

• 论 著 •

城市部分移民抑郁障碍的临床特征

肖 容,程农梅,李清均[△],陈俊杉,郑 琼,吴进纯
(重庆市精神卫生中心 401147)

摘要:目的 探讨移民因素对抑郁障碍患者临床特征的影响。方法 根据患者是否移民将 134 例抑郁障碍患者分为移民组(66 例)与对照组(68 例)。采用《美国精神障碍分类与诊断标准(第 4 版)》(DSM-IV)对患者进行诊断及评估,采用蒙哥马利抑郁评定量表(MARDS)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估抑郁患者病情严重程度。结果 (1)移民组与对照组的 MADRS 评分差异有统计学意义[(27.04±1.02) vs. (23.63±2.52), $t=10.333, P<0.05$], HAMD 评分差异有统计学意义[(30.87±5.60) vs. (25.63±4.52), $t=5.948, P<0.05$], HAMA 评分差异有统计学意义[(23.13±5.49) vs. (15.75±4.52), $t=8.483, P<0.05$], 治疗缓解率差异有统计学意义(17.35% vs. 45.23%, $\chi^2=13.019, P<0.05$)。 (2)抑郁障碍与广场恐惧症、惊恐障碍、创伤后应激障碍、躯体化障碍、持续疼痛障碍等共病,移民组发生率显著高于对照组($P<0.05$)。 (3)移民组在睡眠障碍、认知症状、无价值感、激越/迟滞、自杀意念、幻觉/妄想等症状的发生率显著高于对照组($P<0.05$)。结论 城市移民抑郁障碍患者抑郁程度较重,共病焦虑障碍发生率高,且缓解率较低,应引起政府的高度重视。

关键词:抑郁障碍; 共病; 焦虑; 抑郁; 移民

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.23.022 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)23-3487-03

Clinical characteristics of depressive disorder in urban migrants

XIAO Rong, CHENG Nongmei, LI Qingjun[△], CHEN Junshan, ZHENG Qiong, WU Jinchun
(Chongqing Mental Health Center, Chongqing 401147, China)

Abstract: **Objective** To study the influence of clinical features in migrants with depressive disorder. **Methods** A total of 134 patients with depressive disorder were divided into the immigrant group (66 cases) and control group (68 cases). Using the UNITED STATES CLASSIFICATION AND DIAGNOSTIC CRITERIA FOR MENTAL DISORDERS FOURTH EDITION (DSM-IV) to diagnose and assess the patients, the amount of Montgomery depression rating scale (MARDS) and Hamilton depression scale (HAMD), Hamilton anxiety scale (HAMA) assess the degree of depression were used to assess patients with severe disease. **Results** There were statistical differences in MADRS scores [(27.04 ± 1.02) vs. (23.63 ± 2.52), $t=10.333, P<0.05$], HAMD scores [(30.87 ± 5.60) vs. (25.63 ± 4.52), $t=5.948, P<0.05$], HAMA scores [(23.13 ± 5.49) vs. (15.75 ± 4.52), $t=8.483, P<0.05$], and treatment remission rate (17.35% vs. 45.23%, $\chi^2=13.019, P<0.05$) between the two groups. The incidence of depression and agoraphobia, panic disorder, post-traumatic stress disorder, somatic disorder, and persistent pain disorder were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). The rates sleep of disorders, cognitive symptoms, sense of no value, agitation/hysteresis, suicide, and illusion/delusion in group of immigrants were significantly higher than that of control group ($P<0.05$). **Conclusion** The condition of urban immigrants with depressive disorder is serious, its incidence of comorbid anxiety disorders is high and the rate of remission is low, which should be paid more attention by the government.

Key words: depression disorders; comorbidities; anxiety; depression; immigration

随着城市化的进程,重庆已经成为中国西部移民的重要目的城市。移民是城市化的主体^[1],而移民所出现的心理健康问题也日益显现^[2]。欧洲和北美一些研究报道,移民中精神障碍患病率比当地人群高^[3-4]。也有研究发现移民的心理及躯体健康状况比本地居民更好^[5-6]。有研究比较过不同文化背景下跨国移民和国内移民的身心健康状况,他们发现移民频繁抱怨躯体问题,而焦虑和抑郁状态不明显,同时无法融入当地社会的抱怨也较少^[7]。Schrier 等^[8]研究发现,在阿姆斯特丹居住的土耳其和摩洛哥移民中焦虑症和抑郁症共病的发病率比本地人高。当强调移民对精神病理学的影响时,共病似乎有突出的影响,即抑郁症的共病常与心理社会不良事件相关^[9]。2011 年加拿大《移民健康状况指南》指出,如果患者有不良事件经历,移民因素就是抑郁症的危险因素^[10]。抑郁障碍是最常见的重性精神障碍之一,常病程迁延,反复发作,部分可有残留症状或转为慢性,造成严重的社会功能损害。因此,有必要探讨

