

抑郁转双相障碍的认知行为治疗个案概念化报告

贾艳滨 卢倩怡

【关键词】 双相情感障碍； 重性抑郁障碍； 认知行为治疗； 个案概念化； 个案报告

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.02.009

Cognitive behavioral treatment on patients transformed from depression to bipolar disorder: a case conceptualization report JIA Yan-bin, LU Qian-yi. Department of Psychiatry, the First Affiliated Hospital of Ji'nan University, Guangzhou 510000, China

【Key words】 Bipolar disorder; Major depressive disorder; Cognitive behavioral therapy; Case conceptualization; Case report

双相障碍(Bipolar Disorder)是有抑郁发作和躁狂发作的一种心境障碍,而重性抑郁障碍(Major Depressive Disorder, MDD)是以显著而持久的心境低落、思维迟缓和意志减退的“三低症状”为主要特征的一种精神障碍。双相障碍的抑郁发作(简称双相抑郁),在第一次发作时很难与抑郁障碍进行鉴别。因此双相抑郁常被误诊为MDD。有研究发现,误诊为抑郁障碍的双相障碍II型患者的自杀率高达38.9%^[1]。

认知行为疗法(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)对抑郁障碍的治疗已经得到广泛的认可和应用,但关于双相障碍患者的认知指导,及双相抑郁和抑郁症在早期的鉴别也是CBT面临的挑战。本文对1例诊断为MDD的双相障碍患者的治疗过程及效果进行总结,旨在提醒治疗师在对抑郁障碍进行CBT的过程中关注双相障碍,如患者出现躁狂表现则需调整治疗方向,并及时与精神科医师沟通,提醒广大心理治疗从业者关注双相抑郁,学会筛查抑郁障碍中的双相障碍,避免漏诊。

1 个案基本情况

1.1 基本信息 女,23岁,本科毕业,现已辞职,家住广东,未婚未育。

1.2 来诊原因 患者因心情差,时常哭泣,外出时紧张焦虑并频繁上厕所,无法进行正常工作及社交活动,于2016年4月就诊于广州某三甲医院精神科门诊。

1.3 第一印象 外表清秀,衣着得体,神情忧郁,略

显紧张,语速较慢。

1.4 主诉 易担心紧张8年余,加重伴眠差、情绪低落3月。

1.5 问题行为的发生、发展变化 患者8年前(高一)开始出现紧张就会频繁想上厕所,5年前上大学后因担心自己无法毕业而焦虑紧张,上厕所更加频繁,但对患者日常生活影响不大。3个月前担心忧虑加重,害怕外出,如:担心自己病情被亲人获悉受歧视,害怕母亲反对与男友交往来男友家吵闹,外出时紧张找不到厕所尿失禁,在他人面前做出不适当表现等。如果无法避免外出,必须由男友陪同,并准备纸尿裤以防万一,同时要求男友单独驾车。渐渐情绪低落,常常无故哭泣,感觉自己各方面都不如人,觉得生活没有意思,偶有自杀念头,且夜间睡眠差,眠浅易醒,多梦。

1.6 精神科初步诊断及诊断依据 精神科医师依据DSM-5诊断为抑郁障碍伴有焦虑特征。依据如下:(1)患者几乎每天都感到情绪低落,其家人观察到患者经常无故哭泣;(2)患者自诉对许多事情的兴趣都下降了,感到什么都不想做;(3)睡眠差,眠浅易醒,且多梦;(4)存在疲劳感,觉得精力不足,没有力气;(5)曾有自杀念头。

1.7 成长经历 患者父亲为自由职业,母亲为家庭主妇。患者在家排行第二,有一姐一弟一妹,四个孩子均与母亲关系不好。小学时曾与兄弟姐妹一同就读于一所条件较好的寄宿学校,心情常较为愉悦。后因校方经营不善,转校回家乡小学继续学业。因家境、学习成绩较好,在同学中有优越感。但高中考入当地最好的重点高中后,在班级中排名靠后,且高考成绩不理想,被省外一所大学补录为本科生。大

