子得双相障碍的风险会比正常人群相高出四到六倍。虽然大部分这样的孩子在实际中并没有发病。适当的营养、锻炼、充足的睡眠、避免过度紧张的生活、避免外伤、避免使用对大脑有害的物质如毒品和酒精等，对帮助延缓发病年龄或降低那些有潜在的双相情感障碍发病风险的人的发病率可能有一定的预防作用。

对于人们是否应该对他们说做出的行为负责任这一争论一直都没停息过。但是，假如我们能够理解儿童和青少年的错乱的行为是由于大脑生病所引起，而不是他们自己本意所指使的话，将能帮助他们的父母、老师、朋友和医生理解患者，并促使他们对患者保持一种同情和关怀的心态，这样就可以使患者的挫折感、恼怒感和被遗弃感降低到最小程度。因为这些负面情绪（挫折感、恼怒感和被遗弃感等）最终可能变成一种外界刺激因素，消极地影响这些患有双相情感障碍的孩子，从而对他们的预后和家庭产生不良的后果。这就需要我们付出更多的耐心和自我控制来维持这种同情和关怀，尤其是要使他们学会自我保健和给予他们支持。重要的一点是我们必须知道：也许要我们达到和保持这样的一个心平气和的关爱状态虽然并不容易，但是在养育这些双相障碍的孩子以及与他们之间相互交流的时候，这样的一种姿态有助于让我们认识到这是一个可通过努力而达到的目标。

儿童和青少年双相情感障碍的诊断

对于任何形式的疾病,如何去理解这个疾病,如何治疗,如何得知这个疾病的预后,往往取决于一个正确的诊断。而诊断问题则是儿童和青少年双相情感障碍问题里最大困惑。三十年前,儿童和青少年双相障碍是很被诊断出来的。而在过去的十年里,双相情感障碍的诊断在青少年儿童中已经有了四十倍的增长。目前,有百分之一或大约一百万儿童和青少年在美国被诊断为双相情感障碍(Bipolar Disorders: A Guide to Helping Children and Adolescents by Mitzi Walt)。一些争议认为,是否这些统计数据反映了当今更能识别出这个实际上一直存在的疾病,或者是这个疾病患病率增加了,亦或者是当今过度定义了儿童和青少年双相情感障碍的诊断标准,或者是前面三种情况的组合。

无论如何,对于父母来说,很难接受他们的孩子的异常情绪或行为是由严重的精神疾病所引起的。作为父母,我们希望我们的孩子是“正常”的,无论医生的诊断是什么,我们都不愿意接受或承认自己的孩子有超过“正常”标准的异常行为表现。(而当这一诊断成为事实的时候,)突然间,我们觉得我们寄托在孩子身上的希望和梦想受到了威胁。更糟糕的是,和世界上大部分的医学科学研究一样,我们发现,我们了解的越多,我们就越意识到我们的无知。此时,找一个资深的临床医生来评估你的孩子则显得十分重要。

过去,双相情感障碍被称作“躁狂抑郁”或“躁郁症”,这些术语表达的是同一个意思。而现在习惯把这个疾病称为“双相情感障碍”。双相情感障碍的症状分为“躁狂发作”或称“躁狂状态”以及“抑郁发作”或称“抑郁状态”。这些发作可以是轻度、中等或是严重的发作。当发作十分严重时,可能伴有感知觉障碍,或者某些精神病性症状,例如妄想和幻觉。而在对患者做出诊断的时候,通常把这个疾病分为以下几种类型:假如患者在某段时间里,表现出躁狂状态,而在另外一段时间表现为抑郁状态,且患者也可在一段时间里表现为心境的正常,即恢复到平和的心境状态,这种模式的患者我们把他诊断为“双相情感障碍 I 型”;假如患者的躁狂发作比较轻微,即患者表现为“轻躁狂”发作,患者的这种轻躁狂发作没有达到前面提到“躁狂发作”的诊断标准,这时我们就诊断患者为“双相情感障碍 II 型”;而当患者仅有轻微的抑郁发作并可转为轻躁狂发作的时候,我们称这种情况为“环性心境障碍”;当有某人可能具有双相障碍的一些症状,但是他的症状并不符合

上述亚型标准的时候，则诊断为“未加指明的双相障碍”。

更加令人容易混淆的是，有时患者心境要维持数周或数月才开始转变，而在某些情况下，心境的转变却非常频繁，即所谓的“快速循环型”双相情感障碍。当患者心情转变非常迅速，如在许多天里心情每天变化多次，则称作“极其快速循环型”双相情感障碍。而假如一个人的躁狂和抑郁状态在一个时期内同时重叠出现，则称作双相障碍的“混合发作”。

儿童双相障碍到成年双相障碍的症状变化似乎有一个变化发展的轨迹，可能是双相障碍患者表现变化迅速多样的基础。在儿童早期，混合状态和超快速循环症状似乎更多见；当孩子长大一些的时候，则快速循环型更为多见；当年龄达到童年晚期或青春期早期时，则多以混合发作与典型的躁狂发作交互变换，或抑郁发作伴轻躁狂，或是躁狂发作和正常心境互相变换的形式出现，这样的形式更接近于成年人双相障碍。

让我们来仔细看看躁狂发作和抑郁发作有哪些主要表现

躁狂状态或躁狂发作的主要症状包括：

- 高涨的、扩大的过度愉悦心境；过度天真或易激惹心境
- 睡眠需求减少
- 思维奔逸
- 语速增快
- 自我评价过高或“自以为是、沾沾自喜”
- 过度参加一些图一时快乐的危险活动
- 生理和心理活动增多、精力旺盛
- 性欲增强
- 注意不容易集中，容易转移到无关要紧的外界刺激上去

抑郁状态或抑郁发作的症状包括：

- 经常感到悲伤，显得泪眼汪汪，经常哭泣或持续性的易激惹（易发脾气）
- 对于平日所喜好的事或事物的兴趣降低，或者是不能从中体验到快感
- 感觉到生活没意思、无助或者没有希望，有无价值感或不恰当的罪恶感
- 精力减退
- 社会孤立和退缩

- 感觉敏感（多愁善感），有被抛弃感或失败感
- 自信下降，消极易怒或敌对
- 注意力下降
- 学习成绩下降
- 饮食习惯改变。并可能伴有体重减轻或增加
- 睡眠习惯改变，可能伴有失眠或睡眠过多、头痛、胃痛或其他躯体症状
- 想到死或有自杀观念

为了能更加准确的诊断儿童和青少年双相障碍，我们必须仔细考虑以上所涉及到的所有症状，并且要结合实际充分考虑这些症状的严重程度、持续时间和发作频次。否能够区分出当前以及过去经历的某种心境或行为与正常孩子的行为是很重要的。药物或药物的副作用可引起类似躁狂发作的症状，这点必须被考虑在内。其他的情感或精神障碍或者是毒品酒精滥用也可以出现类似的状况，或者这些状况可以和双相障碍同时出现。

注意缺陷多动障碍（ADHD）即儿童多动症，也有许多和儿童青少年双相障碍重叠的症状。易冲动、活动增多和注意力容易分散是儿童多动症的典型特征。这些特征常常会出现在双相障碍的亚症状中。易激惹性、敌对性以及挑衅行为经常在儿童多动症和双相障碍中见到。而心情高涨、自我夸大，睡眠需求减少、性欲增强或性行为增多等症状通常提示患者为双相情感障碍的可能性大，这些症状通常不会出现于儿童多动症。另外的一个区别是儿童多动症的症状如注意力不集中、活动过多和易冲动等会一直存在，而这些症状在双相情感障碍中只出现于心境发作的时候。然而，85%的儿童和青少年双相情感障碍似乎同时伴有多动症，所以这个区别似乎没多大帮助。

另外一个让人感觉棘手的问题是，药物和酒精的使用可能会干扰诊断。这种情况尤其出现在青少年。有时在药物和酒精的影响下，使用者可能会出现类似躁狂发作或抑郁发作的症状。而当一青少年正处于躁狂或抑郁发作中的时候，他们可能更具有去尝试和使用药物或酒精的倾向，这为青少年和年轻成年人双相情感障碍的准确诊断制造了许多难度。但是，有一点非常明确的是，必须禁止双相情感障碍患者使用任何形式的毒品和酒精饮料。因为这不仅关系到可能会干扰诊断的问题，而且还会给患者已经受损的大脑“火上加油”，

导致症状加重。而焦虑症、抑郁症、精神分裂症、孤独症、创伤后应激障碍以及儿童多动症等疾病都有可能出现和双相障碍相似的症状或者与之共病。

一个全面而完整的诊断评估包括体格检查、测量血压、药物筛选、全面的病史和用药史、贯穿患者整个生活史行为方式和社会功能状态等。特别要注意到的还有如患者的情绪波动情况,行为表现、情感、睡眠、饮食、精力和活动水平,这些是得到一个适当和准确的诊断所必不可少的。而跟患病孩子及其父母、亲戚、老师的交流也是十分有必要的。

如果以上的几个方面都得到了考虑的话,双相障碍在儿童和青少年的诊断就不会有争议了。正如上面提到的,在过去的十年里,对于儿童双相障碍的诊断有了一个急剧的增加。一些家长不同意自己的孩子诊断为双相障碍而另外的父母可能会要求对孩子做这样的诊断,以便来解释孩子异常行为,这种情况可能更多的被归咎于行为问题和教养方式问题,而不是双相障碍疾病的问题。另外,还有一些孩子可能因为有严重的脾气爆发以及其他破坏性的行为,但这些行为无法给予其他的诊断,而被诊断为双相障碍,这样保证了及时的干预。研究人员最近开始调查这些可能会被诊断为双相障碍但缺乏明确的躁狂和抑郁发作的孩子。研究指出这部分孩子可能叠加了极快速循环型或快速循环型双相障碍。有些孩子表现出持久而连续的易激惹和较低的挫折承受能力,这些表现出与他们年龄不相符的频繁而严重的情绪爆发,还可同时伴有其他症状:悲伤、焦虑、注意力分散、思维奔逸、失眠和激越。这些孩子可能与经典的儿童双相情感障碍的发展轨迹不同。当他们长大成人,他们可能会发展为抑郁症或焦虑障碍而不是双相情感障碍。也许,一个称做“破坏性情绪失调症”的新诊断可能即将出台,以区分和描述这些孩子。抛开这些诊断标签,这些出现症状的孩子,以及他们的父母、兄弟姐妹和周围他人,都是痛苦的。更好地去理解这些孩子,以及采取有效的干预和治疗方法,来改善他们的症状,显然是十分必要的。

总之,不是所有“情绪波动”的孩子都是双相情感障碍,尽管存在很大的挑战,由一个合格和称职的临床医生进行彻底的评估则可帮助澄清这些情绪波动问题,并能促进建立正确的评价或诊断。这将使病人得到适当的干预和治疗。如果事实证明你的孩子被诊断出患有双相情感障碍,确保你的孩子得到正确和有效的治疗是非常重要的。未经处理或处理方式不对则会导致不良后果。而有效的治疗方法,可以改善或控制双相情感障碍的症状,能让你的孩子有机会拥有一个完整、富有成效的和成功的人生。

儿童和青少年双相情感障碍的过程和结果

对儿童和青少年双相情感障碍研究和进展一直在不断的更新，在 2005 年, 研究表明, 40%-100%的有过躁狂发作的儿童和青少年通常会在一到两年内恢复。然而，根据美国青少年儿童精神病学学会杂志提到，那些没有恢复的孩子中有 60%-70%将会在 10-12 个月内再次复发(Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 44, Issue9, Pages 846-871). 此外, 这些年轻人中有许多人除了反复发作以外，还会经常有频繁的情绪波动, 通常表现为抑郁和混合发作。这些孩子通常预后差，原因包括发病年龄早，疾病病程长，混合发作，快速循环，伴有精神病性症状，没有得到治疗或药物治疗不恰当。约 20 - 25%的未加指明型双相障碍或双相障碍 II 型患者可能在他们进入成年以后会进展为双相障碍 I 型，在发展期间，许多这部分年轻人经历了介于正常心境和异常发作之间的，未达到典型病态发作的“亚型综合征”状态。对于青少年儿童双相障碍，有 30%的情况下，典型躁狂和抑郁发作一年中只发生一次或者少于一年一次。有 50%的情况下，心境转换次数超过 5 次/年。几乎 40%的情况下，心情抑郁和躁狂之间转换会发生超过 10 次/年，而 24%的情况，这样的转换可达到 20 多次/年。（“Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents with Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study, American Journal of Psychiatry, Volume 166, Pages 795-804).

典型的儿童和青少年双相情感障碍具有躁狂和抑郁之间的转换，这很好被辨识出，而在这些发作当中，抑郁症状，混合症状，以及快速变化的心境是很常见的。而父母和医生面临的挑战是怎样去区分开正常孩子的喜怒变化和异常孩子需得到医治的异常症状。虽然区分它们很不容易，但这是一个十分重要的任务，每年有许多未经治疗的双相情感障碍儿童和青少年错过治疗，使得有效的治疗将变得更加困难，全面康复变得更加难以实现。不及时治疗，许多患有双相情感障碍的孩子长大后可能发展为成人双相情感障碍。不及时治疗，这种疾病将严重影响孩子在学校的运作、工作的能力、人际关系以及个人的身体健康和寿命，并对家庭、其他亲人和朋友造成严重的破坏。经常可以见到，许多患有双相情感障碍的人最终以坐牢为结局。双相情感障碍患者可因其高危行为而英年早逝，如药品酒精滥用、意外事故

风险增加、自杀或药物并发症引发的身体健康下降等。四分之一的双相情感障碍患者会尝试自杀,有时会造成身体严重受损,而十分之一的患者会自杀成功。

儿童和青少年双相情感障碍的治疗

包括孩子和父母以及其他家庭成员在内的各种形式的心理治疗,或者“谈话”治疗,是重要而有价值的。确保患者的每个家庭成员都能接受到关于双相情感障碍的一些教育,并确保他们能保持跟上当前世界对这个疾病的各类最新认识。对患者的父母和亲人进行咨询和指导也是十分必要的。必须记住的是,尽管表面上看起来患病孩子的行为似乎已经得到控制,但是,必须明确,他的行为可能更多地由疾病状态下的大脑疾病所掌控而还不能有自己完全控制。孩子可能已经对他自己的令人困扰和失望的行为感到内疚。而体验过愤怒、沮丧、失望和最接近与依赖的亲人朋友的拒绝等不良因素之后,会使患者的预后雪上加霜。因此,我们希望家庭成员能够设身处地的体会患者的这种处境,能和专业顾问或治疗师一起合作,帮助患者调节这些情绪,以促使他们能以一种积极和有用的方式生活下去。

药物治疗是父母们最不喜欢并常常反对的治疗方式,但是处方药物治疗确实是稳定患者情绪的主要方法。美国食品及药物管理局(Food and Drug Administration, FDA)批准用于双相儿童和青少年的药品有好几种,包括锂盐以及第二代抗精神病药(SGAs)如利培酮、阿立哌唑、喹硫平和奥氮平。然而,要记住的是,许多过去曾被用于治疗儿童疾病包括治疗儿童癌症的药物, FDA可能只批准此药物用于成年人,但不用于儿童。很多时候,我们试着把某些药物从成年人用到儿童和青少年身上。其中有某些药物,已经或者是曾经用于治疗儿童和青少年双相情感障碍,并取得了不同程度的成功。它们包括抗惊厥药物丙戊酸钠、卡马西平、奥卡西平、托吡酯、加巴喷丁、拉莫三嗪以及其他二代抗精神病药如齐拉西酮、氯氮平。这些药物是单独使用还是组合使用,要取决于每个人不同的自身情况。

抗抑郁药物的使用,如选择性五羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)类药物,包括百忧解、帕罗西汀、左洛复、西酞普兰,艾司西酞普兰,通常有助于治疗儿童和青少年的抑郁症状,然而,在试图治疗儿童和青少年双相障碍时,则存在着可造成严重后果的风险。这些药常常会导致诱发躁狂发作以及恶化情绪症状等不良后果。因此,如果必须使用这些药物的话,则需要十分小心和谨慎(详见药物治疗部分)

因为双相情感障碍与其他精神疾病如多动症或焦虑障碍有时会以共病的形式存在,因此组合用药治疗是很明确的。这样治疗起来有时就会显得很复杂,因为当试图治疗的这种共病状态的时候,其中一个疾病的症状可能会因此而加重。

每个药物或药物组合都是双刃剑,有其优缺点,正负面或者说是风险与收益。不同的药物或药物组合可以在不同的情况下使用。每个药物都可能会有一些作用在大脑其他区域或身体其他地方的效应,这将或多或少导致一些不必要的副作用。这些副作用可能导致短期,长期甚至是永久性的问题。然而,虽然有副作用的风险,但并不意味这药物对每一个人都会有副反应。应该牢牢记住,不使用药物治疗这个疾病的话,同样存在严重的风险。接受这些药物的相关教育,与儿童和青少年精神科专科医师讨论各种治疗和备选方案,是第一个步骤。如果药物处方已定,则定期到精神科随访,以监测病情症状、治疗反应和潜在的副作用,这样能把握住每一个机会,确保你的孩子能获得最佳的治疗。

知识就是力量

尽管可能看不太出来,因患双相情感障碍而有不稳定的情绪发作的青少年儿童通常会害怕失去控制的感觉。虽然充满了挑战,但是作为父母,在孩子面前应该行使自己最大的努力去保持一个成年人的角色。并保持冷静去应对一些令人心烦意乱的情况,对你的孩子的失控行为有要一个理性的思考方式,虽然,保持这样一个“冷静的”局面并不总是那么容易。但是,这样的姿态可能会让你的孩子和你的家人产生一个正面的影响。你的孩子依赖你并需要你的正确引导,直到他长大成人。因此,你必须寻找尽可能多的、可靠的、可用的资源来学习,做出最好的决策,以成就你孩子一个健康、安全的未来。

参考文献:

Hamrin, V. and DeSanto Iennaco, Psychopharmacology of Pediatric Bipolar Disorder, Expert Review of Neurotherapeutics;10 (7): 1053-1088 (2010).

Pavuluri, Mani N., Birmaher, Boris, Naylor, Michael W., Pediatric Bipolar Disorder:A Review of the Past 10 Years, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Volume 44, Issue 9, Pages 846-871, September, 2005.