城市移民抑郁障碍的临床特点,以探索抑郁障碍的精神病理学机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1 月至 2016 年 12 月在重庆市精神卫生中心住院确诊且符合《美国精神障碍分类与诊断标准(第 4 版)》(DSM-IV)抑郁障碍的患者参加本研究。纳入标准: (1)年龄 18~60 岁,小学以上文化程度,均为汉族; (2)存在焦虑抑郁情绪,汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分大于 9 分,汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分大于 8 分; (3)全部患者均采用五羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)类药物抗抑郁治疗和心理治疗; (4)患者均被告知试验目的、方法、预期好处及安全性,并征得患者及监护人的同意; (5)排除有严重躯体疾病、妊娠或哺乳期女性及依从性差的患者。共纳入 134 例患者,年龄 20~58 岁,平均(38.92±7.64)岁。本研究通过了重庆市精神卫生中心伦理委员会审核。按照就诊顺序奇数偶数依次编号收集患者,患

者被随机分配至两个治疗小组进行干预,根据是否移民分为移民组(66 例)和对照组(68 例)。移民组 66 例,为外地来渝工作和生活满 1 年以上的对象,其中男 30 例,女 36 例;年龄 18~60 岁,平均(38.34±8.82)岁;受教育年限 3~16 年,平均(10.14±2.63)年。对照组 68 例,为长期居住本地、具有正式户籍的抑郁障碍患者,其中男 28 例,女 40 例;年龄 20~58 岁,平均(37.97±10.46)岁;受教育年限 2~15 年,平均(11.78±3.74)年。两组间性别、年龄、受教育程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对所有研究对象进行开放性对照治疗观察,疗程不限。两组患者均给予国产 SSRI 类抗抑郁剂(如帕罗西汀、西酞普兰、舍曲林等)治疗,晚间适量服用苯二氮卓类药以保证睡眠,同时配合心理行为干预,1 次/周,每次 30~45 min。

1.3 观察指标 (1)蒙哥马利抑郁评定量表(MADRS)评分^[11]:共 10 个项目,总分越高,抑郁程度越重。MADRS<12 分提示无抑郁症状,MADRS≥12 分且 MADRS<22 分提示轻度抑郁,MADRS≥22 分且 MADRS<30 分提示中度抑郁,MADRS≥30 分提示重度抑郁。(2)HAMD 评分:包括 24 个项目,总分超过 35 分,提示重度抑郁;20~35 分中度抑郁;8~20 分轻度抑郁;<8 分,提示无抑郁。(3)HAMA 评分:包括 14 个项目,总分能较好地反映病情严重程度。≥29 分,提示严重焦虑;≥21 分,肯定有明显焦虑;≥14 分,肯定有焦虑;≥7 分,可能有焦虑;<7 分,提示没有焦虑症状。由经过统一培训的 2 名医师对所有患者进行评定,量表的一致性测试 Kappa 值为 0.74。分别于入、出院时进行各量表的测评。按照各量表减分率评定疗效,减分率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。减分率:<25%为无效,≥25%~50%为进步,≥50%~75%为显著进步,≥75%~100%为痊愈。有效率=(显著进步例数+治愈例数)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件对数据进行分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内和组间比较均采用 t 检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组间临床资料比较 (1)阳性家族史:移民组 15 例(22.73%),对照组 13 例(19.12%);两组比较差异无统计学意义($\chi^2=0.264, P>0.05$)。(2)心理社会因素:移民组 40 例

(60.61%),对照组 36 例(52.94%);两组比较差异均无统计学意义($\chi^2=0.802, P>0.05$)。(3)发病次数:初次入院者移民组 22 例(33.33%),对照组 18 例(26.47%);反复发作或多次住院者移民组 44 例(66.67%),对照组 50 例(73.53%),两组比较差异无统计学意义($\chi^2=0.753, P>0.05$)。(4)发病年龄:移民组 16~53 岁,平均(32.34±10.46)岁;对照组 16~55 岁,平均(33.65±11.28)岁;两组比较差异无统计学意义($t=-0.698, P>0.05$)。(5)病程:移民组 1~64 个月,平均(31.92±15.63)个月;对照组 1~58 个月,平均(33.41±17.59)个月,两组比较差异无统计学意义($t=0.668, P>0.05$)。(6)移民组与对照组量表评分比较:两组 MADRS 评分比较差异有统计学意义[(27.04±1.02) vs. (23.63±2.52), $t=10.333, P<0.05$];两组 HAMD 评分比较,差异有统计学意义[(30.87±5.60) vs. (25.63±4.52), $t=5.948, P<0.05$];两组 HAMA 评分比较差异有统计学意义[(23.13±5.49) vs. (15.75±4.52), $t=8.483, P<0.05$]。(7)两组患者在 SSRI 治疗等效剂量上比较差异无统计学意义($P>0.05$)。移民组疗程 14~136 d,平均(38.32±24.54)d;对照组 18~145 d,平均(40.24±31.26)d,两组比较差异无统计学意义($t=0.396, P>0.05$)。疗效方面,移民组有效 58 例(87.88%),对照组有效 61 例(90.38%),两组比较差异无统计学意义($\chi^2=0.112, P>0.05$);移民组治愈 11 例(17.35%)显著低于对照组的 31 例(45.23%),差异有统计学意义($\chi^2=13.019, P<0.05$)。