作者单位: 510000 暨南大学附属第一医院精神科(贾艳滨);暨南大学管理学院(卢倩怡)

通讯作者: 贾艳滨 Email:yanbinjia2006@163.com

学习成绩较好并每年获奖学金,但认为是同学不认真学习,水平不高才显得自己较好。

患者读书以及工作期间,人际关系一般,虽与人相处没有困难,但无亲密好友。毕业后曾从事文职工作,但认为工作普通、感到不理想,后因对上司不满意(自诉大多数同事对上司评价亦不高),最终辞职。

1.8 家庭背景 患者父亲腿部残疾,很多事情需要母亲帮忙。其母亲文化程度较低,脾气急躁,多疑易怒,对家人要求高,经常责骂孩子。母亲小时候常受其父母责打并受哥哥欺负,年轻时经介绍与患者父亲结婚。父母关系较差且经常吵闹,父亲曾提出离婚但母亲反对。患者认为母亲有严重的心理问题,自己和妹妹的心理问题都与母亲有关。

1.9 个案概念化

1.9.1 个案的横向概念化 借助三栏表,与患者一起针对出现频率较高、对患者影响较大、持续时间较长的一些典型事件进行“情景—自动思维—反应”的分析。情景即为此前提及的典型事件;自动思维是在这些事件发生的当下个体脑海中涌现出来的想法;而反应包括情感、行为和生理反应。其中一个典型事件的横向分析见表1。

表1 一个典型事件的横向概念化

情境	自动思维	反应
想到近期母亲要来广州看望自己	母亲会做出不礼貌的事情或者说些不妥当不礼貌的话;男友及其家长会看不起我	情感反应:焦虑、伤心 行为反应:在房间哭泣 生理反应:头疼、上厕所

1.9.2 个案的纵向概念化 通过已知的自动思维,识别患者的核心信念,确定中间信念,并了解与其核心信念相关的童年经历,以期发展出应对其核心信念的补偿策略。根据Beck JS的认知疗法,自动思维是在具体情境中所产生的观念和想法,而核心信念是个体关于自我、他人和世界的根本性的、概括性的观念。它之所以叫核心信念,是因为它是所有认知观念的核心,其他的信念都是围绕它组织起来的。核心信念决定自动思维,也是通过中间信念来实现的^[2]。患者的纵向概念化见图1。

1.10 心理评估 患者在精神科门诊完成了瑞文标准推理测试、病人健康问卷抑郁量表(PHQ-9)、广泛性焦虑量表(GAD-7)、症状自评量表(SCL-90)等量表。患者各项评分结果如下:瑞文标准推理测试为10%(对应韦氏智力测试得分在75~85分,智力等级为“低于平常”);PHQ-9评分为19分(重度抑郁);GAD-7评分为18分(重度焦虑);SCL-90在多个维

度都显示严重异常。

1.11 治疗目标及预后 (1)短期目标:降低抑郁、焦虑情绪;减少上厕所次数;克服恐慌情绪,恢复正常的工作、社交生活。(2)长期目标:理解原生家庭的状况,促进人格发展。(3)预后:通过治疗,改善患者的情绪和身体症状。患者男友及男家庭给予患者较多支持,有一定的社会支持基础,对心理治疗师信任等,说明患者有能力发展亲密关系,预后比较好。改善患者与母亲的关系,提高社会功能,有利于患者心理成长。

1.12 治疗计划 (1)开始阶段:建立强有力的治疗联盟,确定患者的主要问题并讨论出治疗目标。教育患者了解他们自身的心理障碍以及认知模式,训练患者识别、评估自动思维、并对自动思维做出反应的能力,对患者进行行为激活。帮助患者进行治疗的社会化。(2)中间阶段:继续朝着目标而努力,但同时注意识别、评估并纠正患者的不良信念。和患者分享对患者的概念化,并应用“理性的”和“情感的”技术促进信念的校正。教授患者达到这些目标需要的技巧。(3)最后阶段:把治疗的进展归功于患者,回顾并传授在治疗中学会的工具和技术,讨论自我治疗的计划。