Birmaher, Boris, MD, Axelson, David, MD, Goldstein, Benjamin, MD, Strober, Micael, Ph.D., et. al, Four-Year Longitudinal Course of Childhood and Adolescents with Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study, American Journal of Psychiatry, 166: 795-804 (2009).

Kowatch, MD, PhD, Monroe, CNS, Erin, Delgado, MD, Sergio, Not All Mood Swings Are Bipolar Disorder, Current Psychiatry, Vol. 10, No. 2, February, 2011.

www.nimh.nih.gov

www.aacap.org

双相情感障碍的药物治疗

By Tom Jensen M.D. 译：王珊珊

药物是寻求理解和有效治疗双相情感障碍的基石，但药物本身对治疗来说是不够的，如果患者经常出现情绪波动、躁狂、抑郁、混合状态或是严重的焦虑，那么治疗中其他元素的疗效就较难发挥了。

这一章并不是想做成处方指南，而是想描述药物治疗的基本原则，告知消费者每一种药物最相关的信息，我会在本章中使用药品的商品名，但也会在一张表格中提供药品的通用名，另外，我也会简单讨论下“美国食品药品监督管理局（FDA）”所许可的每种药物的适应症，原因是，FDA 所许可的剂量是基于制造商在特定情况下（比如急性躁狂或抑郁）应用基金进行研究所得来的疗效分析，而制造商寻求 FDA 许可更多意义上是一种商业行为，而不是医学行为，想要证实一项 FDA 认可的适应症会花费大量的资金，因此，只有新药有可能得到这样一笔资金来获得认证，而未得到 FDA 认证的适应症在某种程度上并不意味着这种药物对这种情况无效，而只是单纯地意味着生产该药品的公司没有做出相关研究来获得 FDA 对某一适应症的认可。有时，不含有这一适应症的药物和事实上包含这一适应症的药物是基本一样的。例如，斯瑞康 XR（Seroquel XR）被获准适用于治疗双相抑郁，此时我们假设斯瑞康不具有此项专利，那么其通用形式就可以被使用，制造商就可以制造斯瑞康的缓释剂，命名为“XR”，随后以资金资助实验研究以应用于双相抑郁，当手中握有这些研究成果后，斯瑞康 XR 就可以进入市场应用于双相抑郁的治疗，但斯瑞康作为同一种药物的速释剂，却不可以。

我会在本章中讨论每种药物常见的副作用，也就是说，这里并不会列出每种药物的每样副作用，我只会关注最常见最严重的那些，通常来说，这里所讨论的每一种药物都会引起恶心、呕吐、头痛、过敏反应、嗜睡或是失眠等副作用，以下就不重复列出了。

这里不能列出所有的药物间的相互作用，我建议消费者在加用新药时随时使用“药物相互作用”计算机程序，无论所加用的药物是另一种精神药物、非处方药或是一种抗生素。

网上有很多这样的程序，例如 www.drugs.com 网站所提供的程序就很方便使用，我强烈推荐，如果不方便使用电脑，所有的药物（处方药或非处方药）的使用请遵医嘱或咨询药剂师。

为了更好地理解双相情感障碍的药物治疗，我们首先必须理解疾病不同的情感状态或是“阶段”。许多年来，我向我的病人解释，如果我来给这一疾病命名我会把它叫做“四向情感障碍（Quatripolar Disorder）”，因为实际上患该病的病人会表现出四种不同的情感状态，我们最想花尽可能多的时间去研究的情感状态是稳定状态（euthymic mood），该词来源于拉丁文，翻译为“真实情感”或正常情感。一个稳定而持久的正常情感是我们所希望看到的，当我们在治疗过程中探索情感状态变化轨迹时，要重点观察患者有多长时间处于情感正常状态，而不是有多长时间处于变化的情感状态中。

首先，我们先来看看双相情感障碍的不同类别以及每一种情感状态的定义。现阶段，在 DSM IV 中将双相情感障碍分为四种类型，我会在下文具体阐述，但需要指出的是，这只是人为的将其区分开，而强有力的基因方面的证据证实该病具有自己的疾病谱。

双相障碍 I 型，以一次或多次躁狂发作为特征，抑郁或轻躁狂发作不属于此类，但也经常出现。

双相障碍 II 型，以无躁狂发作，但有轻躁狂发作或至少一次的重度抑郁发作为特征。轻躁狂本质上也是躁狂，它不引起严重的生活损害。但在实际生活中常常无法准确将两者区分开。

循环性情绪障碍（Cyclothymic Disorder）是指有轻躁狂病史，并伴以周期性发作的抑郁（未达到重度抑郁发作标准）。

待分类的双相障碍 Bipolar Not Otherwise Specified (NOS) 是一种不明确的分类，主要包括无法分类于以上类别的患者。

双相障碍 III 型并没有在诊断中使用，其主要包括只存在药物诱导躁狂（例如，抗抑郁药所致）的患者

如果一年内出现四次或更多情感障碍发作，那么可将其归为快速循环型。

躁狂发作定义为出现异常情绪升高、膨胀或是易激惹，持续至少一周，再加上以下三项或三项以上症状：

- 自尊或是自大的膨胀感
- 睡眠减少
- 讲话紧迫感
- 思维奔逸
- 注意力不集中
- 增加目标导向活动的参与
- 身体易动或“精神运动性激动”
- 过分参与娱乐活动，对于痛苦的结果阈值较高

如果情绪是易激惹状态，那么诊断需要符合其中四种症状而不仅仅是三种。

轻躁狂发作类似于躁狂，但较躁狂轻，而且不伴有实质性的生活损害。

重度抑郁发作是指持续两周或两周以上的低迷或易激惹状态，并伴随有以下五点或五点以上症状：

- 睡眠障碍
- 对日常活动失去兴趣
- 内疚或其他负面想法
- 失去活力，注意力无法集中
- 食欲减退
- 身体行动上变得缓慢，称作“精神运动性迟缓”
- 性欲减退

归为这一类型的患者其症状必须严重到损害了正常生活功能。

混合状态（Mixed State）被定义为一种同时具有躁狂和抑郁特征的混合情感状态。例如患者可能存在抑郁状态的低迷情绪，但这种情绪会被跳跃的思维和躁狂所产生的高兴奋性所放大。其他的躁狂和抑郁症状混合出现也存在，需要重点指出的是，这可能是患者所经历的最痛苦的精神障碍状态，通常处于这种混合状态的患者不会意识到是自己的问题，而会觉得周围的人或是自己所处的环境非常无法让人忍受，患者不安和易激惹的情绪非常明显，并通常会伴随着严重的自杀倾向。我认为在双相情感障碍的患者中存在自杀行为的，混合状态患者占有很高比例，有效地辨认这些混合状态对于预防本疾病最糟糕后果（自杀）

的发生非常重要。抗抑郁药有明显诱发或加重混合状态的倾向，一些临床医生认为这正是为什么患者加入抗抑郁实验后几天或几周后出现了自杀行为的最常见原因。官方的 DSM 标准要求本类患者同时满足躁狂和抑郁的诊断标准，这一标准制定得有些偏高，我认为事实上经常有一些患者存在轻度的混合状态（如抑郁伴有一些躁狂的症状或躁狂伴有一些抑郁的症状），这一状态常常不被医生或患者重视，不能有效识别这一状态会导致不正确的药物选择，从而加重混合状态。

通常情况下，患者最初以躁狂、抑郁或是混合状态为主要表现就诊，但也有一些患者在相对正常情感（稳态）时寻求治疗，我们可以通过排定治疗的优先顺序来指导用药，从而获取最优的治疗效果，急性躁狂患者需要立即进行治疗以将精神状态调整到正常范围，或至少到轻微躁狂状态，以防止患者做出过激行为。极度易激惹混合状态的患者需要立即镇静，防止其出现这一状态特征性的过分激怒行为或是自杀行为。抑郁患者需要积极治疗抑郁，但同时要注意防止抑郁药物诱发躁狂或混合状态。

就我的经验来说，大多数双相情感障碍患者的治疗可以被归为以下四阶段：

1. 迅速稳定躁狂或混合状态患者，防止危险或过激行为，以及这些行为所带来的的远期后果。
2. 使用可以阻止情感循环的药物，减少发病频率，而不是单纯快速抑制躁狂或混合状态的症状。
3. 如果经过第 1、2 阶段后仍存在抑郁症状，应积极治疗。
4. 注意其他伴随疾病（最常见的是焦虑和 ADHD）。

在讲述怎样进行这四阶段的治疗前，我们需要先注意下药物的分类、每类的代表药以及它们主要的适应症和副作用。不存在一个药物是“万能的”，所以我们只能不停地进行选择来平衡风险、益处、副作用以及对不同情感状态（躁狂、抑郁、混合状态）的治愈率。没有一个药物是没有副作用的，也没有药物不存在风险，但双相情感障碍患者如果不进行治疗将会做出过激甚至破坏性行为，因此不进行药物治疗是不明智的，而且会导致其预后不良。对于这种疾病来说，循环往复以及不能及时稳定情感都会加重疾病发展，看到那些本可治疗的病人却因为过分担心副作用或用药风险而不接受积极有效治疗，着实很让人痛心，结果其病情往往在几年内进行性加重。

另一个重要的原则是，除非安全条例规定，否则每次应该只加用一种药物，积极优化其疗效，并给其足够长的时间发挥药效，然后再考虑加用其他药物，这样做的原因很简单，如果机体被一次性给予多种药物，那么就很难区分是哪种药物起效或是哪种药物产生了某些副作用。

以下我们将讨论这几类药物：抗精神病情绪稳定剂、情绪稳定剂、治疗抑郁状态的药物、抗焦虑药以及 ADHD 药物。

我认为并不是越新的药疗效就越好，当一种新药取得了 FDA 认证之后，重要的是制造商能否成功推广该药，市场竞争机制已经足够成熟，多数制造商倾向于强调药物的治疗效果，而对于这一重要问题却避而不谈：FDA 认证并不要求其与现有药物进行对比，而只要求其与安慰剂(糖丸)对比。所以，新药是否比现有药物疗效更好并没有定论。另外，从药理学的发展史来看，当引入一种新药的时候，一般需要几年的时间，一些远期或是概率较低的副作用才会被发现，正因如此，我一般遵循的原则是优先使用现有的较成熟的药物，除非有非常强大的理由我会考虑对有需求的患者使用新药。

我一般会把抗精神病情绪稳定剂与其他情绪稳定剂区分开，因为它们的特性、优点和缺点都不尽相同。抗精神病情绪稳定剂是我们所说的治疗急性躁狂或混合状态的“go to”药物，尤其是当病情危重时，它的优点是起效快，可以使急性躁狂或是混合状态的患者在 24-72 小时内得到控制，但经常会伴随有一些副作用的产生，这样快速的效果是其它情绪稳定剂所不具备的。在抗精神病情绪稳定剂出现之前，急性躁狂患者往往需要住院治疗几周的时间，因为传统的情绪稳定剂起效很慢。另一个优点是针对存在幻觉、偏执或妄想（坚信一些事物在现实中存在，而事实上并不存在）的患者，或是其他无法正确区分现实与非现实的患者，抗精神病情绪稳定剂可以有效缓解这类精神症状。

不过，这些抗精神病情绪稳定剂也存在一些缺点，除了 Abilify 和 Saphris，这类药中的其他成员都有很明显的增加体重的趋势，甚至也会在 Abilify 和 Saphris 中出现。有时，这种体重的增加非常严重，会导致肥胖甚至是 II 型糖尿病，这一类中的很多药物都具有很强的镇静作用，其优点是可以让急性躁狂患者进入睡眠状态，从而阻止躁狂发作，其缺点是会出现日间镇静作用，这是我們不想看到的，另一个缺点是，对比于传统的情绪稳定剂，并没有证据显示抗精神病情绪稳定剂可以延长情感障碍循环出现的周期，因此其并

不会改善本病的远期病程，这一点尚在争议中，但就我 20 多年来治疗了上千双相情感障碍患者的经验来说，我倾向于认为抗精神病情绪稳定剂确实不具备这一重要特点。

抗精神病药的两个主要副作用是 EPS 和静坐不能 (Akathisia)。EPS 是指“锥体外系副作用 (Extrapyramidal Side Effects)”，锥体外系是指药物所作用以引起副作用的脑内解剖结构 (extra=外, pyramids=参与调节运动和肌张力的脑内纤维束/区域)，这种副作用主要表现为全身可逆性的肌肉僵直，在一定程度上会影响面部肌肉，出现类似于帕金森病的无表情或“面具脸”表现，如果影响到了颈部肌肉，将会出现无法转头现象，直到我们针对这一副作用进行治疗或是等待药物在体内代谢排出，有时，在儿童中更常见，可以累及到控制眼球运动的肌肉，将会出现双眼痉挛性向上 (动眼危象 oculogyric crisis)，这有时会被误认为是癫痫发作。这一副作用可以很容易地被抗胆碱类药物所控制，像 Benadryl 或是 Cogentin，医生应该在开具抗精神病药的医嘱的时候就准备好如果出现副作用应该怎么办。

另一个更为隐蔽，经常被忽视的副作用就是静坐不能，静坐不能是指坐立不安：可以表现为身体上不能静坐、经常烦躁或踱步，精神上不安、激动、极度不适或是突然爆发的愤怒，某种程度上主要表现为精神上的不安，有时会被误认为躁狂或是混合状态的加重，所以必须密切留意患者以区分这两种状态，虽然很难把它们说明白，如果有时我们弄不明白，我们会使用测试计量的药物来试着治疗静坐不能，我们之所以需要区分出这两种状态是因为，如果是轻躁狂或是混合状态加重，那么通常我们要增加抗精神病药的剂量，而如果是由副作用引起静坐不能，那么这么做就是非常错误的了。用于治疗静坐不能的药物主要是在 EPS 段落里提到的抗胆碱类的药物，以及叫做苯二氮类的抗焦虑药物，如 Ativan 或 Klonopin，另外，可以增加多巴胺释放的药物也可以使用，如金刚烷胺 (Amantadine)，但这些多巴胺类药物主要被用于慢性的静坐不能而不是突发的静坐不能。

最后，抗精神病情绪稳定剂存在两个虽然发生率低但很严重的用药危险，首先，会引起“迟发性运动障碍”或称作“TD”，TD 是指一种刻板重复的不自主运动，最常见累及口、唇、舌，但也可以在身体的其他部位出现，通常以不自主转舌为首发症状，有时舌头不自主地突然伸出口外，称为捕蝇舌征，撅嘴也是一个常见的症状，面部、颈部、肩部以及身体的其他部位都可能会出现类似的不自主运动，用药时临床医生要重点监控这一副作用，

尤其对于长期用药的患者。

另一个罕见但很严重的副作用叫做神经阻滞剂恶性综合征 (Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS), NMS 是一个威胁生命的医学急症, 主要表现为体温升高 (高于 40 摄氏度), 同时出现肌肉僵直, 这可能会产生一些热量导致高热, 虽然大多数时候高热是由于体温调控机制失调所导致的, 长期的肌肉收缩会导致肌肉细胞的崩解, 向血中释放叫做肌酶的蛋白质, 当达到足够量之后, 这些酶会或多或少地塞满肾脏的滤过系统, 从而导致肾衰, 患者经常感到困惑, 血压波动范围很大, 但不要因为这一个副作用就拒绝抗精神病药物的治疗, 这一副作用的发生率真的很低, 具体数据较难统计而且差异很大, 经常被引用的数字为经历抗精神病药物治疗患者的 0.2%, 也就是说, 这一数字包含了我们不经常使用的传统的抗精神病药物, 这些相对陈旧的药物对比我们本章将要讨论的药物要更易于引起 NMS。NMS 是一个严重的医学急症, 需要在最近的急诊室立即进行治疗。

那么是什么让一种药成为抗精神病药物呢? 答案既简单又复杂, 最早的关于脑内化学物质以及精神疾病的假说之一是“多巴胺假说”, 这一经过了时间考验的假说认为, 神经传递介质——多巴胺的过度活跃导致了精神症状, 抑制多巴胺的药物 (抗精神病药) 可以缓解精神病症状、激活多巴胺的药物 (可卡因和安非他命 cocaine and amphetamines) 会诱发精神病症状这一事实也支持了这一假说, 精神病症状常包含有幻觉 (幻视、幻听、幻嗅等)、妄想 (相信那些明明不存在的事情或想法存在, 例如 CIA 在自己脑内植入了一种监听设备)、思维被广播 (认为电视或是广播在播散自己的思维, 其他人可以窥视)、偏执 (思想死板, 广泛猜疑, 病态的自我援引性优势观念或妄想)。

随时间发展, 多种参与多巴胺相关信号传递的蛋白质受体被人们所发现, 其中之一就是 D2 受体, 在精神疾病的发展中有着重要作用。

抗精神病药抑制多巴胺受体, 从而抑制引起精神症状的过度活跃的多巴胺神经元, 目前已经不经常使用的传统的抗精神病药, 除了抑制多巴胺 D2 受体, 同时也抑制其他多巴胺受体, 而本章所要讨论的较新的药则能选择性地抑制 D2 受体, 正是由于这种选择性, 新药引起一些副作用 (比如 TD 和 NMS) 的几率就较低, 本章不做讨论的传统药物有以下几个代表: Haldol, Thorazine, Trilafon, Mellaril, and Prolixin。

BRAND NAME	GENERIC NAME	ANTIDEPRESSANT EFFECTS	SEDATION	ANTICHOLINERGIC EFFECTS	WEIGHT GAIN	AKATHISIA
ZYPREXA	OLANZAPINE	++	+++	+	++++	+
RISPERDAL	RISPERIDONE	+	+	+	++	++
GEODON	ZIPRASIDONE	+	++	++	++	+
SEROQUEL	QUITIAPINE	++	+++	+	++	+
ABILIFY	ARIPRAZOLE	++	+	+	0 to +	++++
SAPHRIS	ASENAPINE	UNKNOWN	++	+	0 to +	++
INVEGA	PALIPERIDONE	+	+	+	++	++
FANAPT	ILOPERIDONE	+	+	+	++	++
CLOZARIL	CLOZAPINE	++	+++	+++	+++	0 to +

本章将讨论的抗精神病药有时也被认为是“非典型的”抗精神病药或“D2 阻滞剂”。表格以加号多少的形式说明了每种药物在每一项效果上的作用程度，加号越多代表所列出的效果出现的几率就越大，以下我们将分别对表中所列药物进行简短的阐述，主要针对会影响我们选择用药的有关特性：镇静作用、引起 EPS 或静坐不能的几率，增加体重作用以及抗抑郁作用。