2.2 两组间共病情况比较 结果显示,本组 134 例患者与以下疾病共病发生率由高到低依次为惊恐障碍(27.61%)、躯体化障碍(26.12%)、酒精滥用/依赖(20.59%)、持续疼痛障碍(20.15%)、广场恐惧症(17.91%)。移民组与广场恐惧症、惊恐障碍、创伤后应激障碍、躯体化障碍、持续疼痛障碍等病种共病,其发生率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.3 两组间主要临床症状比较 结果显示,抑郁症的主要临床表现为情绪悲伤(94.03%)、快感缺乏(86.57%)、睡眠障碍(85.82%)、疲乏无力(78.36%)、认知症状(73.88%)等。移民组在睡眠障碍、认知症状、无价值感、激越/迟滞、自杀意念、幻觉/妄想等症状的发生率显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 移民组与对照组共病其他精神障碍比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	社交 恐惧症	广场 恐惧症	惊恐 障碍	强迫 障碍	广泛焦虑 障碍	创伤后应 激障碍	躯体化 障碍	持续疼 痛障碍	酒精滥 用/依赖	药物滥 用/依赖	进食 障碍
移民组	66	6(9.09)	20(30.30)	30(45.45)	2(3.03)	5(7.58)	11(16.67)	33(50.00)	21(31.82)	4(6.06)	2(3.03)	1(1.52)
对照组	68	1(1.47)	4(5.88)	7(10.29)	1(1.47)	1(1.47)	0(0.00)	2(2.94)	6(8.82)	3(4.41)	1(1.47)	0(0.00)
χ^2		3.928	13.585	19.641	0.372	2.919	12.347	38.436	11.007	0.184	0.372	1.038
<i>P</i>		0.047	<0.05	<0.05	0.542	0.088	<0.05	<0.05	0.001	0.668	0.542	0.308

表 2 移民组与对照组主要临床症状比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	情绪 悲伤	快感 缺乏	体质量 增/减	睡眠 障碍	激越 /迟滞	疲乏无力	无价值感	认知症状	自杀意念	幻觉/妄想
移民组	66	61(92.42)	54(81.82)	44(66.67)	61(92.42)	36(54.54)	52(78.79)	40(60.61)	46(69.69)	34(51.52)	17(25.76)
对照组	68	35(51.47)	36(52.94)	24(35.29)	8(11.76)	13(19.12)	28(41.18)	27(39.71)	30(44.12)	12(17.65)	1(1.47)
χ^2		0.003	3.455	0.131	55.017	4.002	0.354	5.852	8.927	17.041	16.989
<i>P</i>		0.953	0.063	0.717	<0.05	0.045	0.552	0.016	0.003	<0.05	<0.05

3 讨 论

一般认为, 抑郁障碍的病因与生物、心理、社会因素相关, 尤其负性生活事件在其发病中起着重要作用。本文显示, 两组患者在家族史、心理社会因素、发病次数、发病年龄、病程、疗程等一般资料上差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 但在抑郁、焦虑严重程度及治疗缓解率等方面差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示两组患者的发病特征不存在本质差异, 但其外在表现又明显不同。

本研究结果显示, 抑郁障碍与多种焦虑障碍共病, 尤其移民患者共病广场恐惧症、惊恐障碍、创伤后应激障碍、躯体化障碍、持续疼痛障碍等多见, 其发生率显著高于本地患者。DSM-IV 中指出文化背景可以影响抑郁症状的体验和交流, 从而导致抑郁与焦虑或躯体形式障碍合并。移民患者中躯体形式障碍的发生率较高, 与 Bhugra 等^[12]的研究发现非西方文化患者移民后倾向于出现躯体化症状的结果相一致。本研究中移民患者抑郁症状的数量更多, 抑郁程度更重, 可能与合并焦虑有关。很多研究也提示抑郁焦虑共病与抑郁症状数量增多及严重程度相关^[13-14]。除此之外, 移民患者中精神病性症状数量增多, 自杀意念更突出, 可能与既往创伤性体验相关联^[15-16]。