2 治疗过程

本个案于2016年4月开始,持续治疗16次,开始阶段与中间阶段每周进行一次,最后阶段将见面频率延长至两周一次。在治疗初期,患者拒绝接受药物治疗,因此,治疗初期患者只接受认知行为治疗,治疗进展比较顺利,第3周就找到了一份文员工作。但是在第6次治疗时表现出明显的病情变化,没有任何外界心理因素,抑郁情绪加重并辞职,出现严重的抑郁与自杀意念。治疗师发现患者病情的变化,与患者及其精神科医师沟通,在第8次治疗后患者开始服药,具体服用药物为欣百达(60 mg/d),思瑞康(200 mg/d)。第10次治疗时患者出现躁狂症状,精神科医师调整其药物为碳酸锂和思瑞康,调整方向CBT治疗继续,同时给予患者疾病与心理教育,直至患者病情稳定。

2.1 第1次:建立关系,了解情况,初步评估,建立设置 运用一般性咨询技术与患者建立关系,搜集资料,对个案的具体情况进行评估,确定其主要问题(包括情绪低落,以及严重的紧张焦虑情绪,从而导致频上厕所,无法正常工作,影响正常社交,与母亲关系差),建立目标清单,并对患者进行初步概念化。此后,对患者进行心理教育介绍心理治疗过程以及CBT疗程特点,指导患者呼吸放松法。最后布置家庭作业,要求患者对引起自身负面情绪的事件、情