再普乐 Zyprexa 是我治疗急性躁狂或急性混合状态的首选药物。它具有很强的镇静作用，因此可以被用来使躁狂患者进入睡眠状态，这通常可以很快地控制躁狂，就我的经验来说，它引起 EPS 或静坐不能的几率较低，但它有明显的促进体重增加的倾向，并不是所有患者都有体重增加的表现，但那些有可能表现出这种副作用的患者通常称自己在治疗的最初几周体重就以惊人的速度增加。虽然它不具有治疗双相情感障碍的抑郁状态的 FDA 批准，但我的经验是，它可以有效治疗抑郁症或是混合状态的症状，成人再普乐的用量可以低至睡前 5 毫克，也可以 10 毫克一次，每天两次，或更高剂量。

利培酮 Risperdal 其镇静作用弱于再普乐，因此，对于那些分裂情感障碍的患者（满足双相情感障碍的诊断标准，而且在既不躁狂也不抑郁的时候也表现出精神病症状）或是对于双相情感障碍伴有精神症状的患者（这些患者在白天也需要一定剂量的抗精神病药，但又不想被镇静）来说是一个很好的选择，因为它较弱的镇静作用，通常我不把它作为急

性躁狂患者的首选用药，我更倾向于尽快让这类患者进入睡眠状态。利培酮比再普乐更容易引起 EPS 或静坐不能，因为它是一个更强大的多巴胺受体阻滞剂，利培酮可以促使体重增加，但以我的经验，对比再普乐其发生概率要小。利培酮没有获得治疗双相情感障碍的抑郁症状的 FDA 认证，在我对此药的经验看来对比再普乐、阿立哌唑、斯瑞康或是齐拉西酮其治疗抑郁状态的效果确实有限。

齐拉西酮 Geodon 其镇静作用强于利培酮但弱于再普乐，齐拉西酮诱发 EPS 或静坐不能的几率很低，它可以促使体重增加，但不如再普乐明显，它的镇静作用足以治疗急性躁狂，而其促使体重增加的作用又不是很明显，所以对于需要长期使用抗精神病药物进行治疗的患者来说是一个很好的选择，齐拉西酮没有治疗双相情感障碍的抑郁状态的 FDA 认证，但它对于抑郁的治疗与再普乐和斯瑞康有相似的疗效，值得注意的是，齐拉西酮可以减慢从心脏起搏器通过心脏的电脉冲的速度，如果某些情况存在，或者患者正在使用其他某些药物，这就会产生危险，在开始使用齐拉西酮时应首先进行心电图检查以确保其使用是安全的。

斯瑞康 Seroquel 其镇静作用与再普乐差不多，因此，对于急性躁狂的治疗也是很好的选择，诱发 EPS 或静坐不能的几率与再普乐相似的，它可以导致体重增加，就我的经验来说，其倾向处于再普乐和利培酮之间，新出的缓释型斯瑞康称为斯瑞康 XR，它得到了治疗双相情感障碍抑郁状态的 FDA 认证，即便如此，也并没有理由认为 XR 型药物治疗抑郁状态要比更便宜的普通型更好，XR 型在服药后约 3.5 小时血药浓度达到峰值，其峰值要比普通型的峰值低，普通型很快就被全部吸收，这可能是为什么需要白天使用的患者应选择缓释制剂的原因，因为较低的峰值浓度意味着较弱的日间镇静效果。然而，如果目标是治疗急性躁狂或想使患者进入睡觉状态，那么镇静效果更快的普通型斯瑞康才是更好、更便宜的选择。

阿立哌唑 Abilify 是对大多数患者都适用的一种抗精神病情绪稳定剂，镇静作用不是很突出，有趣的是，它低剂量的时候具有激活多巴胺受体的作用，而高剂量具有阻滞多巴胺受体的作用，这一特性使其在低剂量时表现出类似安非他明的激活作用，对于躁狂或是混合状态的患者这着实是个问题，以我的经验，它诱发 EPS 的概率是低的，类似再普乐，然而，它诱发静坐不能的概率要明显高于其他抗精神病情绪稳定剂。经常我会看到一些病

例，无法区分躁狂和静坐不能，于是阿立哌唑的剂量被用到很高，导致严重的躁动和不适，阿立哌唑导致体重增加的可能性是同类药品中最低的，因此可以作为需要长期使用抗精神病药而又担心体重问题患者的首选用药，即便如此，许多双相情感障碍专家的经验是，其稳定情感的效果不如其他非典型抗精神病药明显，阿立哌唑获得了治疗双相情感障碍抑郁状态的 FDA 认证，我的经验认为该药是同类药中在这方面效果最好的。我很少使用阿立哌唑治疗急性躁狂，因为它通常不足以让这类病人镇静从而进入睡眠，另外，像上面所提到的，该药低剂量会激活多巴胺受体，并有较高几率诱发静坐不能，因此当遇到无法清楚描述自己感觉的急性躁狂患者，想区分过度激活、静坐不能或是躁狂这几种状态是很困难的。

阿塞那平 Saphris 是 FDA 认证的可以治疗双相情感障碍中躁狂和混合状态的一个较新的抗精神病药，它是一个独特的分子，一个真正的新的抗精神病药，而其他新的抗精神病药只是在原有药物基础上有较小的改变，它太新了因此其治疗双相情感障碍的最终效果仍有待观察，早期的研究（仅与安慰剂进行对比），称其引发体重增加的几率和阿立哌唑差不多一样低，而引发静坐不能的几率要比阿立哌唑低得多，该药具有一定的镇静作用，所以如果睡前服用可以促进良好的睡眠，我目前仅在由于副作用导致不能使用阿立哌唑的情况下使用该药，因为我仍在观察该药的长期治疗效果以及对比其他现有药物的优缺点，Saphris 是舌下给药，因此吸收非常迅速，然而，味道是相当不好，这可能会影响患者的依从性，如果该药能证明真的像最初营销时声称的那样好，它将成为治疗双相情感障碍的一个重要的成员。

茵达 Invega 是近期获得认证的抗精神病药，拥有治疗精神分裂症和情感分裂性精神障碍的 FDA 认证，此药很新，因此其在情感分裂性精神障碍或双相情感障碍中的治疗作用仍有待探讨，该药结构上以及某些特性上都和利培酮很相似，而且和利培酮同出自一家公司，因为利培酮已经趋于大众化，对比利培酮它具备一个优点，它是一种缓释配方，因此对于那些需要全天候服用抗精神病药的患者，只需要较少的剂量，我目前不使用该药治疗急性躁狂，因为我并没有看到它对比现有药物的优势，并且我非常怀疑它是否能展示出对比售价更为低廉的利培酮其真正的优势。

伊潘立酮 Fanapt 也是近期获得认证的治疗精神分裂症的抗精神病药，其对双相情感障碍或情感分裂性精神障碍的疗效还有待观察，类似齐拉西酮，它会减慢起搏器电脉冲流

经心脏的传导速率，截至本书出版时，我认为，伊潘立酮只能在研究领域用于治疗双相情感障碍，等到有进一步的数据支持时才能用于真正临床应用。

鲁拉西酮 Lurasidone 是市场上最新的非典型抗精神病药，还在等待其治疗双相情感障碍的 FDA 认证，它太新了以至于我不知道怎样将它和其他抗精神病药进行对比，我对待它和对待其它最新药物一样：在其他已有方法无效时我才会选择使用它。

氯氮平 Clozaril 是第一个非典型抗精神病药、D2 受体阻滞剂。它有很强的镇静作用，而诱发 EPS 或静坐不能的几率很低，它可以导致体重增加，对于双相情感障碍的抑郁状态的治疗效果仍不是完全明确，它差不多是抗精神病药物的最后使用的手段，因为它有很多副作用，其中包含一个特别严重的副作用，其严重的副作用是抑制骨髓制造抗感染白细胞（中性粒细胞）的能力，这是一个在治疗开始时很常见的副作用，必需每周一次血液检验，即使是患者已经服用该药很长一段时间了，也需要每月进行血液检验。只有参加一个检验中性粒细胞计数的项目才能获得该药，致死对于该药来说并不是不常见的，就本章的目的，我想说的是，如果别的所有方法都失败了，再去跟你的医生讨论使用此药，但其它所有方法都失败以致我们不得不使用此药的情况是非常罕见的，另外，如果其它抗精神病药引发了 TD，那么可以考虑使用此药，但只针对特定的患者。

情绪稳定剂 Mood Stabilizers:

传统意义上的情绪稳定剂包括锂剂和一组用来治疗癫痫的药物，我们叫它抗惊厥药（anticonvulsants）。在同一个病人身上同时用多种情绪稳定剂并不少见，需要一次使用一种然后小心的调整药物，而不是一开始就用多种药物。下面的表格对这些药物进行了总结，然后逐个讨论，并以加号形式表示了每种药物对所列每项效果作用程度的大小。

BRAND NAME.	GENERIC NAME	SEDATION	ANTIDEPRESSANT PROPERTIES	KIDNEY ISSUES	THYROID ISSUES	LIVER ISSUES	BONE MARROW ISSUES
ESKALITH CR	LITHIUM SLOW RELEASE	+	++	++	++	0	0
DEPAKOTE	VALPROIC ACID	+	0	0	0	++	++
LAMICTAL	LAMOTRIGENE	0	+++	0	0	0 to +	0
NEURONTIN	GABAPENTIN	++	0	0	0	0	0
TEGRETOL	CARBAMAZEPINE	++	0++	0	0	+++	+++
TRILEPTAL	OXCARBAMAZEPINE	+	0	0	0	+	+
ZONEGRAN	ZONISAMIDE	+	++	0	0	+	0
KEPPRA	LEVITERACETAM	+	+++	0	0	+	0

锂剂是治疗双相情感障碍的第一个有效药物，它在一些对其他药物不敏感的病人身上仍然有效，数十年来，人们一直对它的作用机制有很大分歧，但目前的观点认为，它以源性神经营养因子（BDNF）、糖原合酶激酶 β 和磷脂肌醇转换的形式作用于“生物钟”的水平，不管它怎么作用，它在非快速交替的双相情感障碍上特别有效，但似乎在快速交替的人群中并没有那么有效。不幸的是，长期服用或短期服用锂剂都有一些风险和副作用，因此我们只在其他药物无效的情况下选择使用它。

长期服用锂剂的风险本质上源于它对甲状腺和肾脏的破坏。锂剂会不可逆的破坏甲状腺，甲状腺影响着身体的能量、情绪、新陈代谢和其他的一些生命基本功能。正常来说，它作用得相当缓慢，所以当人们服用锂剂时，血液化验将用来监测甲状腺的情况，当血液化验表明问题正在进展时，人们需要停药。在三个常规的血液化验中（TSH、T3和T4），TSH是这个警示系统中最先做出反应的，通常来说，在甲状腺自身分泌的激素（T3和T4）水平下降之前，TSH就将升高来让受损的甲状腺产生更多的激素。一般服用锂剂一个月后需要化验一次TSH，然后进行三个月一次的化验直到停药为止。医生们对于多长时间验一次T3和T4有不同的看法，但是在TSH保持正常的情况下至少要一年查一次。在药物作用下，甲状腺将完全受损（较轻的伤害常是可逆的），如果锂剂是对病人有效的唯一药物，那我们必须接受它的副作用，如果这样，病人常需要在有生之年一直服用甲状腺激素替代药物。

肾脏损害在应用锂剂的早期是个常见的副作用。这是因为很难获得可靠的血药水平和可靠的锂制剂，所以人们经常要承受会导致肾毒性的血药水平，应用现代的锂制剂以及高水平的血液化验检查以监测肾功能，过去常出现的肾脏损伤的副作用目前已经很罕见了。但在过量服用锂剂的病人身上还是会出现肾毒性，而且将出现非常严重的肾脏损伤。验血指标中首要的是血肌酐值，它能反应肾滤过率。

在应用锂剂的过程中，要同时确保血液中的药物要维持在一个有效剂量并且不会引起毒性作用的水平。大多数情况下，血液中的锂剂含量应维持在 0.8-1.2ng/dl 的范围内，虽然一些患者在较低剂量的水平上也会得到良好的治疗效果。

服用锂剂的很多患者抱怨的是那些更常见的在服药后短期就会出现的令人厌烦的副作用。在爱起痤疮的患者身上，锂剂将明显的加重痤疮症状。虽然正常情况下我们的手都或多或少有不同程度的颤抖，锂剂将加重这种抖动（通常是很轻微的，但有时相当严重），这种症状可以用普奈洛尔治疗，它会抑制体内引起抖动症状的肾上腺素受体。服用锂剂的患者会经常口渴，需要摄入很多的水分，所以他们经常出入厕所之类的地方，较少情况下，这将引起电解质（盐平衡）紊乱问题，所以医生还需要在每季度一次的肾功检查中注意电解质的检查。服用锂剂的儿童夜间可能会尿床。老年人或者已经出现肾损伤的病人，则需要将药物减量。

除了经过肾脏，锂剂经由汗液排出。在耐力型的运动员身上这是个问题，比如马拉松选手在训练中将流失大量汗液。病人服用正常剂量的锂剂后，如果开始进行耐力训练，药物将随着汗液排出，因此，从事耐力运动的病人需要调整药物剂量，但当他停止训练后药物剂量因为没有排出将在体内升高。

常规剂量的锂剂不会引起体重增加，除非病人口渴的时候饮用含有过多卡路里的饮料。口渴的时候应选择水作为饮品，不要用含卡路里的液体来缓解口渴。锂剂同噻嗪类的降压药也有相互作用。如果医生改变了患者噻嗪类药物的用量，那么病人体内锂剂的水平也将随之改变，可能引起不良反应。

锂剂在一些病人中，抗抑郁效果很明显，事实上正因为此它偶尔被用来治疗非双相型抑郁症。锂剂的一个很显著的特点是，在所有情绪稳定剂的数据统计中它有着最强的减少自杀行为的作用，还有一些数据表明当病人发病后短时间内即开始锂剂治疗的效果最好。

锂剂在一部分病人身上疗效显著，他们服用药物后几乎所有的症状都能缓解，这些病人在临床上有明显的特征，如以愉悦型躁狂为主而不是易怒型躁狂，没有其他比如酗酒或焦虑症这样其他疾病的患者们疗效也很好。近几年锂剂的使用在减少，很大程度上因为它明确的副作用以及医药公司的营销。但是每一位患有双相情感障碍的患者都应该在治疗过程中尝试服用锂剂来确定药物在他们身上是否有显著的效果。

双丙戊酸钠 Depakote 是一种抗惊厥药物，它同样是一种情绪稳定剂。抗惊厥类药物作为情绪稳定剂的作用机制尚未明确，虽然目前认为它们可能不是作用在感觉器官层面，也许他们通过“第二信使”作用于更基础的神经细胞，或者减慢神经元传导。此外，在许多抗惊厥类情绪稳定剂中发现它们在大脑的某些区域起到保护神经元避免它们过早死亡的作用，这样的“神经保护作用”主要在大脑的一个叫杏仁核的部位体现。神经保护作用在所有的抗惊厥类药物中都存在。

双丙戊酸钠至少在近 20 年来是治疗双相情感障碍的重要药物。它似乎在快速和非快速交替障碍中都有效。人们常常使用它的缓释剂型，但它的普通剂型也有效。通常情况下，所有的双丙戊酸钠缓释剂都在睡前服用，来避免白天的镇静作用。双丙戊酸钠没有肾脏毒性，但它在肝脏代谢，所以有时会出现肝损伤。同样的，它有时会造成骨髓破坏，将造成白细胞中对抗感染的中性粒细胞数下降。向锂剂一样，双丙戊酸钠的血药浓度很重要。实验室将治疗量的双丙戊酸钠血药浓度规定在 50 和 100ng/dl 之间，当浓度大于 100 时将视为有潜在毒性。我们在治疗众多的双相情感障碍患者时，有时会发现我们需要将血药浓度调至 100-120ng/dl。大多数患者可以很好的耐受这个剂量。如果医师要使病人达到这个水平的血药浓度，也许会造成没有经验的初级医师的惊慌。精神科医师需要了解这个问题。

双丙戊酸钠的副作用包括镇静和增加体重。体重增加可能成为我们停药的一个原因，如同我们之前探讨过的非典型的抗精神病药物一样。双丙戊酸钠也可以造成女性多囊卵巢病。双丙戊酸钠似乎很少用于治疗双相情感障碍中的抑郁期。

得理多（卡马西平）甚至比双丙戊酸钠应用的时间更早。它有个不好的特点“自身诱导”。这就是说当我们开始使用得理多时，它将使肝脏合成更多的酶来分解它自身。这个作用使我们需要在用药初期每 1-2 周调整一次药物剂量。在这期间，其他所服用的药物水平也将波动。像双丙戊酸钠一样，得理多也会损伤肝脏和骨髓。

确乐多（奥卡西平）跟卡马西平在化学成分上有些许的差异，它却没有自身诱导的特点。而且，肝脏及骨髓损伤的副作用较轻。这些特性使药物更加平和安全，所以我们用确乐多来取代得理多。有一些患者只对得理多有效，经验表明这些患者只是一小部分。

确乐多在快速和非快速情感交替中都有良好的效果。肝脏和骨髓损伤非常罕见，大多数医生不会对血细胞数目及肝脏功能进行随访。双相情感障碍患者的治疗剂量的确乐多的血药浓度尚未详细说明，我们知道癫痫患者的血药浓度应该在 10-30ng/dl 之间。在 1980 年代早起，欧洲就已经对确乐多治疗双相情感障碍进行了研究。一个中心应用每天 900mg 的确乐多，另一个用 1200mg。两个中心得到了相似的治疗效果，但是没有进行血药浓度的检查。话虽如此，医生在临床上却经常使用更高剂量的确乐多来确保血药浓度 in the 20s。因为没有研究提供依据，临床经验表明一些患有双相情感障碍的患者需要多于每天 1200mg 的剂量来保证药物有效。因此，对于该药物不敏感者，我的习惯是在推断药物无效之前监测血药浓度，加大药物剂量来获得血药浓度 in the 20s。

这章需要提到两个重要的药物间的作用。首先是确乐多和锂剂都会影响血液的电解质平衡（尤其是使血钠下降）。这将引起人体的相关症状，包括精神混乱。当同时服用两种药物时，低钠血症的发生概率将升高。所以，当两种药物联合使用时，要比单用锂剂更加频繁的监测电解质水平。第二，双丙戊酸钠将降低确乐多的血药浓度，所以当应用确乐多后联合使用双丙戊酸钠时，提高确乐多的药物剂量也不足为奇。