本研究发现移民患者的总体治疗反应较差, 这与抑郁症共病的相关疗效研究结果一致^[17]。说明移民中抑郁症的治疗难度更高^[18], 这也许是移民群体中抑郁症的临床特点, 而不仅仅是严重程度增加的问题。移民群体有着广泛不同的个人经验和境遇, 都倾向于积累心理社会应激, 就心理社会而言他们的共同点很少, 因此抑郁症状表现多样。本院移民患者多从经济欠发达地区而来, 这些移民童年时期经济条件较差, 留守率也较高, 教育水平偏低, 部分患者遭受过暴力, 故群体融入较困难, 治疗效果较差。

本研究的假设是移民的这些背景在精神病学特征方面起到重要的区分作用。移民因素本身、社会不良事件及文化背景均可能影响疾病症状, 但更倾向于病因学角色, 其结果是一个具体的疾病实体, 即独立慢性精神病性抑郁症、混合焦虑障碍和躯体形式障碍。本研究结果与美国国家共病调查的一项结果一致^[9]。将来的研究应该进一步调查移民中的抑郁症与其他疾病共病, 以及与社会心理不良体验的相关性, 需要注意的是较之于遗传因素, 影响更明显的是纯粹抑郁症。总之, 城市移民抑郁障碍患者抑郁程度较重, 共病焦虑障碍发生率高, 且缓解率较低, 应引起政府的高度重视。本研究存在不足, 受试者虽然入组后均采用等效剂量的 SSRI 类药治疗, 但疗程不同, 对效果的评价可能存在误差。其次, 随访时间较短, 又未对社会功能受损作出分析, 需要今后加以改进。

参考文献

- [1] 牛立超. 中国经济的潜在增长率及其多维动态平衡[J]. 改革与战略, 2011, 27(12): 26-28.
- [2] 魏伟. 增城市部分外来工亚健康健康现状调查[J]. 职业与健康, 2012, 28(23): 2897-2898.
- [3] Missinne S, Bracke P. Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries[J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012, 47(1): 97-109.

- [4] Cislo AM, Spence NJ, Gayman MD. The mental health and psychosocial adjustment of Cuban immigrants in South Florida[J]. Soc Sci Med, 2010, 71(6): 1173-1181.
- [5] Aglipay M, Colman I, Chen Y. Does the healthy immigrant effect extend to anxiety disorders? Evidence from a nationally representative study [J]. J Immigr Minor Health, 2013, 15(5): 851-857.
- [6] Ng E. The healthy immigrant effect and mortality rates [J]. Health Reports, 2011, 22(4): 25-29.
- [7] Rao U, Poland RE, Lin KM. Comparison of symptoms in African-American, Asian-American, Mexican-American and Non-Hispanic white patients with major depressive disorder[J]. Asian J Psychiatr, 2012, 5(1): 28-33.
- [8] Schrier AC, De Wit MA, Coupe VM, et al. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: a comparative population study in Western and non-Western inhabitants in the Netherlands[J]. Int J Soc Psychiatry, 2012, 58(2): 186-194.
- [9] Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, et al. The prevalence and distribution of major depression in a National community sample; the National Comorbidity Survey[J]. Am J Psychiatry, 1994, 151(7): 979-986.
- [10] Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care [J]. CMAJ, 2011, 183(12): E959-E967.
- [11] Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change [J]. Br J Psychiatry, 1979, 134(4): 382-389.
- [12] Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders: overview with relation to depression[J]. British J Psychiatr, 2004, 184(1): 10-20.
- [13] 张毅梅, 周朝当, 王继才. 40 例抑郁症患者心身症状及抑郁焦虑共病情况调查[J]. 中国健康心理学杂志, 2012, 20(10): 1464-1465.
- [14] 肖春兰, 方贻儒, 李则攀, 等. 重症抑郁障碍与双相障碍患者躯体疾病共病调查[J]. 临床精神医学杂志, 2014, 24(1): 36-38.
- [15] 卢家春, 王文春, 陈喆思, 等. 军人军事行动创伤后应激障碍的流行病学调查[J]. 西南军医, 2016, 18(3): 204-208.
- [16] Lewis-Fernandez LR, Horvitz-Lennon H, Blanco C, et al. Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos[J]. J Nerv Ment Dis, 2009, 197(5): 337-347.
- [17] Pollack HM. Comorbid anxiety and depression[J]. J Clin Psychiatr, 2005, 66(8): 22-29.
- [18] Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment[J]. J Clin Psychiatr, 2001, 62(Suppl 13): 22-28.