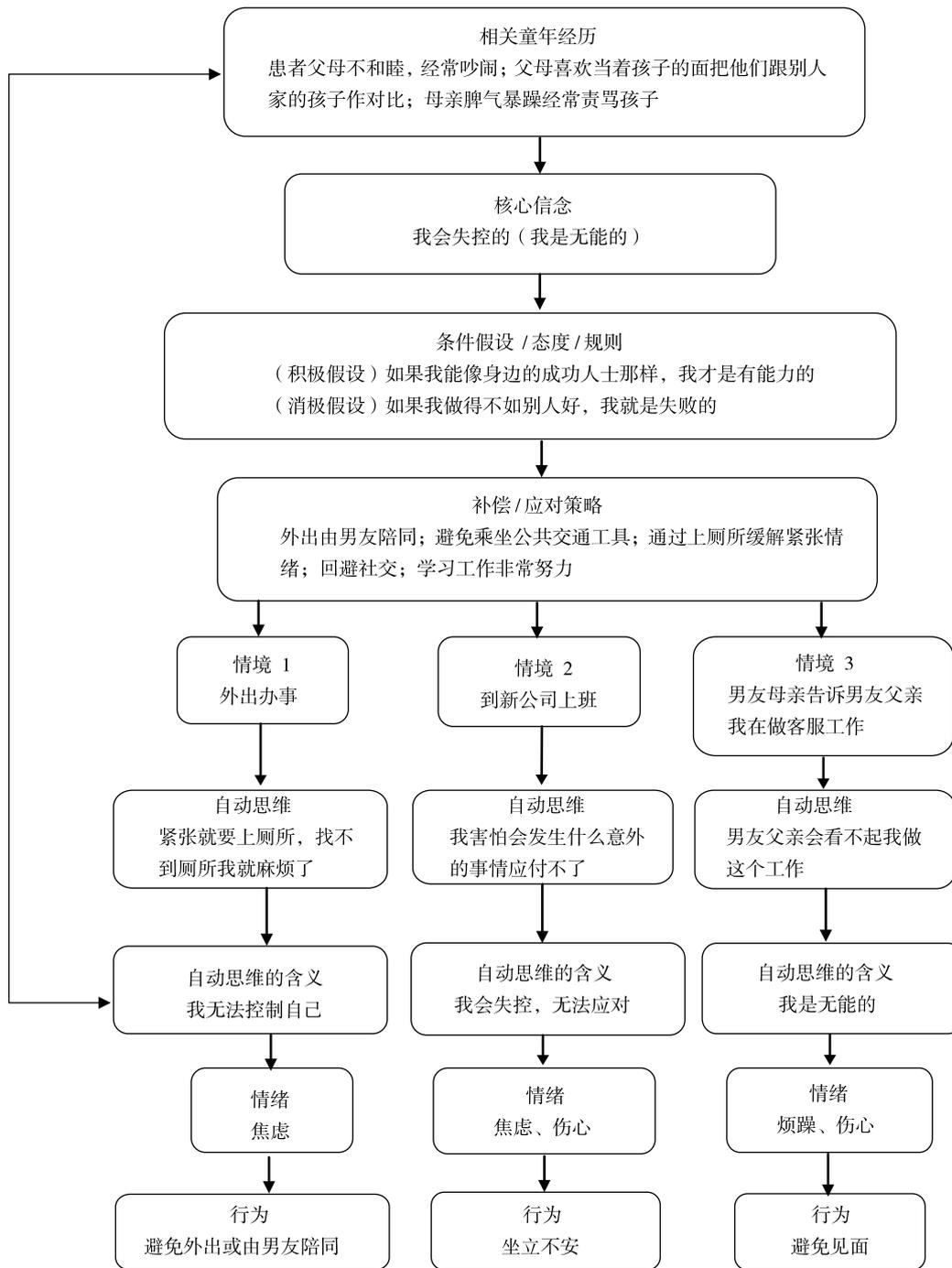


图1 纵向概念化图

绪、认知和行为反应进行记录，并练习呼吸放松法以舒缓其紧张情绪。

2.2 第2~5次：认识症状的意义和行为功能，识别和评价自动思维，行为激活 在加强情感支持、巩固咨询关系的基础上，进一步了解患者的情况，并通过家庭作业的反馈和对一些引起患者焦虑、抑郁情绪的典型事件进行分析，让患者得以了解她的心理障碍以及认知模式，启发患者认识症状的意义以及情绪、行为、生理反应与认知之间的关系。借助一系列

的CBT技术，例如苏格拉底式提问、确认认知歪曲等，促进患者识别和合理评价自己的自动思维，并找出适应良好的应对策略，从而降低负性思维的程度。针对患者抑郁状态下兴趣和活动的减少，采用行为激活的方法，鼓励患者通过活动图表以减少愉悦感和掌控感低的行为，增强患者的自我效能感。

2.3 第6~8次：继续加强患者识别评估自动化思维的能力，结合行为训练加强患者与社会的接触 通过对家庭作业的反馈以及咨询过程中的训练，加强

患者对自动化思维的识别能力,并增加对新的、适应性的思维和反应的认可程度。针对患者的焦虑情绪,帮助其评定焦虑等级,设计系统脱敏行为训练方法,协助患者逐级进行暴露练习,与患者在治疗室进行尿频感的自我暴露。通过进行自信训练和沟通技巧练习,增强患者的自信,提高与他人交流的能力。通过提高患者在家庭作业、设置治疗议程以及给出反馈方面的主动性,进行治疗的社会化。此阶段初期,患者的抑郁症状加重,出现失眠及自杀观念,针对这一情况,对患者不愿服药这一行为进行概念化,打消患者对药物治疗的误解,与患者讨论接受药物治疗的利弊,患者从第8次治疗后开始接受药物治疗。

2.4 第9~13次:进一步完善概念化图表,识别并矫正中间信念和核心信念 在咨询关系逐渐稳固、患者的自动思维得到较好的识别和评价的基础上,结合患者的童年经历以及重要他人的影响进行个案的概念化,讨论了不适应性认知方式和行为方式的来源以及关于自身、他人及周边环境的中间信念和核心信念。通过箭头向下技术、信念问卷、行为实验、自我暴露等方法识别并引出患者的中间信念和核心信念。教育患者认识中间信念和核心信念并监控它们的运作。针对患者“我是无能的”这个核心信念,采用认知连续体的方式让患者理智地认识到自己的位置,与患者共同讨论应对策略并发展出新的核心信念。结合家庭作业维持治疗成果及实现治疗结果的迁移。