似乎确乐多只在双相情感障碍的抑郁期用处不大。确乐多对体重的影响比较小，所以有超重倾向的个体可以使用它来代替双丙戊酸钠。

利必通（拉莫三嗪）是一种有效的抗惊厥类情绪稳定剂。它在双相情感障碍中的抑郁期应用的非常广泛。这种药物在很多受慢性抑郁症困扰的双相情感障碍个体中有效。同时，利必通对于预防交替的双相情感障碍向躁狂症转换有效。除了下面探讨的一个重要的副作用，利必通似乎在大多数人身上都可良好的耐受。此外，在双相情感障碍患者中，在其他药物的基础上加用利必通可使病人觉得思维更清晰。

利必通首要的副作用是非常严重的皮肤反应，称为斯蒂文约翰逊综合征（Steven's Johnson Syndrome）。这种反应可能进展成为致命的皮疹，叫做毒性皮肤坏死。当这药物首次被认可时，当时的用量很大，在大概 1% 的成人患者中导致了这种副作用。近来，缓慢

的调整剂量成为了常规的用药方式，虽然数据统计很难得到，我们仍认为这种副作用的发生概率已经下降了许多。葛兰素史克发表说现在的发生概率为 0.1%。

表格 1：12 岁以上癫痫患者逐步调整利必通的方案

	服用丙戊酸的患 者	没有应用卡马西 平、苯妥英、苯巴 比妥、扑米酮或丙 戊酸的患者	服用卡马西平、苯 妥英、苯巴比妥、 扑米酮但没有服 用丙戊酸的患者
第 1-2 周	隔天 25mg	每天 25mg	每天 50mg
第 3-4 周	每天 25mg	每天 50mg	每天 100mg 分两次
5 周以上	每 1-2 周增加每天 剂量 25-50mg	每 1-2 周增加每天 剂量 50mg	每 1-2 周增加每天 剂量 100mg
常规维持量	只服用丙戊酸时 每天 100-200mg； 除丙戊酸外还有 导致糖脂化作用 的药物时每天 100-400mg。分 1-2 次用药。	225-375mg 每天， 分 2 次用药。	300-500mg 每天， 分 2 次用药。

目前的利必通推荐滴定方案可见下面的表格：需要重点注意的是儿童更容易出现 Steven’ s Johnson Syndrome，在儿童用药时需要特别警惕。但是在这个年龄段的群体中，利必通应用的非常广泛，并不能因为这个副作用就弃之不用。

不幸的是，有很多医生害怕患者出现 Steven’ s Johnson Syndrome 后被患者告上法庭，结果就从不向患者建议尝试利必通治疗。这是对有效治疗的歪曲，很多双相情感障碍的病人多数时候是抑郁的而非躁狂，利必通是非常有效的治疗抑郁的药物。

没有研究表明治疗双相情感障碍的利必通的血药浓度应该是多少。因此，大多数精神科医师并不化验药物的血药浓度，甚至用量都没有接近神经科医师的安全用药剂量（成人常规剂量是 300-500mg）。治疗剂量的利必通血药浓度一般认为在 3-15ng/dl。这里说的是我和我周围同事治疗双相情感障碍患者的经验之谈，治疗中存在药物抵抗则需要特别说明。当利必通作为抗抑郁药时通常血药浓度小于 5ng/dl，而作为抗躁狂药物在这么低水平的血药浓度上似乎不是最佳浓度。当我用利必通来抗躁狂时，我将血药浓度的目标定在 8-12ng/dl，需要成人每天服用 300-500mg 药物。这个范围的药物在神经科是常规剂量，但

很多精神科医师并不常用这个剂量。如果你或你关心的人受这种疾病的困扰，而且用药的血药浓度没有达到上述范围，你可以考虑让给你治病的医生提高药物剂量。

加巴喷丁是有时用在双相情感障碍上的另一个抗惊厥药。作为当时认为的一种优秀的情绪稳定剂（一个从未被任何事实证明的谣言），它在 10 多年前很火。精神科医师一窝蜂的用这个药物，造成了很混乱的结果。现在我们来回头看看，它在抗焦虑上常常有效，近一半的双相情感障碍患者存在焦虑，但它对于躁狂和抑郁循环出现的患者效果欠佳。那些断言它是良好的情绪稳定剂的人应该是被它抗焦虑的作用迷惑了。所以，它的作用应该在后面抗焦虑药物的部分讨论。

Topomax 是另一个被误认为治疗双相情感障碍有效的药物。确实有一部分人对这种药物反应良好，但是这是极少一部分。需要注意的是其认知方面的副作用，尤其是导致失语，我见过一些儿童还出现了阅读和计算的障碍。总的来说，Topomax 最好还是作为抗惊厥药物来应用，而不是用来治疗双相情感障碍。Zonegran 是一种新的抗惊厥药物，曾被误认为是情绪稳定剂，但并没有足够的数据表明这种药物到底有没有效。它是最接近利必通的抗惊厥药物，我偶尔会在对利必通有效的病人身上试试这种药，结果病人起了疹子。我用的例数太少了，所以不敢随便猜测它的有效率。

Keppra 是某些时候用来治疗双相情感障碍的另一种抗惊厥药物。对于这种药物并没有很多数据研究，它仅在其他常用药物无效的情况下使用，有时会出现转折。

上面描述的抗精神病情绪稳定剂在治疗的 1 期中常用，而传统的情绪稳定剂通常用于 2 期，其余的治疗残留抑郁期（3 期）的药物现在已经被认识。

就像之前探讨的一样，大多数医师认为在治疗双相情感障碍的过程中，抗抑郁治疗将使病情随时间恶化，并且有诱导躁狂或者混乱状态出现的倾向。当然，也有例外。此药在一定程度上会导致严重的混乱状态，也可诱发自杀倾向。因为这个，我们尽量避免抗抑郁药物应用在双相情感障碍患者上。当我们必须使用这种药物时，我们把它控制在非常短暂的时期内。此外，在最大的长期的双相情感障碍的研究中（STEP-BD 研究），抗抑郁药物并没有有效作用。

那么我们对于双相情感障碍的抑郁表现怎么治疗呢？三个常规的药物已经被研究过：利必通、思瑞康和阿立哌唑。任何一个药物都可以常规加入到治疗用的情绪稳定剂中来调

整抑郁症状。比如选用利必通，照着我们上面说的剂量用，然后试着将其他情绪稳定剂减量或者停用。

前面提到过，利必通在有效治疗抑郁期的同时，可以预防躁狂期出现。如果一位病人经常出现抑郁期还没有试过利必通这种药物，那他真该尝试一下。

思瑞康和阿立哌唑在“抗精神病类情绪稳定剂”中探讨过。阿立哌唑是个对双相情感障碍患者非常有效的抗抑郁的药物，即使只有抑郁而从没有出现过躁狂期的患者上它也有效。同样的，用药的时候需要监测“静坐不能”的出现。

天然方法：

两种“天然”方法已经被研究证实可以有效治疗双相抑郁症。第一种是鱼油中所含的高剂量 ω -3 脂肪酸。最早的研究始于 20 世纪九十年代，剂量为每天 3-6 克(每天 3000-6000 毫克)，随每餐服用鱼油胶囊或是口服液。随着这些初始研究，许多公司开始生产市场化的含或多或少 ω -3 脂肪酸的合成鱼油。有资料表明过量的脂肪酸并不会增加疗效，但较少量也并不会减弱疗效，这些初始研究中的剂量并不是指经过合成的鱼油，而是指天然鱼油。选购鱼油的时候有两点需要提示下：“肠溶片”是较好的选择，它们会在通过胃之后才释放鱼油，这就减少了服用后打嗝时候所产生的不好的味觉体验；一些相对较贵的合成品往往会采用无氧包装，防止鱼油氧化，这种鱼油闻起来或尝起来并不像鱼，可以被当作普通液体舒服滴服用下去。我们现在认为鱼油是这样发挥作用的，它们参与形成神经细胞膜，增加脂流动性，使细胞膜更有效地运输物质出入神经元，从而更有效地传递信号。

第二种天然方法是使用一种叫做肌醇的化合物，在以色列有两个相关研究，应用肌醇于以抑郁为主要表现的双相情感障碍患者的治疗方案中。肌醇有时也被称为“维他命 B8”，类属于一种非正式的 B 族维生素，结构上与葡萄糖类似，肌醇在神经细胞膜上大量存在，同时也参与实现 5-羟色胺神经元的功能，众所周知，5-羟色胺神经元在抑郁中起一定作用，高剂量肌醇主要的副作用是在部分人中出现便秘现象，而我曾经有一个病人服用后出现了轻躁狂现象。

其他方法：

只有一项研究中阐述了药物治疗双相抑郁症的方法，那就是药物米拉帕（普拉克索的通用名称）。FDA 认证米拉帕用于治疗帕金森氏病和不宁腿综合征，但有时也用于偏头痛。它的工作原理是激活多巴胺受体。

我大概 8 年前开始尝试使用给我的严重抑郁的病人服用米拉帕，对于他来说其他药物都没有效果。因为它激活多巴胺受体，我很担心，它可能诱发精神病（因为它在帕金森氏症患者并不少见）或躁狂。总的来说，使用该药治疗双相情感障碍，我已经有丰富的经验，但还没有观察到任何人诱发了精神病或躁狂。作用速度非常好，类似于 Lamictal，我通常将它用于使用 Lamictal 无效的患者。我一般初始使用 0.25mg 每天一次，随后增加至 1mg 或更多，每天两次。这根本不是用于治疗双相抑郁症的标准方法，但我认为它是，因为它对我的诸多使用其他方法无效的病人是有效的。

在一些研究中心正在尝试用氯胺酮治疗难治性抑郁症。目前通常是在一个高度监测类似重症监护病房的地方进行护理。因此，它是相当昂贵的，在圣迭戈治疗，平均每次治疗需 1800 美元。这对一些病人说是难以置信的，但这的确是那些病人目前最后的希望。

非药物方法：

有非药物治疗，但使用生物疗法治疗双相抑郁症。最古老的是 ECT，它的意思是“电休克治疗”。这涉及到使用电脉冲，当病人麻醉时，诱发癫痫发作。通常一系列需要 6 至 12 次。这常常使抑郁的人变得躁狂，随后，就得加用情绪稳定剂来治疗躁狂。但我觉得这并不需要，我尽量避免使用这一手段治疗双相抑郁，因为它经常反复发作，病人需要长期维持使用 ECT 治疗，他们经常抱怨的逐步严重的记忆损害。

TCMS 或 rTMS 是一个类似 ECT 治疗，它似乎并不会引起记忆障碍。一系列磁脉冲系列被用于准确定位 TCMS 或 rTMS 的脑区。虽然这种治疗方法并不是专门针对双相抑郁症，但已经被美国 FDA 批准用于治疗抑郁症。它非常昂贵，因为保险公司目前不支付这项治疗，该项治疗一个星期需要多次，另外，经常有一些小问题出现，虽然治疗有效并且副作用较少，但实际上病人对其治疗的回应速度并不像其获得 FDA 认证研究中所说的那样。

治疗双相情感障碍的另一种生物治疗是脑深部电刺激治疗。是由一群加拿大研究人员开发的，它是目前唯一可用于美国亚特兰大埃默里大学的研究。微电极被插入到大脑中的特定细胞中，一旦找到适当的频率和电脉冲的振幅就可以治疗抑郁症。手术技术是成功的关键，前一段时间，该技术已经获得美国 FDA 的认证。

在医生的指导下，睡眠剥夺可以帮助人们摆脱了抑郁状态。之所以一定要在医生指导下是因为，睡眠剥夺可以很快诱发患者从抑郁到混合或是躁狂状态。

尽管本章的重点是药物，但不得不提及的是一种类型的治疗，认知行为治疗（CBT）也可以有效缓解双相抑郁。有证据表明，定期锻炼可以改善情绪，许多患有双相情感障碍的病人在冬天变得更加抑郁，在阳光下散步或使用光疗灯可以缓解症状。光疗灯需要在精神科医师指导下小心使用，因为过度暴露于光下可能诱发躁狂或混合状态。

如上所述，在 1-3 阶段之后可能需要考虑额外的疾病。其中，最常见的是焦虑，50% 的双相情感障碍患者存在可诊断的焦虑症，这里我们不探讨过多关于焦虑症的细节，简单说，它包括广泛性焦虑症（过度担心或关注生活的多个领域），惊恐障碍（涉及不同的极度焦虑的攻击往往伴有气短的感觉，吸气，快速心率，即将到来的厄运，出汗或晃动）；恐惧症；强迫症（OCD）。强迫症是侵袭性的，不想被看到的，令患者感到不安，与消极的想法或“沉思”的抑郁症是不同的，它们并不主要集中于一些消极的或沮丧的内容。强迫症行为是患者觉得事情必须做，并反复确认，尽管浪费时间、影响日常生活、而且毫无用处。

到目前为止，广泛性焦虑症是最常见的双相情感障碍所伴随的焦虑症。广泛性焦虑症的治疗依赖于认知行为心理治疗，有时可以用药物治疗。一般使用苯二氮卓类药物（克诺阿蒂凡，Serax，安定，阿普唑仑）。这种药物可以形成依赖性，并可能有戒断症状。所有这类药都有镇静作用，所以开始用药时，一定要注意谨慎驾驶。一些文献表明克诺还有助于稳定情绪，基于这个原因，它可能是焦虑与双相情感障碍患者最常用的苯二氮卓类药物。

不是双相情感障碍的焦虑症患者，5 - 羟色胺再摄取抑制剂类抗抑郁药是一线用药，包括百忧解，帕罗西汀，兰释，左洛复。一组相关的抗抑郁药称为 5 - 羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂有时也被使用，包括岑巴瓦和郁复伸。如前所述，患有双相情感障碍的人使用抗抑郁药的问题是，恶化情感交替，并诱发混合状态，因此，对于双相情感障碍的患者我们尽量不使用它们。5 - 羟色胺活性抗抑郁药已获得 FDA 的批准，是一个常常被人遗

忘的药物，被称为克罗米普拉明或氯米帕明。虽然我没有研究或数据来证明这一点，但我的经验认为，在相对低剂量时（睡前 25 至 50mg，而不是非双相障碍患者使用的较为经典的睡前 150 毫克），这种药物常常有助于治疗广泛性焦虑症或强迫症。我无法解释其中原因，似乎通常不会诱发躁狂或混合状态，所以治疗焦虑有时会派上用场，这尤其是对强迫症双相情感障碍患者。然而，人们应该首先尝试使用一些情绪稳定剂靶向治疗强迫症或焦虑症状，如加巴，因为即使克罗米普拉明 Anafranil 也可能诱发躁狂或混合状态。

认知行为疗法、苯二氮卓类药物以及 β 受体阻滞剂心得安有时也用来治疗伴有惊恐障碍的双相情感障碍患者。就我的经验来看，我通常不是非得用药治疗惊恐障碍，而是用我从 Aaron Beck（认知疗法的发明者）那学到的一种技术，在这种技术中，我们教病人在办公室通过过度通气诱发惊恐发作，然后通过呼吸技巧提高血清中的二氧化碳水平来终止惊恐，这些技术包括向一个有洞的纸袋中呼气、通过手较松的握拳制造一个小管道呼吸以及跳过呼吸，这是很难学的技术，每呼吸 4 次，“跳过”一次，连续两次呼气。

在我看来，强迫症加上双相情感障碍是精神药物专家的珠穆拉玛峰。5 - 羟色胺抗抑郁药（SSRIs 或安那芬尼）是治疗强迫症仅有的效果较好的药物之一。非典型抗精神病药物有时也可以起到一定的作用。为了避免诱发躁狂症，混合状态和快速情感交替，我们尽可能多的促进一种叫做分级暴露和反应预防的认知行为疗法的发展，在这种疗法中，故意暴露自己于刺激中，通常会诱发冲动的欲望。然后使用放松技巧，以抵制冲动。大多数患者发现，如果他们这样做，经过多次的练习，他们可以抑制冲动。同样，一种称作思想停止的技术可以用来处理强迫观念。

不过，很多双相情感障碍伴有强迫症的患者也需要药物治疗，我个人的做法是，我必须有足够的把握使用情绪稳定剂，然后我会使用 **Anafranil**，你也可以使用其他的 SSRIs，但就我使用这些药的经验来看，他们对于双相情感障碍患者的效果非常不稳定。

第二种经常看到的双相情感障碍的合并症是多动症。多动症有三个亚类：注意力不集中型，多动冲动型，复合型。和想象中不一样，因为它是有“多动症注意力不集中型，”这意味着，患者是注意力不集中/分心，但并不多动，这只是旧的 ADD 的定义所造成的。ADHD 多动冲动型是值没有注意力不集中或注意力不集中，只存在过动冲动症状。ADHD 混合型，是指注意力不集中，多动的患者，目前，在儿童最常见。官方 DSM IV 多动症或任何其他精

神障碍的诊断标准，可以在 www.mentalhealth.com 上看到。

只有一个治疗双向障碍成人合并多动症的双盲安慰剂对照研究结果发表，入组病例常规使用情绪稳定剂双丙戊酸钠，随后加用药物 Adderall，Adderall 是由常用的四个苯丙胺盐组成，该研究中值得注意的是其良好的反应速率和没有造成情绪不稳定，但这项研究的入组病例不是很多。

我的临床经验是，大部分的碰巧伴有多动症的双相情感障碍患者，如果按照我上述所讲进行了 4 个期相的治疗，那么加用治疗 ADHD 的药物并不会破坏平衡，但是，如果首先进行的是 ADHD 的治疗而没有考虑情绪的稳定性，那么混合状态、躁狂或快速情感交替将会发生。详细的关于 ADHD 治疗的讨论超出本章的范围，我们只在下面做简单阐述。

在一般情况下，兴奋剂是多动症的首选药物。有些非兴奋剂也有效果，Strattera 或安非他酮，但效果（他们确实的帮助，而不只是他们是否优于安慰剂）大大低于兴奋剂。

兴奋剂中，有两种基本类型。安非他明类药物阻挡回收或再摄取以增加大脑中的多巴胺和去甲肾上腺素的释放，而利他林或醋甲酯作用通过阻断多巴胺和去甲肾上腺素再摄取。然而有些人只对某一类药的反应较好，大部分人只对其中某一种药物有反应。如果基于安非他明的药物效果不好，我们通常尝试基于哌甲酯药物，或反之亦然。

这些药物使用不同方法使药物疗效期更久，这些方法从缓释药片到皮肤贴片、到分两期释放系统。你的医生会就其对 ADHD 产生刺激作用对此进行分析和比较。

如果不讨论生活方式在治疗双向情感障碍中的决定性作用，那么本章是不完全的，毫不夸张地说，一些行为会使双相情感障碍疾病恶化，更严重的会导致对药物反应的丧失，首先，一定不要反复加药、停药，因为有时候药物在中途停掉后第二次使用时不会起效，尤其在难治性患者，使用了多种药物治疗时。你可能失去对药物的反应，从而选择性变得很小，这都是因为你中途停药了。

其次，部分双相情感障碍患者的生物钟紊乱，保持在每天晚上同一时间就寝，每天早晨在同一时间起床，维护规律的睡眠模式是很重要的。通宵达旦，可能会导致状态不稳定。同样地，从一个有很少阳光（东北部 12 月）的地方旅行到一个具有很强阳光的地方（澳洲 12 月）可以引发躁狂，如果你穿越半球，甚至跨越多个时区，你需要与你的精神科医生探讨如何识别和应对由此产生的任何情绪转变。

第三，在一般情况下，药物滥用是很严重破坏稳定的，包括大麻，大麻的两个主要类型之一 Sativa(兴奋品种)比 Indica(镇静品种)更为糟糕，虽然众所周知长期使用 Indica 可以诱发抑郁症，滥用兴奋剂包括可卡因是非常破坏稳定的，如酒吧中常出现的摇头丸，甚至酒精都可以引发抑郁症。在一般情况下，如果你有双相情感障碍，最好不使用任何物质，或至少限制使用酒精，每小时不超过一杯葡萄酒或啤酒或散装白酒，每天饮品中不超过 2 酒精 2 alcohol。

第四，足够的营养和规律的有氧运动，首选在早晨、户外、有阳光的地方，有助于保持生物钟和情绪稳定。

总而言之，双相情感障碍是一种可以被有效治疗的疾病，积极的治疗和正确的生活方式，可以使大多数双相情感障碍患者得到快乐、健康和富有成效的生活。关键是要寻求最佳的治疗方法，遵守并听从医嘱，不随便停止用药，并且选择健康的生活方式。

自杀和双相情感障碍

By Dr. Tom Jensen, M.D. 译：王珊珊

本章的目的是阐述双重人格的自杀，还有如何降低这严重的后果。治疗双相情感障碍，有三种预防措施，包括环境、药物和疗法干预。

20 年前，发布的数据表明双重人格的死因中 20%-25%是自杀。然而，双重人格个体死亡率中自杀所占的实际比例有所下降。公开发布的 5%-10%比例显示治疗降低了自杀率。

然而，自杀率仍然太高了，即使是 5%的自杀率也比正常人高出近 30 倍。我们应该致力于治疗，将我们的知识应用于降低风险。有一些已知的有效的方法，因此确认这些方法包含在双重人格的治疗中是问题的关键。因此，在应用这些已知方法时，我们必须对这个疾病和更好的治疗和预防继续建立相关研究。

不幸的是，现在没有一个有效途径预防患者自杀倾向。然而，自杀的人中都有一些共性。其一也是最重要的是家中父母兄妹也有自杀情况的。这是影响自杀风险的显著独立因素。那些实施自杀或者试图自杀的人有典型的扭曲的想法，他们坚信活着非常痛苦，如果他们离开了身边的亲人都会活的更好。

其二是滥用。自杀的主要罪魁祸首是药物和酒精的滥用。

另一个重要因素是私人拥有枪火。用枪火自杀很普遍，特别是在年轻人中。大多数枪击击杀没有存活，活着有严重的脑部损伤。事实上，我们知道如果我们要降低一个人群中的自杀率，我们能做的最有效的事情就是保护刺激点和枪火安全。

还有的因素是社交孤立。这种疾病主要表现在青少年中，这是一个发展社会技能和友谊形式的特殊时期。那些在早期建立双重人格疾病的，经常变得对自己失望和（或）没哟建立能延续到成人阶段的友谊，因此他们觉得被孤立。每一个家庭成员有时候在面对有双重人格问题的不成熟的女儿、儿子或者配偶，他们所产生的麻烦会让成员筋疲力尽。因此，建立这些被疾病影响的社交能够得到支持、理解，与能组织有意义的活动的人进行交流时重要的目的和治疗方法。过去 20 年我们总结到的一件事一半有双重人格的人也有焦虑的问

题（普遍的焦虑、恐慌、恐惧、强迫性神经症）。这种焦虑也是自杀的危险因素。请复习药物治疗章节，关于如何通过认知治疗和药物来减少焦虑，掌握一些应用与焦虑的常用药物可以导致混合状态。

最后，不够稳定的情绪状态和混合状态也是一个刺激因素。这就是在药物章节阐述的，为什么我们需要远离能够引起混乱状态的药物（抗精神病药物和激素，这是最常见的两种），并且制定计划，如果产生混合状态，能够进行检测状态和给予有效的治疗。

也许最好的预防自杀的办法就是帮助人们发现他们要对别人和这个世界付出，并帮助他们挖掘自身的才能。如果不相信一个人是对社会有贡献的，就很难和社交孤立及自卑大声对话。

我们都知道自杀前的警示征象是很危险的。答案是有时候有，但是有时候自杀发生在严重的混乱状态并且发生突然，并且身边人很有可能不能发现。这些能够起作用的征象有几个，包括谈及自杀和死亡，或者参考死亡例子。他可能打着“整理私人物品”的名号将东西分发，许愿，检查杂乱的车库，做一些能够让他们留下的东西简化的事情，关注如何实施自杀或者研究自杀所用的材料，这些当然都是主要的警示。彩排，去准备自杀的地方，试用绳子，发射空枪也是重要警示。

那么最小化那些有双相情感障碍的人实施自杀呢、。除了枪火安全，治疗和预防滥用，帮助他们建立帮助团体，对那些有自杀倾向人的高度警惕，还有其他的一些干预措施。

对于双相情感障碍的患者来说，寻求有经验的精神心理专家进行治疗是很重要的。然而，并不是所有的精神科医生能够很好的治疗这种疾病。为了寻找就近的精神科医生，你可以咨询相关组织或者打电话询问谁是这方面的专家？对于这种疾病，很容易钻牛角尖，当需要精神科医生谈话治疗时，他们必须表现的非常耐心。

治疗师或者精神科医生也可以对患者进行特殊的神经治疗干预。这种治疗应该包括下列因素：患者，家庭成员（能够识别抑郁，躁狂，轻度躁狂和混合状态）。最好是能用表格检测。另外，表格可以让患者意识到让他们如此不适的原因是疾病，而不是他们的生活常态。一旦一个人意识到如何去鉴别特殊的精神情感状态，他们就能接受认知行为治疗，去学习如何处理情感和扭曲的意识状态。治疗师也可以让患者和他们的家庭更加安全。另外，家庭能够减少社交隔离和帮助他们的家人去发现自身才能，然后应用他们去获得自我价值

的体现。治疗师也可以监督和鼓励治疗的依从性。因为，依从性差是一个对双相情感障碍患者治疗的困境，这也能产生自杀的念头。

另外的干预措施是有信任的朋友和情人，他们了解这个疾病，并且经过相关训练，他们能够观察患者，当他们经历情感状态变化的时候能够帮助他们。患者到精神科医生或者治疗师处就诊时建议他们的配偶也参加。

还有的就是，如果你和你的亲人打算自杀，列出一个计划要做的事情对于你们都是很有帮助的。危机关头不是想谁能提供帮助的最佳时机。这样的计划应该包括这样几个内容：

1. 列出几个精神科医生和治疗师，准备随时联系
2. 小区中自杀或者心理健康热线的电话号码
3. 如果一个人想自杀，在寻求精神科医生或者治疗师帮助时如果遇到麻烦，设置一个提醒拨打 911 电话是一个万全之策
4. 选定的医院或者急诊室的名称和方位
5. 如果你需要去急诊室或者医院，带上你的保险信息
6. 列出所有的药物
7. 列出一个“生活的理由”和“为什么出现了扭曲的自杀的念头”来参照一个人是否有自杀念头。

自杀不是解决这个疾病的方法。双相情感障碍是可以治疗的，新的先进的方法一直在研究中。为了监测自杀倾向，你和你的支持团有很多实际的事情可做。做你自己的拥护者，确保你所了解的自杀预防的知识成为你或者患者的治疗的一部分。还有，尽管患者可能觉得他们永远也不能过的更好，但记住我们在不断的改善这个疾病的治疗方法，永不放弃。

油火上浇水：

双相障碍患者药物滥用的危险

By

Russ Federman, Ph.D., ABPP - University of Virginia

J. Anderson Thomson, Jr., MD - University of Virginia

Tom Horvath, Ph.D., ABPP - Practical Recovery, San Diego,

CA

译：陈路锋

如果您患有双相障碍，但是已经戒掉了酒精或其他易成瘾药物，那么你可以不用阅读以下内容。滥用大麻、酒精、可卡因、海洛因等药物，通常会使得双相障碍疾病变得更为复杂。本章将告诉向您解释，最简单、最安全的做法就是戒掉这些药物。当然，我们也将告诉您什么情况下也可以适量使用。

两个病历：

FRANK

Frank 今年 26 岁，是一个活跃、聪明的年轻人，他在整个青年时期都在被双相障碍和药物滥用折磨着。他的疾病本来多次需要停止大学学习，但是他最后坚持到了毕业，最好还获得了历史学学士学位。由于经济不景气，毕业后他找到的唯一一份工作是在大学所在的城市做一个餐厅服务员。这个年轻人在餐厅里努力的工作，也积极参加聚会。很快，Frank 就融入了身边的人。Frank 本可以成为第一个可以告诉你滥用药物危险性的人。不过，像我们大多数人一样，Frank 也渴望参加社交活动，而首先就是与身边的同事。经过戒用娱乐性药物（recreational drugs），以及规律服用医生开的心境稳定药和帮助

睡眠的药物，他的病情稳定了很长一段时间，不过很快他就开始经常与同事在下班时间参加聚会活动。逐渐他开始变得确信自己像斯·杰斐逊总统那样智慧过人，无论什么时间都总是难以自制地想去大学校园里散步，向遇到的人讲述·杰斐逊的事情，只要别人愿意听他讲，包括雕像，他都会不厌其烦地讲。他认为自己身体很好，甚至比以前更好，而那些不理解他的人才是不可思议的。

GABRIELLE

Gabrielle 大约在 12 岁左右开始出现情绪不稳定。她的情绪经常情绪低落、暴躁，还经常烦躁易激惹。到高中的时候，喝酒成为日常生活的一部分。喝酒可以减轻她情绪抑郁的痛苦，也可以减少烦躁易怒的情况。虽然她高中成绩平平，但是依然选择了继续上大学。不过，后来她发现自己对服装零售业很在行，而且这样还可以养活自己。在 20 岁的时候，一个同事给了他一些奥施康定。出于好奇，她尝试吃了这些药，感觉很喜欢。给 Gabrielle 同事提供奥施康定的那个人很快又使 Gabrielle 转而服用海洛因。服用海洛因挺管用的，至少她自己是这么认为的。之后，她每天不再担心自己怎么好好的生活，每天只想着如何能拿出买海洛因的钱。之后，她失去了自己的工作，露宿街头，她的家人把她送入医院，进行海洛因成瘾和物质依赖的治疗。治疗取得了部分效果，最后她戒掉了海洛因，然而喝酒依然间断地继续着。

之后的 4 年中，Gabrielle 继续做着服装零售工作。她的情绪状况变为轻度的抑郁状态，伴有间断发作重性躁狂。25 岁的时候，她选择了在家乡的一所文理学院开始上学。她秋季学期开始入学，非常希望自己的生活能重回正轨。然而，很快发现自己与班里那些十八九岁的同学们很少有共同语言。另外，也对自己的学业变得越发焦虑。

为了减轻痛苦，她开始每天晚上抽烟。而后逐渐发现，每当精神幸福的时候，她的担心就会被活力欣快的感觉所取代。睡觉也变得不是那么重要了，因为一般早上 4 点或 5 点就会醒来，然后开始上网、在线聊天以及关注任何能吸引她兴趣的事情。她发现自己对学习成绩，甚至是上学都不再在意。这样一学期下来，她的期末成绩得了 1.3 分，由于成绩不佳得到了试读的处罚。

当这种现实出现时，这个女孩彻底崩溃。绝望和空虚代替了原有的极度兴奋的状态。她几乎整天都无精神的躺在床上，一点精神状态都没有，甚至都无法处理生活中的一点小事。最后，由于她越来越糟糕的状态，她又不得不送入医院。就是这个时候，她被诊断为了双相障碍。

成本效益分析

如何能减轻Fran或者Gabrielle的痛苦呢？我们通过进行成本效益分析来看看药物滥用对他们两个人起到的作用，首先谈一下效益。对Frank来说，使用酒精和毒品的好处很简单，就是可以帮助他融入身边同龄人的社交生活。而对于Gabrielle来说，毒品可以降低她对学习成绩和社会认可的焦虑。虽然不能肯定，在这两个案例中，物质滥用的花费可能导致了躁狂的发生。对费用分析提出这一个问题，这些物质使用的花费值得吗？大家可能都同意其实这并不值得。

我们需要承认，他们的目标（为了适应、放松）都是合理的，是值得追求的目标。我们对双相障碍的工作经验提示，药物滥用通常与一下一个或多个因素有关：为了 1）控制情绪高涨或激动，2）减轻抑郁，3）缓解枯燥无味的平淡情绪， 4）引起激越、提高或延长轻度躁狂愉悦的感觉。想要感觉镇定、活跃（或更加活跃）、低落或者摆脱枯燥无聊，这些并不奇怪，也很正常。

使用精神活性物质（substances）来达到这些目标的问题是，如果这些物质有效果（对部分人来说都有效），则很难控制使用量，尤其是对于患有双相障碍的患者。另外，如果过量使用，还会：1）作用过于明显，使得我们的其他诸如社交、放松等能力下降，2）随着时间的推移，逐渐失去原有的作用，原来带来的效果也甚至减少甚至消失（例如，使用可卡因来提高精力，最终会导致精疲力竭），3）增加其他问题的风险（如意外，感染，被捕等），还有 4）会加快双相障碍的发展（开始的轻躁狂/躁狂发作或者后续的复发）。

可能你会想，“我明白其中的危险，我不会使这种事情发生在自己身上，我会小心点的。”重申一遍，小心点最简单的方法就是戒掉这些精神活性物质的使用。然而，如何把握你想要的“误差容许度”则由你自己决定。虽然，双相障碍有许多方面你并不能掌控，但是戒掉精神活性物质则完全在自己的控制能力之内。设想一下，如果因为继续使用精神活性物质而导致你发生全躁狂发作而需要到精神科住院治疗，后来你又知道本来戒掉这些东西就可以防止悲剧的发生，那时你会有何感想。

本章接下来的内容将会更详细地向我们介绍关于适度使用还是禁用的问题。同时我们可以回顾一下，关于药物使用与双相障碍之间关系的数据。我们也可以推断出（或者说是

假想)：药物使用与双相障碍是如何相互作用的以及如何解决适度的问题。

精神活性药物使用与双相障碍的关系

许多人在滥用各种各样的精神活性物质。如果滥用的频率足够、用量足够、问题足够，则这个人就会被精神卫生专家考虑存在有精神活性物质使用障碍。轻者称为药物滥用，重者称为药物依赖。在本章中，我们所说的精神活性物质使用不当这一概念，包括物质使用障碍（滥用或依赖），是指可以导致生活出现问题的任何水平的精神活性物质使用，即使是使用水平并未达到诊断标准。一个双相障碍患者，在一生中存在物质使用障碍（滥用或依赖）的概率有 60%，存在酒精使用障碍的机会为 50%（Tolivar, B. K., 2010）。换种说法，就是说 10 个双相障碍患者中就有 6 个经历着可以应该达到诊断的物质使用不当。这些人中，大部分是酒精使用障碍，其余的是包括大麻、阿片类药物、兴奋剂等使用障碍。

虽然精神活性物质使用障碍对于任何人身上都可以引起很多问题，而对于双相障碍患者来说，问题则更为严重。如果你患有双相障碍，并且有物质使用障碍，那么你会更容易出现以下情况：

- 难以坚持治疗
- 抑郁、躁狂或轻躁狂发作更为频繁、程度更重
- 发作时间长
- 更多的混合性状态发作和快速循环发作（很难治疗）
- 更多的睡眠障碍（impairment）
- 更多的攻击行为和冲动
- 更频繁的自杀企图
- 更多的自杀思维和感觉
- 更多的焦虑（广泛性焦虑，惊恐或创伤后应激障碍）
- 感染（如丙型肝炎）的可能性增大
- 更容易出血其他疾病（尤其是丙型肝炎）的并发症
- 更多的住院次数

虽然挑出双相障碍的原因和影响比较困难，但是从临床前景来说，如果能减少或者停

止物质使用不当，这些问题也会因此减少，这一点是比较清楚的。为了更详细地说明物质使用不当合并双相障碍的相关生活问题，我们以丙肝和入狱时间为例。不过，在您对这个问题开始重视之前，我们也希望您不要认为大部分双相障碍患者都会有患上丙肝或者入狱的结局。我们也确实看到过，一些双相障碍合并物质滥用较为严重的患者出现了这些后果。然而，这些人刚好可作为我们解释成本效益问题的实例。

丙型肝炎

虽然有物质使用障碍合并双相障碍者的许多并发症并不令人惊奇，不过最近关于双相障碍、物质使用和丙肝之间关系的研究结果还并不为人所知。存在物质使用障碍的双相障碍病人患有丙肝者是没有精神疾病者的 7 倍（Himelhoch, S., McCarthy, J. F., Ganoczy, D., Medoff, D., Kilbourne, A., Goldberg, R., Dixon L., Blow F. C., 2009）。一项研究显示，诊断为双相障碍同时又有物质使用障碍者中有近三分之一的病人丙肝测试呈阳性。这一感染率比仅有其中一项诊断的患者高 5 倍 (Matthew, A. M., Huckans, M. S., Blackwell A. D., Hauser P., 2008)。这些高的感染率可能是在醉酒和/或躁狂时使用注射药物以及发生高危性行为所导致的结果。