值得注意的是,在第10次的治疗中,患者出现心情大幅度好转,并且“活力十足”;对未来的多种乐观构想让自己非常兴奋;感觉精力充沛,无疲劳感,且热衷外出购物以及网购,“花钱如流水”等表现。针对这一系列改变,治疗师建议患者立即于精神科门诊就诊,精神科医师修改诊断为双相障碍。治疗师也开始调整治疗方向,对患者进行双相障碍的疾病教育,引导患者理解这些表现来源于病情的变化。通过CBT技术改变患者的夸大认知,指导患者理性消费理性决策,避免冲动行为。建议患者每周去精神科医师处复诊,及时将这些表现告知其主治医生,以及尽早对药物进行调整。精神科医师立即停用欣百达,联合使用碳酸锂等药物,同时患者继续CBT的联合治疗,在第13次与患者交流时,躁狂症状明显减轻。

2.5 第14~16次:巩固治疗结果,为预防复发及自我治疗作准备 将患者取得的进步归功于患者,增强让患者成为自己的治疗师的信心。回顾治疗过程所学到的知识和技能,重复此前对其核心信念进行的认知行为训练,强化新建立起来的信念。为可能的

复发设计应对卡片,例如再次出现紧张情绪或者自卑自责的时候可以应对的策略。讨论并回应对结束治疗的担心,讨论自我治疗计划并鼓励实施,拉长治疗间的间隔,促使患者尝试自我治疗的会谈。

3 治疗结果

3.1 治疗改变 16次的治疗后,患者整体负性情绪困扰程度保持在30%左右。情绪低落、哭泣的情况明显减少。紧张情绪对患者的影响下降,已经可以自己外出,上厕所的次数也基本正常,社会功能得到明显恢复,对未来生活恢复信心。

3.2 心理评估结果 GAD-7得分下降至5分,PHQ-9得分下降至4分。

4 案例分析

CBT能使得个体的焦虑和抑郁情绪都有非常明显的改善^[3]。但是药物与CBT结合的治疗或许优于单纯的CBT治疗及药物治疗。本案例中的患者在治疗初期对药物方案表示怀疑,拒绝接受药物治疗,尽管在咨询过程中认真配合治疗师,主动承担起改变的责任,体现出轻度抑郁CBT的疗效,但病情发展后,尤其是伴有自杀意念及失眠等生理改变时,治疗师及时建议精神科医师介入治疗,患者出现治疗转机,同时也出现躁狂症状,也暴露出患者病情真正的面目。这是一个治疗师与精神科医师配合默契的案例,如何将药物治疗与心理治疗更好的结合,引导患者正确认识精神科药物,做好疾病教育等,是临床工作者和科研人员需要继续努力的方向。

此外,本个案在第9~14次的治疗中,曾有精神运动的激越、情绪高涨、不理智的消费行为增多等表现,治疗师及时反馈患者情况,精神科医生亦修改其诊断为双相障碍。双相障碍属于重性精神障碍,其治疗方法与抑郁障碍的治疗方法有明显的差异,治疗师在此充当了医师助手的工作。当患者处于躁狂发作高峰期时,通常能获得较强的欣快感,激越性较高,患者可能会更喜欢这种躁狂状态,干扰治疗,控制躁狂兴奋症状会相对困难。因此,需要及早对患者进行疾病教育,增加对躁狂症状的认知。此时认知治疗干预所起作用较大,患者更容易学习并记住与疾病相关的知识,并在症状出现时加以运用^[4]。

治疗师及地从抑郁患者中发现双相障碍尤为重要,在与患者接触的过程中,患者的一些情绪变化值得引起治疗师的注意。研究发现发病年龄、首发抑郁年龄越早、病程越长、首次抗抑郁治疗效果不佳,出现双相抑郁可能性越大^[5]。本案例提示,伴有自杀意念、焦虑特征的重度抑郁情绪需要我们提高警惕,对患者进行双相障碍量表筛查与评估,及早预防。双相抑郁患者通常有自发转躁及更期待体验欣