丙肝使得双相障碍的治疗更为困难。双相障碍患者中最普遍的物质使用问题是酒精，而严重嗜酒的丙肝患者更容易患有肝脏疾病。他们可能患有肝纤维化、肝病进展加速，并且与戒酒者的丙肝患者相比肝硬化、肝癌的发生率更高，这就就是说他们的肝脏更为脆弱 (Bhattacharya, R. and Shuhart, M., 2003)。而治疗双相障碍或酒精依赖的药物又可能对肝脏有副作用。例如，对于伴有双相障碍的酒精依赖患者，丙戊酸盐（丙戊酸钠）可以改善其嗜酒的结局（drinking outcomes），但是对于同时患有丙肝者来说与未患丙肝者相比肝酶升高相关（因而变得不健康）。因此，肝脏健康需要不断检测，为了避免出现肝脏问题，将治疗双相障碍药物的剂量调整到次佳水平。

物质滥用合并双相障碍也会使丙肝的治疗变得复杂。Alpha-干扰素，是最有效的丙肝治疗药物，同时也会造成在双相障碍患者身上观察到的精神科症状。这些症状包括：抑郁、躁狂、精神病和自杀想法 (Onyike, C. U., Bonner, J. O., Lyketsos, C. G., Treisman, G. J., 2004)。出现精神疾病时，常常需要中断干扰素治疗。存在酒精滥用和其他物质滥用是丙肝

干扰素治疗成功的一个强烈的负性预测因素。

入狱时间

你可能听到过一些人常常由于滥用药物因而入狱，尤其当这些人同时患有双相障碍的时候，入狱更为普遍。一项对狱中双相障碍患者的调查显示，四分之三的病人被诊断为患有物质滥用障碍，而与之相比，医院住院的病人则为五分之一(Quanbeck, C.D., Stone, D.C., Scott, C.L., McDermott, L.L., Frye, M.A., 2004)。

与男性相比，总体来说女性物质滥用障碍的比率更低，而女性入狱的比率也远远低于男性。但是双相障碍的女性患者，因为物质使用障碍而入狱的比率升高。还是刚才引用的研究，与在社区治疗的未入狱的双相障碍女患者相比，狱内患者存在物质滥用障碍的可能性要高 38 倍(McDermott, B.E., Quanbeck, C., Frye, M.A., 2007)。

双相障碍在多次被捕和入狱者中更为常见。一项对 2006 年和 2007 年 79000 名德克萨斯州监狱囚犯的研究显示，双相障碍患者囚犯中既往曾有 4 次入狱经历的比例是未患病者的 3.3 倍(Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn, J.V., Williams, B.A, Murray, O.J., 2009)。

那么，如果对于患有双相障碍者，物质滥用可以导致这么多的问题，为什么他们还会那样做呢？解释就是他们的目的是为了自我治疗：因为条件情绪总是非常困难，因而使用精神活性物质来控制情绪。有证据表明，在努力克服部分精神障碍症状时会出现物质滥用，在这一过程中，至少在开始阶段症状会有所缓解。当然，如果这种所谓的治疗起作用的话，则很容易使人认为如果继续使用的话会一直有效。因为这样就容易出现很多的问题。

与上述假想一直的研究表明，混合型伴/不伴快速交替病程的患者发生滥用概率是其他患者的两倍(Sublette, E.M., Carballo, J., Moreno, C., Galfalvy, H.C., Brent, D.A., Birmaher, B., JohnMann, J., Oquendo, M.A., 2009; and Tolivar, B.K., 2010)。混合型情感和快速交替的激越、混乱症状像过山车一样反复加重，很难缓解，而使用精神活性物质可以减轻这些症状。

与设想的自我治疗相反，在双相障碍中使用精神活性物质可能会背道而驰。当感觉情绪低落（需要提高）时，双相障碍患者常常会寻求与酒精或者其他镇静药物（depressant

drugs)。然而，选择使用酒精利用其临时抗抑郁效应时，并没有考虑到随后的致抑郁效应。同样地，当双相障碍患者情绪高涨（需要冷静和缓慢调整）时，这些病人又常常使用兴奋剂（可卡因、甲基苯丙胺、咖啡因等）。这样，他们并没有自我治疗高涨的情绪，反而可能试图增加或延长这种状态。

或许精神活性物质使用和双相障碍都起因于一个共同的潜在因素或者一组因素，我们也确实观察到有时物质使用障碍出现后似乎促进了双相障碍的发生。似乎，物质滥用的后果增加了神经化学系统的紧张性，从而导致了双相障碍的发生，而没有物质滥用时则可以避免发生这种疾病。在使用致幻剂出现躁狂性精神病就是一个明显的例子。然而，在另外一下病历中，物质使用障碍则似乎是继发于双相障碍，成为双相障碍的结果。在躁狂状态下使用精神活性物质可以很容易变成物质滥用或者依赖，因为病人此时行为冲动，不能正确判断或者预见其行为。精神活性物质的使用明显地损害了这些能力。

或许任何人使用精神活性物质都需要小小的解释：我们用这些药物是因为想要他。很多人都这样生动地描述他们使用精神物质时的体验：有趣、愉快、冷静、激动、兴奋、“通过化学物质看见了天堂”等等。如果把与这些快乐的体验相反的结果当做成本的话，那么对于双相障碍患者来说，很不幸这些成本要比未患此病者高。

如果你是一名双相障碍患者，那么你应该处理这些问题呢？

你与精神活性物质的关系会出于下列过程的中一个阶段：

戒用——适量使用——滥用——依赖

对于大部分双相障碍的患者，我们强烈推荐，戒用是最简单而且安全的做法，下面的内容会解释其原因。

然而，使用精神活性物质非常诱人，而且许多人不想放弃这些物质带来的或与之相关的快乐。所以，许多人就想试图在错误使用这些物质带来的风险和使用带来的快乐寻找一个平衡点。不幸的是，我们发现这种做法对于青春期后期和成年期早前的人来说存在问题，而双相障碍也常见于这两个年龄段。

原因是：

首先考虑在十几到二十几岁的阶段正在塑造发育的所有因素：高中毕业后的发展问题（对许多人来说是进入大学）、探索离开家庭开始独立、初步做出生活方向的决定（选择大学专业）、开始确立自己不同与家人的自己的价值观、处理学校或刚刚开始职场环境中的竞争现实、探寻性关系与感情关系、开始建立早起的经济独立，等等。很明显，这里列出的仅是一部分，并不只这些。

在这个发育阶段所做的这些事情，一个更重要的影响，就是满足其适应并且建立牢固人际关系的需求。这一点非常关键，因为想要逐渐减弱与家庭之间的联系，那么就必须发展新的人际联系。当我们研究酒精使用在大学人群中的流行情况时，发现赋予青少年之一需求并被他们所接受尤其重要。2010 年美国大学生健康评价（美国大学生健康协会，2010）对来自 30000 余名大学生的一个全国性随机化的样本进行了研究，发现这些学生中有 60% 的人在最近一个月内至少有过一次饮酒的情况，而学生们则感觉他们中有 94% 的人在过去的一个月曾有过饮酒情况。换句话说，他们对同龄人饮酒情况的估计结果更高。在这一饮酒人群中，近 30% 或者几乎每三个人中就有一个，说他们在参加社交活动或者聚会时，喝了 5 瓶酒或者更多。我们发现大学生们感觉他们这些人大部分都饮酒，而确实饮酒的学生中，有近三分之一在喝酒时可以达到醉酒状态。这就是二十岁左右年龄段人群的生活状况。

您也可能对这一研究结果会有不同的理解，您可能会说“等等，不是还有 40% 的学生不饮酒吗？”确实，这个比例确实也挺大的。然而学生们认为他们中有近 9 成的人都喝酒，这一事实更为重要。也就是说，戒酒在大学生人群并没有成为一种共识。许多学生会做出与他们所发觉的同龄人的做法相一致的行为方式，当我们考虑他们适应新环境的重要性时，那么他们的这种行是合乎情理的。而做出其他选择则非常困难。比如，参加同学聚会时，如果参加者大部分人都喝的很多，而你就很难只喝一瓶或两瓶了。如果一个学生身边的同龄人在饮酒上面不能做到很好的节制，那么这个学生也会逐渐发展为过量饮酒者。这样，学生选择与饮酒的同龄人建立紧密联系的同时，自己的物质使用风险也大大增加了。如果再加上遗传易感性，那么这个人就可能被诊断为本章之前所讲的双重诊断问题了。

经过我们对十几二十几岁双相障碍患者的观察治疗后，我们发现通过节制地使用酒精

避免其不良后果，这种方法通常很难成功。准确地讲，这种方法的成功率很低。如果无法做到节制性饮酒，最好完全戒酒。现在我们看一个实例，Keith 今年 42 岁，患有双相障碍 20 了。Keith 现在已婚，并有两个孩子，他们刚十来岁。他是一家医疗保险单位的中层管理者。20 岁到 24 岁的时候，他的情绪非常的不稳定，主要靠频繁、大量地喝酒并且断断续续地抽烟来缓解。后来他进行了一次住院治疗，而后又休学进行了两次戒瘾，从那以后，Keith 明白了其实物质使用是他主要的敌人。事实上，他发现只要远离烟酒，他的情绪不稳定就会减轻，发作的频率也会减少。他的情绪逐渐平静下来，期间偶尔还是会出现轻度的压抑性恐惧情绪。有时也会出现情绪高涨的阶段，这时他会感觉所有东西都在迅速地变化，令人难受。这个阶段与以往不同的是，他身边的人给予了他坚强、健康而持久的支持。他的妻子和老板都理解他的病况。在过去的 10 年中，也一直找同一个精神科医生看病，他也能根据需要对生活中的任务做出必要的调整。双相障碍对 Keith 的影响并不是微不足道的，只是这期间病情没有对他造成重大的生活残疾。关键的原因是他学会了如何处理。

Keith 基本戒掉了饮酒，不过有时他会和妻子在晚餐的时候喝上一杯红酒。他非常喜欢酒的香醇，它可以增加饭菜的口味。偶尔，他感到很想再来一杯或者两杯。而且个别情况下多喝点后，就会出现早上不能按时起床上班的情况。如果 Keith 足够诚实的话，他应该会承认偶尔这样喝多了其实很不值得。这种情况下，他会感到疲乏、暴躁以及紧张不安，一直持续到第二天。他讨厌这种状态。而且他偶尔也发现任何与头天晚上喝酒相关经历有关的东西都非常不可思议。

所以你看，Keith 通过精神物质使用来满足生活需要，而情绪稳定和戒酒之间的关系已经与大学的时候不同了，那时候可以喝酒可以获得兴奋的感觉。对于现在的生活来说，满足与情绪稳定之间的整体关系已经不同于以往了。Keith 意识到最小量的饮酒或者不饮酒才是符合成本效益分析的，他最后终于明白了这一点。

Keith 的故事并不少见，因为它与刚刚进入成年的人与中年人的区别有关。这个故事也直接影响了我们对于有关酒精使用的建议，那就是，对于大部分双相障碍患者来说在青春期和刚刚进入成年期的人来说是很危险的。在双相障碍的早期尽可能低达到情绪稳定非常重要。

在老年阶段，适当饮酒导致双相障碍患者情绪不稳定发生的危险大大减低，因为生活

中的其他因素可以增强情绪的稳定性，使得我们不再热衷于追求与他人的社会方式保持一致，不再寻求兴奋的感觉。在这里我们也提出一个重要警示：还有一些人在适当饮酒成功方面没有成功。似乎每次喝酒时，他们都会喝醉。即使仅仅喝了一点酒，就会变得渴望再喝一些。一旦再踏出这一步，就很难再会正轨了，最高导致过度饮酒这一不良后果。当你们进入了这个怪圈，那么就需要赶紧发现了。还有，如果还处于这个生活循环的早期阶段，完全发现这个问题也充满了危险。其实，你会发现只有戒酒才是你最好的朋友。

以上这些内容，我们大部分的讨论主要是围绕酒精使用而展开的。这是有目的的。让我们把焦点扩展至包括更多的流行药物（兴奋剂、阿片类及致幻剂），再回到病人状况出现问题时，我们的建议是非常谨慎的。但是我们也不想过度刻板地过度概括。我们再分析下其他的特殊性。

兴奋剂

兴奋剂包含范围很大的一类药物，从无害的一杯咖啡到吸食可卡因或者静脉注射安非他命。其效应包括从仅仅微弱的轻躁狂到完全躁狂性精神病的等一系列连续症状。有一部分双相障碍患者对与即使是很轻微的化学物质兴奋也不能处理好。在他们身上，激活轻躁狂发生的阈值非常低。咖啡因或者能量饮料即使在很少量对这些人来说也可能是强力的刺激因素。而对于另外的人来说，早上喝一两杯咖啡或者中午喝点能量饮料一点事都没有。除了非常轻微的心情活跃外，就仅仅是程度很小的化学兴奋而已。双相障碍患者的任务就是要估计出自己处于这个症状连续体的什么位置。一两杯咖啡会引起轻微的情绪上升，还是更像是会像点燃火药那样猛烈。如果结论是非常适量地使用些轻兴奋剂的效果是比较温和的，那么一定要对其危险性保持一定的警觉。尤其是对于现在的年轻人，在他们的生活中，习惯用可卡因和/或能量饮料帮助他们挑灯夜读，甚至可以保持彻夜的“精力充沛”。白天喝上 8 杯或者 10 杯的咖啡，或者晚上喝上 10 瓶红牛饮料对并不是没有害处的，结果可能比出乎预料。

准确地讲，由于咖啡因或者草药兴奋剂通常认为是有益的，所以过度使用的风险很大。任何可以改变理智、情绪和精力的东西都具有潜在的危险。这一结论用于作用更强的一些物质，如可卡因、crack 或者安非他命等，更为清楚。这些东西可以成瘾、是作用强的物

质，而且也是危险的东西。对很多人来说，适度、安全地使用这些药物都不太可能，更不用说是双相障碍的患者了。

那么对使用用于治疗注意缺陷/多动障碍（ADHD）的精神兴奋剂又如何呢？对于双相障碍患者，必须在精神科医生的严密监测下使用这些药物。精神兴奋剂也会像其他兴奋物质一样，激发情绪高涨症状。如果能避免使用这些药物，那么就更容易使双相障碍达到情绪稳定。另一方面，如果严重的 ADHD 症状未予治疗，会严重影响双相障碍的治疗任务，所以有时医生开一些精神兴奋剂药物就变得很有必要。显然，何时应该选择使用精神兴奋剂来处理 ADHD 症状与同时存在的双相障碍就应该属于精神科医师的考虑范围，因为精神科医师对这两种状况的相互干扰的知识比较了解。如果双相障碍患者没有在医师指导下使用这些药物来帮助学习或者维持精力，那么这种行为也是十分危险的。

阿片类药物

止痛药物也具有类似的风险。止痛药物作用于中枢神经系统，从而减轻痛觉，包括心理痛。这些药物是易成瘾药物，包括生理性成瘾和心理性成瘾，同时也可以对情绪产生抑制效应。在外科术后使用几天阿片类药物是完全恰当的（Percocet, Vicodin, 等）。但是对于双相障碍患者，为了减轻抑郁的痛苦、获得短暂的欣快感，或者为了降低激越状态而使用阿片类药物，只会是开启了抑郁加重和药物依赖性增加的大门。正如先前说过的，这种做法也会破坏病人控制心理痛的能力。考虑到对于双相患者来说，抑郁复发会使得疾病的药物耐受性增加，所以反复使用阿片类药物显然是得不偿失的。

致幻剂

致幻剂是包括 LSD、摇头丸、麦司卡林、西洛西宾等在内的一大类药物。除了部分用于严格控制的研究使用外，这些药物几乎都是在黑市上（非法）生产和销售的。由于这些药品不具有药学资质，所以你不会知道你拿到的到底是什么成分。而且即使了解这类药物的化学成分，每个人对致幻剂的反应也都不同。如果有 5 个人服用同一种致幻剂，则可以有 5 中完全不同的体验。如果一个人服用致幻剂后感觉很糟糕，那么这种糟糕则可以非

常严重而导致精神病。通过其他章节你已经了解到，双相障碍患者存在精神病发作的风险。我们知道，双相障碍越严重，尤其是躁狂发作的，那么越可能出现伴有幻觉和错觉的精神病发作 (Goodwin and Jamison, 2007)。很明显，双相障碍患者应该戒用已知的可以导致幻觉甚至精神病的药物。实际上，由于致幻剂的反应很难预测，而且与躁狂性精神病有显著的正相关性，所以适度使用这些药物也是不应该的。对于双相障碍患者来说，其风险远远大于益处。

大麻

可能有人会说，大麻并不属于致幻剂的范畴，因为它不是足够强效的精神物质。但是“不够强效”其实在于抽多少。而且，随着高科技的逐渐发展，大麻中主要的精神活性物质 THC（四氢大麻酚）的浓度比 1960 年代后期大麻在社会上广泛传播时期高了许多倍。

大麻的相关问题与之前讨论的酒精、轻型兴奋剂类似，就那就是人们一般认为这些药的作用都是比较良性的。事实上，在有些国家，通过医生开具处方使用大麻是合法的，而在另外一些国家，拥有少量大麻就意味着与交通罚单类似水平的违法。正是大家感觉大麻具有良性作用的特点，才造成了其危害性。

我们设想一下，如果一个双相障碍的患者一个月使用几次大麻可以提高情绪，而且（至少他们认为）基本上不会出现阴性症状。确切地说，因为不经常使用大麻时可以看似情况很好，他们会发现对大麻的使用频率就会逐渐增加到原来的两倍了。到这时，一周使用一次他们也会认为不算很频繁，其危险性也是相对比较低的。但是，我们在临床实践中和科研数据中发现，频繁使用大麻与双相障碍的发病和复发正正相关性 (Baethge, C., Hennen, J, Khalsa, H.K., Salvatore, P, Mauricio, T. and Baldessarini, R. J., 2008)。还有一些双相障碍患者，即使偶尔使用大麻也会很快造成情绪变得不稳定，尤其是在情绪高涨期。这种较低的造成情绪不稳定的阈值，在不同的患者差别很大，主要依赖于病人总体的情绪/心理的稳定性。事实上，在同一年中的不同时间点，提高情绪对患者心智的影响也是不同的。换句话说，与有很多变量因素与使用大麻的后果相关，这些因素没有一个是可以用来预测其后果的。

一般来说，对于未患双相障碍的精神健康的人来说，偶尔使用大麻类物质可能没有大

问题。而对于双相障碍患者来说则不同，偶尔使用有变成更为频繁使用的危险，还有就是，即便偶尔使用也可能对情绪稳定产生不良影响。双相障碍患者使用大麻来提高情绪时，与不用大麻时相比，其情绪的可变性增强。而且一旦开始进行戒药后，通常可以获得更持久的精神健康。

可能你开始感觉从本章提供的信息总是在唠叨同样的话。任何精神活性物质的使用都有风险，其中有些药物的风险更明显，而几乎所有的精神活性物质的风险性对于双相障碍患者来说都是放大的。我们的经验可能与急诊科医生呼吁反对使用摩托车类似。急诊科医生关心的是摩托车事故所导致的死亡、损害及肢解 dismemberment。许多摩托车驾驶证认为，“事故一定不会发生在我身上的”。我们也只能希望所有双相障碍患者理解我们所提出的这些风险，以降低自己真正发生的负性后果的风险。

我们用一个真实的生活故事做下总结，本章大部分内容所讨论的很多风险和益处都可以在这个故事中体现。

Beth 的双相障碍与夏令营：

矫正的联合

Beth 是一名 22 岁的大三学生，与身边大部分同龄人一样，热爱参加聚会。在治疗过程中的一段时间，她总是说自己在之前的周末中，喝酒过多，并且睡眠过少。她的用药情况变得松懈，且总是轻躁狂和抑郁频繁发作。她确实怀疑自己还能否再有稳定的时候。她也担心自己是否有能力创造一个有成果、令人满意的未来。

一年夏天，Beth 被聘请做一个整个夏天都在偏远山区野营的暑期夏令营的顾问。起初她担心自己是生活方式会发生激进的改变；但是令她惊奇的是，她的双相障碍自从 5 年前发作后，稳定了很长时期。工作的要求成为 Beth 起初病情稳定的秘方。晚上 10 点关灯睡觉，每天早上 6 点半开始一天的夏令营活动。因为他们这些顾问大部分时间都是与野营者呆在营里，所以她没有业余时间与其顾问同事们一起搞聚会。没有费多大力气，她就养成了稳定的睡眠循环，坚持吃药治疗，同时也戒掉了所有的精神活性药物或者饮酒。在这个夏天结束的时候，她发现自己比以前很长一段时间的状况都好。她基本上达到了与 Keith 经过多年努力才获得的相同的成果。

现在 Beth 说“双相障碍最好的治疗方法是夏令营生活”。自从那年夏天的山中生活后，她尽力保持同样的夏令营那样的生活节奏，把它作为内心的理念，而不是外界强加的限制。虽然，未来复发的

风险可能永远也不会是零，但是她热爱现在这样稳定而快乐的生活。她发现禁戒和野营生活方式就是她继续健康与稳定的同义词。

参考文献：

American College Health Association (2010). National College Health Assessment II, Fall 2010 Reference Group Data Report.
http://www.acha-ncha.org/docs/ACHANCHA-II_ReferenceGroup_DataReport_Fall2010.pdf

Baethge, C., Hennen, J, Khalsa, H.K., Salvatore, P, Mauricio, T. and Baldessarini, R.J. (2008): "Sequencing of substance use and affective morbidity in 166 first-episode bipolar I disorder patients." *Bipolar Disorders*. 10:6. 738-741

Bhattacharya, R., Shuhart, M. (2003): "Hepatitis C and Alcohol." *Journal of Clinical Gastroenterolog.* 36: 242-253.

Frederick K. Goodwin and Kay Redfield Jamison. (2007): *Manic Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd Edition*. New York, New York: Oxford University Press.

Matthew, A.M., Huckans, M.S., Blackwell, A.D., Hauser, P. (2008): "Hepatitis C Testing and Infection Rates in Bipolar Patients With and Without Comorbid Substance Abuse Disorders." *Bipolar Disorder* 10: 266-270.

McDermott, B.E., Quanbeck, C., Frye, M.A. (2007): "Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest." *Bipolar Disorders*, 9: 536-540.

Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn, J.V., Williams, B.A, Murray O.J. (2009): "Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door." *American Journal of Psychiatry*. 166: 103-109

Onyike, C.U., Bonner, J.O., Lyketsos, C. G., Treisman, G.J. (2004): "Mania During Treatment of Chronic Hepatitis C with Pegylated Interferon and Ribavirin," *American Journal of Psychiatry* 161: 429-435.

Quanbeck, C.D., Stone, D.C., Scott, C.L., McDermott, L.L., Frye, M.A. (2004): "Clinical and Legal Correlates of Inmates with Bipolar Disorder at Time of Criminal Arrest." *Journal Clinical Psychiatry* 65: 198-203.

Sublette, E.M., Carballo, J., Moreno C., Galfalvy H.C., Brent D.A., Birmaher B., John Mann J.,

Oquendo M.A. (2009): "Substance Use Disorders and Suicide Attempts in Bipolar Subtypes." *Journal of Psychiatric Research* 43: 230-238.

Tollivar, B.K. (2010): "Bipolar Disorder and Substance Abuse." *Current Psychiatry* 9: 33-40.

怀孕和双相情感障碍：

照顾好你们两个

By Depression & Bipolar Support Alliance (DBSA) 译：崔玲玲

珍妮的第一个孩子是个健康的男孩。在他刚出生后不久，珍妮就开始感觉沮丧。她感觉自己的整个身体很疲惫，想悄悄找个地方躲起来，但当她一有机会躺下来，把被子蒙在头上时，她又睡不着了。即使孩子睡着了或者跟她的家人在房子的其他地方玩时，她也睡不着觉。她还总担心她的宝宝会发生什么事，像停止呼吸、弄翻摇篮等。她每天会无数次没理由地哭，最终开始怀疑如果没有她，她的孩子和家人是否会生活得更好。

尽管她试图隐藏自己的情绪，丈夫和母亲还是察觉到了她的反常。珍妮告诉他们她没事，但他们坚持让她去告诉医生，她在哭，在焦虑，大部分时间无法入睡并且不开心。她担心医生会说她是一个糟糕的母亲，然而医生称赞她懂得寻求帮助。珍妮被诊断为**产后抑郁症**，她和医生一起制定了正确的治疗计划。最终，她再次找回了自己，意识到她的存在和健康对她的儿子来说是多么重要。

珍妮不是特例，10 位新妈妈中就有 1 位患有产后抑郁症。

什么是产后抑郁症？

产后抑郁症是一种可以治疗的内科疾病，其特征表现为伴随着婴儿的诞生，产妇会出现悲伤、冷漠、疲惫和焦虑的情绪，症状可立即出现或是当宝宝几个月大的时候。产后抑郁症可影响任何妇女，不分年龄，种族或经济背景。它不是一个人性格缺陷或软弱的表现，它也不意味着你没有能力成为一位母亲。产后抑郁症的确切原因并不明了，它可能会和怀孕期间和之后身体发生的某些化学变化有关。

更重要的事是要记住，产后抑郁症不是你的过错，并不意味着你是一个软弱或没有能力的人，不能通过“重新振作起来”或“自力更生”来避免。

生完孩子之后感觉沮丧这种话是很难说出口的,因为我们的社会观念认为这应该是“生活中的快乐时光”。如果你患有产后抑郁症,在你产后你不会感觉到任何快乐。你觉得你不是一个好母亲,或者婴儿没有你会更好。这些感觉会使你感到羞愧和害怕,觉得应该从家人和朋友身边躲开。然而,你告诉别人这些很重要,无论是卫生保健师、家庭成员、朋友还是神职人员,你都可以感觉好受很多。早期治疗是你能做的最好的事情,不仅是对你自己、孩子还是家人。

产后抑郁症不仅仅是简单的情绪低落,在孩子出生后,轻微的悲伤情绪会自己慢慢消失。如果这种感觉2周后没有消失,你可能患有产后抑郁症,应该寻求帮助。如果你觉得糖尿病或者哮喘患者靠吃药来保持健康不是件羞愧的事,那你就不需要对此病的任何治疗感到羞耻。

产后抑郁症的症状有哪些?

- 悲伤或者低落的感觉挥之不去
- 无法安睡,即使宝宝睡着了
- 食欲改变,吃更多或更少,与怀孕或生育无关的显著体重变化
- 烦躁、愤怒、烦恼、焦虑
- 无法集中精力做出决策
- 无法享受你过去常做的事,对婴儿,或朋友、家人缺乏兴趣
- 疲惫,感觉“沉重”
- 失控地哭
- 内疚感或无用感
- 感觉没有希望或绝望
- 害怕成为一个糟糕的母亲或者担心别人这么认为
- 担心婴儿受到伤害
- 有伤害自己或婴儿的想法
- 自杀或死亡观念

如果你有任何伤害孩子或自己的想法,马上寻求帮助

立即告诉一个医学专业人士，神职人员，你的家人或朋友。

哪些因素会增加患产后抑郁症的风险？

虽然刚生完孩子的女人都可能患产后抑郁症，但有一些因素可能会增加患病的机率，如：

- 有怀孕期间或之后的抑郁史
- 在任何时间有抑郁或双相情感障碍的病史
- 亲属中有人有抑郁症、双相情感障碍或产后抑郁症的病史
- 缺乏家人或朋友的支持
- 在怀孕或生育期间有困难的生活事件发生
- 缺乏稳定的婚姻或关系
- 不确定的怀孕感觉

如果你在宝宝诞生前读了这篇文章，担心可能会发生产后抑郁症，那在你的宝宝出生之前跟你的健康保健师谈谈。产后抑郁症的症状也可能在怀孕期间出现，请与你的医生探讨一下。

我应该怎样与我的医生或卫生保健师谈谈关于产后抑郁症的话题？

和你的医生或卫生保健师建立一种信任的关系是很重要的。他们会对自己的技能、知识更自信，更有兴趣帮助你。你永远不能吓到你的医生或让他觉得是在浪费时间。同样重要的是分享所有可以帮助你的信息给你的卫生保健师。请告诉他你的病史，你所有的症状和你正在使用的任何药物或“自然”疗法。

一个有经验的和感兴趣的医生应该解决你所有的问题，而不是让你还有其他问题。直到你所有的问题都解决了，再离开医生的办公室。如果事情看起来很复杂就做一下笔记。如果你有很多的问题，把它们写下来，在预约时随身带着，首先讨论最复杂或困难的问题，然后争取额外的时间与医生交流。

如果你和你的卫生保健师沟通有问题，或者你觉得你的需求得不到满足，就找另一个

医生以便能够更好的帮助自己。

我的治疗方案是什么？

药物

一些母亲与他们的医生认为，药物治疗是治疗产后抑郁症最好的选择。一些药物可能会进入母乳，但有些不会，医生会为你提供信息来帮助你决定哪些药物是对你和你的宝贝最好的。如果你需要停止母乳喂养，并不意味着你不是一个好母亲，它意味着你为了成为最好的妈妈要照顾好自己。

一些药物可能会有副作用，如口干、头晕、性功能障碍或体重增加。有时候副作用会自行消失，有时需要换药。如果起副作用了不要泄气，与医生合作找到其他的方法。有许多种类的药物可用来治疗抑郁症，它们都能起作用，但不是适合每一个人。如果一种药物出现副作用或不能减轻你的抑郁症，另一种可能会有效，有更少的副作用，不要放弃。如果你事先没和医生讨论，永远都不要停止用药或改变剂量。在使用草药和自然或补救处方方法之前请咨询你的医生，因为有时候它们会干扰药物治疗。

心理治疗

心理治疗或“谈话治疗”也是治疗的一个重要组成部分。有时它可以单独起作用，有时在心理治疗之前通过另一种方法治疗，如药物治疗可以有效地减轻抑郁的症状。一个好的医生可以帮助你处理好自己的情绪，修改有助于你的抑郁治疗的方法。请选择一个让你感到安全，值得你信任的治疗师。你也可以选择拜访心理学家、社会工作者或者顾问。

这种病会如何影响我的家庭呢？

丈夫或伴侣和家庭成员都会受到产后抑郁症的影响。对男人来说，如果他们的症状影响到日常生活，寻求治疗是同样重要的。有时涉及双方或整个家庭的治疗也是有帮助的。

其他的孩子也可能受到影响。家长花更多的时间和他们谈论他们可以理解发生的事情可能是一个好主意。你可以解释抑郁症是“感觉不是很好”或“感到悲伤，因为大脑的化学变化”，并解释说，你获得的治疗让你感觉好多了。你也需要安抚孩子，你的病不是

他们的错。你可以让医生或治疗师坐下来与整个家庭谈论你的抑郁症。告诉他们，它如何影响他们，和他们能做什么。如果你孩子抑郁的症状影响到日常活动、学校或朋友圈，请跟你的儿科医生谈谈。

家人可以帮忙做些什么？

这段时间不要担心去问你需要做些什么。如果家人或朋友询问他们应该如何帮助, 考虑给他们些小事情做，如：

- 家务
- 帮助照顾新生儿或其他孩子
- 花安静的时间和你相处
- 拿你的病情教育他们自己
- 告诉你的孩子你的疾病
- 监视抑郁的症状

什么是产后精神病？

产后精神病比产后抑郁症更少见。它是以妄想症（一些不真实或者不符合逻辑的想法，例如认为你正在通过电视接收到信息）或者幻觉（看到或者听到实际上不存在的东西）为主要特征。为了避免产后精神病的发生，寻求帮助是很重要的。请记住，这是生理疾病。产后精神病不是你自己能控制的，而是你通过合理的医学方法可以治愈的。由于你的担心和害怕而回避治疗可能会产生悲剧性的结局。

如果我在怀孕前已经被诊断为抑郁或者双相情感障碍并且进行过治疗，我该怎么办？

一个有抑郁症或双相情感障碍的女人也可以像没有这些疾病的女人一样，成为优秀的母亲。但是一个有过抑郁症或双相情感障碍病史的女人（四分之一发展成产后抑郁）会比没有病史的女人（十分之一发展成产后抑郁）患产后抑郁症的危险性会高。要想成为最好

的母亲，你需要关注你的情绪，和你的医生一起监控你的病情，在怀孕期间采用合理的治疗，坚持你原有的治疗方案。在你的小孩出生之前确保有适当的支援团，包括你参与的支援团体、你的家庭和朋友，卫生保健师，或者其他新妈妈们。

在你的家人帮助下制定一个书面计划，关于如果你一旦发展成为产后抑郁症或者产后精神病的治疗方案。这些计划包括卫生保健师的名字和电话号码，以前服用药物的名字，药物过敏史，保险信息，还有如果你不能照顾小孩，谁会愿意帮照顾的人的名单。

支援团怎么帮你？

支援团可以帮助你坚持治疗方案，提供一个相互接纳和自我发现的平台，帮助你重塑你的强项，幽默感，社区意识，使你从有过相关经历的人那里受益。

为了保持健康应该做哪些事情？

- 保留与所有卫生保健师的预约，坚持你的处方治疗方案
 - 尽可能多的学习产后忧郁症和治疗方法
 - 在本上记录你的情绪，引发压抑情绪的事件，和在治疗过程中的反应。这些可以帮助你预先发现一些问题
 - 和别人分享你的想法和感觉
 - 设定自己的现实预期，设法说服自己接受原本的样子
 - 即使你的食欲和能量都很低，也不要不吃饭。吃不同的食物可以维持你所需的营养。跟你的医生探讨一下维生素的摄入问题
 - 寻找机会做运动，即使是走路或者爬楼梯都会使你快乐健康
 - 做一些减压的事情，或者咨询你的医生，让他们推荐一些方案
- 通过合理的治疗和帮助，你会重新找回自我，对你的生活和小孩都会感到轻松。

经抑郁症和双相支持联盟 (DBSA) 手册许可转载。手册可在 www.dbsalliance.org 上查询到或者致电 1800-826- 3632.

病耻感和精神疾病

By Muffy Walker MSN., MBA 译：崔玲玲

病耻感一词译自英文 stigma，韦氏词典将其定义为“任何骂名或耻辱的标记；道德污点的标志；不名誉行为所造成的污迹或责备；带有责备性质的特征”。

最先使用 stigma 这个词是在 1593 年，来自于拉丁语 stigmat-，意为烙印、标记，或是希腊语纹身之意。

我知道，我的姐姐很爱我，我的朋友很爱我。但他们仍然议论我，患有精神疾病的病耻感仍然影响他们看待我的方式，也决定了对待我的方式。作为一个 36 岁的单身男人，我注意到，很多人都是通过他们的朋友和家人去和女人接触。我的姐姐和姐夫也知道我本可以和很多女人相处得很好。我知道他们爱我，但是因为病耻感，他们从来没有给我介绍给任何人，甚至那些我最亲近的人。这让我很伤心。 ——Bret W.