快感,依据减少情绪反复波动的原则,可给予疾病教育,引导患者认识到其情绪的波动可能与疾病的变化相关,和导致疾病加重和难治的可能性。通过分析、比较控制病情与任由症状发展的利与弊,准备应对卡片,记录情绪日记,及早发现抑郁与躁狂发作的特征及学习时可采取的应对措施^[4]。

总之,本案例通过较为系统的CBT,与患者建立良好的关系,了解患者的基本信息,用认知重建、行为训练、放松训练等方法对患者进行干预,起到了比较好的治疗效果。另一方面,对初次诊断的带有明显焦虑特征的抑郁障碍,需严密关注治疗中出现的双相特征,治疗师积极主动观察可能出现的双相特征,早期诊断,并与精神科医生联系,调整药物治疗,对患者具有重要的治疗意义。希望CBT治疗团队与临床医生的紧密配合,共同促进双相障碍的临床治疗。

致谢:本案例的报告得到患者的知情同意。由心理治疗师郑

冬青提供,由贾艳滨主任逐次督导

参 考 文 献

- [1] 王君,陈林,吉振鹏,等.误诊为抑郁症的双相障碍Ⅱ型患者自杀风险的危险因素分析[J].中国神经精神疾病杂志,2015,41(2):65-70.
- [2] Beck JS, Beck AT. Cognitive behavior therapy: basics and beyond [M]. New York: Guilford Press, 2011.
- [3] Watts SE, Turnell A, Kladnitski N, et al. Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression[J]. J Affect Disord, 2015, 175:152-167.
- [4] Wright JH, Kingdon DG, Turkington D, et al. Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness An Illustrated Guide[J]. New York: American Psychiatric Publishing, 2008.
- [5] 马燕桃,于欣.单双相抑郁障碍住院患者临床特点比较[J].中国心理卫生杂志,2006,20(6):404-406.
- [6] 王纯,张宁.一例广泛性焦虑障碍患者认知行为治疗的个案概念化报告[J].中国心理卫生杂志,2014,28(12):932-936.

(收稿日期:2017-01-18)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊文稿中缩略语的书写要求

在本刊发表的学术论文中,已被公知公认的缩略语在摘要和正文中可以不加注释直接使用(表1);不常用的和尚未被公知公认的缩略语以及原词过长、在文中多次出现者,若为中文可于文中第1次出现时写明全称,在圆括号内写出缩略语,如:流行性脑脊髓膜炎(流脑);若为外文可于文中第1次出现时写出中文全称,在圆括号内写出外文全称及其缩略语,如:阿尔茨海默病(Alzheimer Disease, AD)。若该缩略语已经公知,也可不注出其英文全称。不超过4个汉字的名词不宜使用缩略语,以免影响论文的可读性。西文缩略语不得拆开转行。

表1 神经疾病与精神卫生杂志常用缩略语

缩略语	中文全称	缩略语	中文全称	缩略语	中文全称
CNS	中枢神经系统	CSF	脑脊液	GABA	γ-氨基丁酸
IL	白细胞介素	AD	老年痴呆症(阿尔茨海默病)	PD	帕金森病
MRI	磁共振成像	CT	电子计算机断层扫描	DSA	数字减影血管造影
PCR	聚合酶链式反应	EEG	脑电图	MR	磁共振
HE	苏木素-伊红	BDNF	脑源性神经营养因子	PET	单光子发射计算机断层扫描
SOD	超氧化物歧化酶	ELISA	酶联免疫吸附剂测定	CRP	C反应蛋白
MMSE	简易精神状态检查	NIHSS	美国国立卫生研究院卒中评分	TIA	短暂性脑缺血发作
TNF	肿瘤坏死因子	WHO	世界卫生组织	HAMD	汉密尔顿抑郁量表
HAMA	汉密尔顿焦虑量表	PANSS	阳性与阴性症状量表	rTMS	重复经颅磁刺激
5-HT	5-羟色胺	SSRIs	选择性5-羟色胺再摄取抑制剂	MoCA	蒙特利尔认知评估量表
PTSD	创伤后应激障碍	ICD-10	国际疾病分类第十版	DSM	美国精神障碍诊断与统计手册
CCMD-3	中国精神障碍分类与诊断标准 第3版				