污名他人已经存在了几个世纪。罪犯，奴隶，或叛徒，在他们身上以火灸或切割的方式，形成一些纹身标记来加以识别行为或道德上有污点的人。这些群体会被隔离或避之唯恐不及，特别是在公共场所（1）。通过肤色、宗教、性取向，身体状况（如麻风病）和心理能力来确立“我们”与“他们”。歧视，排斥，不容忍，不平等和排斥都是由“污名化”引起的。

Erving Goffman 定义病耻感为一种属性，行为或声誉，它是社会上一种特殊的抹黑方式：它使一个个体在精神上与其他人区分，成为一个不受欢迎的，被拒绝的负面印象，而不是公认的，正常的人。那些精神疾病患者不幸地成为污名化的目标。精神疾病范围从美国 26.4% 到意大利 8.2%。

本章的重点关注那些精神疾病患者的病耻感，涉及的误区，如何打击这一现象，如果你遇到这种现象应该从哪里得到帮助。

全球致残的 10 大原因中有 4 个是因为精神障碍。

根据 2005 年美国国家共病复测调查结果，在任何特定一年，约 3 个美国人中就有 1 位有心理健康障碍。大约超过 7500 万人，即近一半的美国人会在其一生中某时刻经历到

精神障碍困扰。也就是说你或者你认识的其他人已经或将要遭遇心理问题。

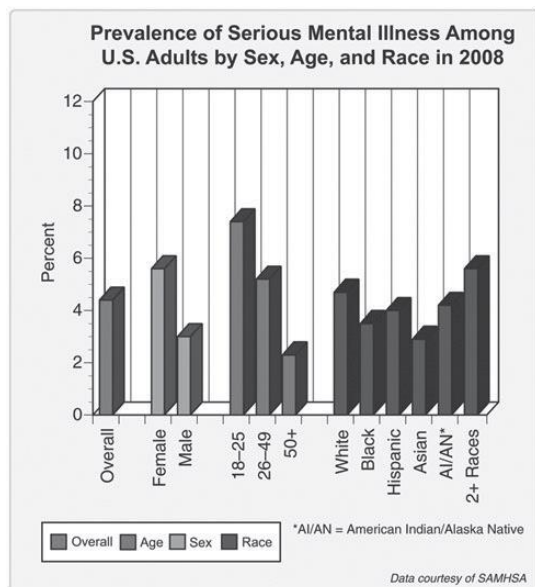
在美国，心理健康服务的直接花销，包括治疗和康复费用，约合 6,900 亿美元。间接花销，指在工作场所、学校和家庭的生动力损失，估计 78.6 亿美元（2）。

与精神疾病相关的病耻感增加了心理疾病本身的公共卫生负担。总体而言，病耻感是精神疾病患者由于负面印象而引发地位丧失和歧视（3）。

精神障碍可以攻击任何人！它没有年龄，经济状况，种族，信仰或肤色限制。

在过去的一个世纪中，医学科学已经在帮助我们了解、治疗和消除许多疾病的原因包括精神疾病，取得了令人难以置信的进步。然而，医生仍然需要继续解决大脑的一些奥秘，它的许多功能仍是一个谜。即使是在顶级的研究中心，没有人能完全了解大脑是如何工作或者为什么它会发生故障。然而，研究人员已经确定，很多精神疾病可能是由于大脑中的化学物质失衡。这些失衡可能是遗传，或者由于压力过大或物质滥用而使病情进展。

有时我们很容易忘记，大脑也像其他器官一样容易感染疾病。精神障碍患者往往表现出多种类型的行为，如极度的悲伤和烦躁。在更严重的情况下，他们可能患有幻觉和完全逃避现实，可能会遇到敌意，歧视和羞辱，而不是同情和接受（4）。



12 岁时，我邀请我的朋友过来玩。他的父亲说，他们要去他奶奶家。几分钟后，另一位男孩邀请他一起玩，他父亲同意了，然后他们就走了——Court R.

病耻感的影响是特别痛苦的，会伤害一个人的自尊。它让精神疾病患者感觉像是社会

的弃儿。无论感知的病耻感是真的还是假的，它都是影响人们归属感的主观解释。

我是一个年轻的德黑兰女孩，因为我生病了，所以我的家人认为如果一个老男人同意娶我，我会很幸运（15）。

作为一个社会团体，我们为什么要歧视我们的朋友，家人和其他团体成员呢？也许是由于缺乏教育，错误的教育，虚假信息，无知，或者需要高高在上的感觉。媒体也必须对精神疾病的长期误解承担责任。电视和新闻往往把重点放在那些暴力犯罪者，而不是那些为社会作出贡献的患有精神疾病的人。在谈话节目、流行杂志的封面和头条新闻里这些不经常的犯罪行为变得很夸张。

精神疾病患者并没有参与到大多数的社会暴力犯罪。许多研究证明，任何精神疾病患者几乎肯定潜在暴力倾向的假设是错误的。

目前研究表明，精神疾病患者成为暴力行为受害者的机率是其他社会成员的 2.5 倍。这通常发生在贫困，短暂的生活方式和药物使用等因素存在时，这些因素其中任何一个都会使有精神疾病的人更容易受到攻击，有可能被迫变得暴力（5）。

在大多数受到歧视的团体中，围绕精神疾病话题，有很多误区。根据国家精神分裂症与抑郁症研究联盟（NARSAD），这里提出前 10 名。

误区：

误区 1：精神疾病不是真正的医疗疾病，如心脏病和糖尿病。有精神疾病的人，都只是“疯了。”

事实：是脑部疾病，如心脏疾病和糖尿病，是合理的医疗疾病。研究表明，精神疾病存在遗传和生物的原因，他们能够被有效地治疗。

是的，他们歧视我们，不依靠我们。在伊朗，我们的社会没有能力为我们做什么，我的意思是没有文化理解我们。他们嘲笑、侮辱和伤害我们，我希望他们能明白，精神病患者和其他病人一样，像癌症或心脏病患者，他们可以过自己的生活（15）。

误区 2：有严重精神疾病的患者，如精神分裂症，通常危险和暴力。

事实：统计数据显示，大脑功能障碍患者的暴力发生率不比一般人群高。那些患有精神疾病的人，如精神分裂症，更经常感到惊慌、困惑和绝望，而不是暴力。

误区 3: 精神疾病是教养不好的结果。

事实: 大多数专家认为，遗传易感性结合其他危险因素的影响，会导致精神障碍。换句话说，精神病症有身体的原因。

误区 4: 抑郁症源于个性软弱或性格缺陷，如果他们足够努力，抑郁的人是可以振作起来的。

事实: 抑郁症与懒惰或软弱无关。它产生于大脑化学物质或大脑功能的变化，药物和/或心理治疗通常可以帮助人们恢复。

误区 5: 精神分裂症是指人格分裂，没有办法来控制它。

事实: 多重人格障碍与精神分裂症经常被混淆。事实上，精神分裂症是一种脑部疾病，剥夺了人们清晰及逻辑的思考能力。估计有 250 万精神分裂症的美国人患有包括逃避现实到幻觉和妄想的症状。药物帮助很多人过上充实，有意义的生活。

误区 6: 抑郁症是正常衰老过程的一部分。

事实: 抑郁对老年人来说是不正常的。在老年人中，抑郁症的症状包括失去兴趣活动，睡眠障碍和嗜睡。中老年人抑郁症经常不能确诊，为老人和他们的家庭成员认识到这一问题，并寻求专业人士的帮助是很重要的。

误区 7: 抑郁症和其他疾病，如焦虑症，不影响儿童或青少年。他们有的任何问题，只是成长的一部分。

事实: 儿童和青少年可以发展为严重的心理疾病。在美国，10 个儿童和青少年里就有 1 个有精神障碍，严重到足以造成不合理的损害。然而，只有约 20% 的儿童获得必要的治疗。若未经处理，这些问题将变得更糟。我们应该认真地重视谈及自杀的孩子。

误区 8: 如果你有精神疾病，你可以用意志力把它克服。接受治疗是个人某种意义的“失败”或软弱。

事实: 严重的精神疾病不能用意志力克服。忽视问题不能解决问题。寻求专业帮助是需要勇气的。

误区 9: 成瘾是一种生活方式的选择，是意志力缺乏的表现。药物滥用的人是道德上软弱或“坏”的人。

事实: 成瘾是一种疾病，通常归因于脑化学性质的改变，与是不是“坏”人无关。

误区10：电休克疗法（ECT），前身为“休克治疗”，是痛苦的和野蛮的。

事实：ECT赋予了许多严重抑郁患者新的生机。当其他治疗方法如心理治疗或药物治疗失败或不能使用时，它被应用治疗。接受ECT的患者是在睡着或麻醉状态下，所以他们不会有任何感觉。

“这些有合理疾病的患者应该和可以治疗的，误解造成对这些人无法挽回的伤害” ——Herbert Pardes, 医学博士, NARSAD科学理事会总裁

尽管患有精神疾病的人数量惊人，统计显示，只有三分之一的人寻求治疗。根据 NIMH 的 Thomas Insel 博士，精神病学只是医学的一部分，对医学来说，接受治疗比患有这些疾病有更大的病耻感。

尽管有很多原因解释寻求帮助行为的差异性，病耻感可以阻止人们接受他们所需要的帮助。有心理疾病的个人可能会因为心理或情绪上的问题感到同样被排斥和难堪（6）。

这个寻求帮助的障碍可以有一石激起千层浪的效果。有些人可能会通过药物或酒精尝试处理他们的“问题”，这都只会加剧悲伤和绝望的感情，加重病情。如果不及时治疗，病情恶化，造成更严重的孤立感，情绪上的痛苦和压抑。在某些情况下，自杀似乎是唯一的选择。

病耻感通过削弱个人的社会地位、社交和自尊阻碍康复，所有这些都助长了不良后果，包括失业，隔离，延迟治疗，难治性症状，病程迁延和可避免的住院（7）。

螺旋式下跌行为 downward spiraling behavior 影响了每个人。家庭成员，朋友或老板对疾病的不知情可能会对他人造成误解，再次错误地做出评价。

1994 年，我在维克森林大学医学院研究神经药理学，有一天，一位实验室技术人员把我拉到一边，抱怨他的母亲是“双相情感障碍”。我说：“我也有双相情感障碍，也许我可以帮忙”。后来，我们做了交流。几天后，我的导师把我叫进他的办公室。他告诉我，他不会让我在他的实验室完成博士学位，他会给我一个终端硕士学位，因为“患有双相情感障碍的人是不会在科学上成功的”。这不仅是我科学生涯结束的开端，也使我陷入了一系列悲惨的事件。——Sheryl S.

挑战病耻感

病耻感虽然很强大，也不是不能避免的。世界各国都在联手打击病耻感和它的有害影响。反歧视宣传、立法、公众教育、动员社区反歧视努力和个人的承诺都正在进行中。改变那些造成病耻感的信仰体系仅仅是一个方面，第二个方面是挑战内化的病耻感的负面信念。

大多数反歧视活动的重点放在教育公众，提高社区关于精神疾病误区的意识，促进治疗和服务。根据可用资金，获取技术和人口特定需求。在许多情况下，名人代言可以用来帮助传递消息。这里有一些例子：

- You KNOW Me 阿拉斯加反歧视运动用一个受欢迎的Iditarod musher作为电视广告，交易卡，报纸，海报，和收音机的代言人。 www.mhtrust.org
- “2009年6月11日，Wayne Cho完成了8207公里的跨加拿大长跑。他提高了人们对焦虑和抑郁的认识，这些疾病影响了很多，不仅仅是个人，也影响了亲近的人，造成了巨大的身体、精神和情绪上的伤害。Wayne Cho与焦虑症抗争多年，太了解精神疾病患者的病耻感。他的梦想之旅，在路上遇见的很多人，和数以百万计的精神疾病患者都启发了他对针对这些疾病的病耻感的挑战。”
- 演员Glenn Close有一场由Ron Howard设计的名为BringChange2Mind with a PSA的活动：<http://www.bringchange2mind.org/>
- 焦躁童话---心理健康音乐是起源于由明尼苏达协会儿童心理卫生健康（MACMH）创作的40分钟音乐剧。www.macmh.org
- In Our Own Voice (IOOV)是一个独特的信息推广方案，由美国国家精神疾病联盟（NAMI）开发，它提供洞察患有严重的精神疾病患者有可能的恢复情况。该计划旨在满足用户教育举措的需要，建立精神疾病素质教育的标准，为用户提供真正的工作机会，鼓励发言人表达自信和自尊，把重点放在恢复和希望。www.nami.org
- Iris the Dragon图书系列于2000年在加拿大安大略省由Gayle Grass发行，它的创作有助于减少与精神疾病相关联的消极态度，理解和认识儿童的心理健康问题。
www.irisinthedragon.com
- 2007年9月，在安达卢西亚，西班牙，1 de cada 4 是一项运动，它提高公众对精神疾

病的认识，从而减少精神疾病患者病耻感和歧视经历。 www.1decada4.com

- SANE StigmaWatch, 一个国家心理健康慈善机构, SANE Australia, 监视着澳大利亚媒体以确保准确和对精神疾病的尊重。它通过监视、纠正和记录媒体对精神疾病的误传。 www.sane.org
- Mind (美国国家心理健康协会) 为英格兰和威尔士提供国家级信息。他们的活动体现了所有人自主、平等、知识和参与社会的价值, 尤其是那些患有精神疾病的人。积极的活动提高了英国理事机构的政策和态度, 也非常成功地制定了地方级心理健康的倡议。 <http://www.mind.org.uk>



大众媒体 “大众传播媒介, 是市民获取心理疾病的信息的主要来源。” ——公众态度调查, 罗伯特·伍德·约翰逊基金会

我们为什么要关注?



大众媒体每天拥有巨大的观众来源, 包括电视、电影、广播、报纸、广告、互联网:

——美国人平均每天看四个小时的电视

——在 2008 年售出 13.6 亿电影票

——在 2007 年约出租 171 万张 DVD, 卖出超过十亿

——在 2009 年 2 月, 网民平均花 61 小时在互联网 (8)

大众传媒往往错误地显示精神疾病患者的暴力和危险

- “人身威胁是新闻报导里最常见的与精神疾病相关的主题”（9）
- 黄金时间电视节目的一个研究发现，精神疾病患者更容易被描述为暴力犯罪者，是非精神紊乱的电视角色的 10 倍。（10）

不仅媒体描绘为患有精神病的罪犯，他们进一步阐述精神疾病不太可能恢复。卡通、广告和电影的使用嘲笑精神疾病患者，不在意他们的问题。

各种形式的媒体记者在塑造公众的理解和有关健康问题的辩论中扮演着越来越重要的作用。心理健康新闻节目的 Rosalynn Carter 奖学金，创建于 1996 年，是国家努力减少对精神疾病患者消极态度和歧视的一部分。该奖学金计划旨在提高准确报告心理健康问题，帮助记者通过曝光在该领域已确立的资源，做出高质量的工作提高反映心理健康问题的认识和发展，提供更明智的印刷和电子杂志的框架。（11）

不幸的是，美国印第安纳大学和哥伦比亚大学的一个联合研究发现，尽管更大力度地向公众宣传对这些疾病的神经生物学解释，人们对严重的精神疾病或药物滥用问题的偏见和歧视没有任何变化（12）。

最近的研究发现：

--48.6%的人都不愿意和抑郁症的患者在一起工作。

我的办公室来了一个新同事，我知道他在与抑郁症斗争，因为几个月前他向我倾诉，他被诊断患有双相情感障碍。我一直在坚持对这件事情保密。后来，由于他的疾病和药物治疗的并发症，他在工作中表现出的行为让别人不舒服。他寻求医疗支持，答应我告诉同事们他的情况，希望他们能理解。同事们的反应吓坏了我，“他只是用诊断的方式来保住他的工作！”，“我只是认为他不应该在这里工作……”

虽然我没在双相情感障碍中挣扎，但我也有过抑郁和焦虑的经历。我告诉我们的董事会，我被这些评论激怒，员工需要围绕心理健康问题的敏感性进行培训，但我没有得到任何回应。

尽管这件事影响了我们对公司和员工的感情，可喜的消息是我们正兴高采烈地计划要一起度过余生。值得庆幸的是，他的健康状况现在好多了。

——*Caroline W.*

—自 1956 年以来，与精神疾病相关联的暴力事件百分比增加了一倍（13）。

“在美国，偏见和歧视没有改变”，社会学家Bernice Pescosolido说。“事实上，在某些情况下，这种情况在增加。是时候退后一步，重新思考我们的做法。”他还指出，“我们号召各社会团体来谈论这些从某种意义上来说几乎影响到每一个美国家庭的问题，这关系到每个人的利益。”

该研究文章建议，减少歧视的工作重点是对人而不是对疾病，强调有精神健康问题的人的能力和竞争力。Pescosolido说，完善的民间团体（通常不涉及心理健康问题的群体）可以非常有效地使人们认识到患有精神疾病的人需要包容和公民尊严和权利的重要性（14）。

对抗病耻感

那么，我们应该怎样对抗病耻感呢？SAMHSA有一套“4P”方法：赞美（Praise），抗议（Protest, ），个人联系（Personal Contact），合作伙伴关系（Partnership）。以下是一些具体“做”和“不做”的：

1. 在美国精神病学协会最近的一项调查中，79%的受访者认为，寻求和接收来自家庭和朋友的支持会减少病耻感。
2. 分享你的心理障碍经历。你的故事传达给别人让他相信精神障碍没什么可尴尬的。
3. 帮助有心理障碍的人重新进入社会。支持他们为住房和就业机会的努力。
4. 观察你所使用的语言：
 - 不要使用通用标签“迟钝”，“我们的精神疾病”
 - 不要使用隐喻的精神科诊断，如“精神分裂症的情况”
 - 不要使用冒犯的话“精神病患者”，“疯子”，“神经病”，“疯子”，“慢”，“疯子”
 - 不要针对一个人作出诊断：“他有两极性”，而不是说“他有双相情感障碍”
5. 尽可能在媒体上文件证明病耻感
6. 因为媒体教育和影响公众舆论的权力，它还提供我们消除污名的最好希望，所以，当他

们做得正确时要记得感谢。

7. 写信，拨打电话或e-mail给冒犯你的伙伴
8. 让你的当地、地区和国家领导人表明立场
9. 积极支持媒体揭露病耻感的工作
10. 教育自己 – 消除病耻感从你开始
11. 作为志愿者，参加活动

参考文献：

- (1): (Healthline Network Inc., 2007)
- (2): About.com
- (3): Link & Phelan, 2001
- (4): MHA Colorado
- (5): Canadaian MH Assoc Ontario
- (6): Lacondria Simmons: <http://www.med.upenn.edu/psychotherapy/Stigma.html>
- (7): Link, Mirotznik, & Cullen, 1991; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001; Perlick et al., 2001; Sirey et al., 2001; Struening et al., 2001
- (8): Bryant, J. & Thompson, S. (2002). Fundamentals of Media Effects. McGraw-Hill. Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorelli, N. (1980). The “Mainstreaming” of America. Journal of Communication, (30), 10-29.
- (9): Wahl, O., Wood, A., & Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 6, 9-31.
- (10): Don Diefenbach (2007). Journal of Community Psychology, Vol. 35, 181-195.
- (11): www.samhsa.org
- (12): Pescosolido, B.A., J.K. Martin, J.S. Long, T.R. Medina, J. Phelan, B.G. Link. 2010. “ ‘A Disease Like Any Other?’ A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression and Alcohol Dependence.” American Journal of Psychiatry 167(11):1321-1330.
- (13): Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido. B.A. (1999). Public

conceptions of mental illness. American Journal of Public Health, Vol. 89, 1328–1333.

(14): Pescosolido, B.A., J.K. Martin, J.S. Long, T.R. Medina, J. Phelan, B.G. Link. 2010. “ ‘A Disease Like Any Other?’ A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression and Alcohol Dependence.” American Journal of Psychiatry 167(11):1321–1330.

(15) GHANEAN, H., NOJOMI, M., JACOBSSON, L.. Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. Stigma Research and Action, North America, 1, Feb. 2011.