



# 忧郁/快感缺失型抑郁症临床评估与诊治指导建议

汪作为, 彭代辉, 刘晓华, 王韵, 陈俊, 吴志国, 张克让, 王彦芳, 郭文斌, 施剑飞, 马现仓, 苏允爱, 荣晗, 张迎黎, 徐佳, 刘丽萍, 杨晓东, 李毅, 刘修军, 方贻儒

**摘要:** 忧郁/快感缺失型抑郁症是抑郁症的重要类型之一, 临床表现以兴趣或愉快感缺失为主, 其病理机制、治疗反应与非忧郁型抑郁症可能不同。本指导建议通过系统复习文献, 为忧郁/快感缺失型抑郁症的评估、诊断和治疗提供循证依据, 其中治疗推荐是基于证据质量和临床专家共识。阿戈美拉汀、氟西汀、舍曲林、文拉法辛、度洛西汀、安非他酮、伏硫西汀和重复经颅磁刺激(辅助治疗)可以考虑作为忧郁/快感缺失型抑郁症患者治疗的一线推荐。

**关键词:** 抑郁症; 忧郁特征; 快感缺失; 抗抑郁药

**中图分类号:** R749.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1005-3220(2021)01-0001-05

**Recommendations of clinical evaluation, diagnosis and treatment for patients of depression with melancholic or anhedonic features** WANG Zuo-wei, PENG Dai-hui, LIU Xiao-hua, WANG Yun, CHEN Jun, WU Zhi-Guo, ZHANG Ke-rang, WANG Yan-fang, GUO Wen-bin, SHI Jian-fei, MA Xian-cang, SU Yun-ai, RONG Han, ZHANG Ying-li, XU Jia, LIU Li-ping, YANG Xiao-dong, LI Yi, LIU Xiu-jun, FANG Yi-ru. Hongkou District Mental Health Center, Shanghai 200083, China

**Abstract:** Depression with melancholic features or anhedonia is one of critical subtypes of major depressive disorder, and it is defined as an inability to experience interest or pleasure from activities or other positive stimuli. Melancholic depression may exhibit pathological mechanisms and treatment responses that differ from non-melancholic depression. Using a systematic literature search, the purpose of the current suggestions is to provide evidence-based guidelines for the assessment, diagnosis and treatment of melancholic depression. The recommendations for treatment were based on the quality of evidence and clinical expert consensus. Agomelatine, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, duloxetine, bupropion, vortioxetine and repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS, adjunctive treatment) could be considered as first-line recommendations for patients with melancholic depression.

**Key words:** major depressive disorder; melancholic features; anhedonia; antidepressant

抑郁症被认为是具有异质性特征的一组精神障碍。美国《精神障碍诊断与统计手册》第3版(DSM-III)首先提出忧郁型抑郁症(melancholic depression)

基金项目: 国家重点研发计划(2016YFC1307100, 2016YFC1307105); 国家自然科学基金(81930033, 81771465); 上海市医学重点专科建设计划(ZK2019A06); 上海市精神心理疾病临床医学研究中心(19MC1911100); 上海市卫生健康委员会科研课题(202040318)

作者单位: 200083 上海市虹口区精神卫生中心(汪作为); 上海交通大学医学院附属精神卫生中心(彭代辉, 刘晓华, 王韵, 陈俊, 方贻儒); 上海德济医院(吴志国); 山西医科大学第一医院(张克让, 王彦芳); 中南大学湘雅二医院(郭文斌); 杭州市第七人民医院(施剑飞); 西安交通大学第一附属医院(马现仓); 北京大学第六医院(苏允爱); 深圳市康宁医院(荣晗, 张迎黎); 哈尔滨市第一专科医院(徐佳, 刘丽萍); 山东省精神卫生中心(杨晓东); 武汉市精神卫生中心(李毅, 刘修军)

通信作者: 汪作为, E-Mail: wzwhk@163.com; 方贻儒, E-Mail: yirufang@aliyun.com

DOI: 10.3969/j.issn.1005-3220.2021.01.001

的操作性定义, 通常也被称为“内源性抑郁”、“典型抑郁症”和“A型抑郁”等, 后来DSM-IV将抑郁症分为忧郁型、不典型型、紧张型、产后发作等亚型<sup>[1-2]</sup>。DSM-5提出了抑郁障碍特殊类型标注的新概念, 以“伴忧郁特征”取而代之<sup>[3]</sup>, 其核心特征是快感缺失, 在症状特点、病情严重程度、病理生理机制、人格特征、对治疗反应性及预后等方面有其特异性<sup>[1-2]</sup>。国内大样本临床调查显示, 抑郁症患者中忧郁型占比53.4%, 而在女性患者中高达81.3%<sup>[2, 4]</sup>。为加强抑郁症的规范化与个体化诊治, 本指导建议全方位复习相关文献, 以抑郁障碍(depressive disorder)或抑郁症(depression)以及忧郁特征(melancholic features)或快感缺失(anhedonia)等关键词检索EMBASE、PUBMED、Web of science与中国知网等数据库, 依据加拿大心境和焦虑治疗网络(CANMAT)2016年《成人抑郁症管理临床指南》中证据分级标准和推荐分级标准<sup>[5]</sup>, 严格遵循循证医学规范, 形成忧郁/快感缺失型抑郁症临床评估、诊断与治疗的指

导建议,供广大精神卫生临床工作者参考。

## 1 病因与发病机制

忧郁/快感缺失型抑郁症先证者与其一级亲属的忧郁特征亚型相关不明显。相较于不典型抑郁症,其家族遗传度较低(0.46 vs 0.33)<sup>[6]</sup>。在神经生物学机制方面,动机、愉悦感及奖励关键调节通路是中脑边缘系统多巴胺能奖赏通路,从中脑腹侧被盖区(VTA)投射至伏隔核(NAc)、终纹床核(BNST)、杏仁核和隔核。忧郁型抑郁症可能与慢性应激及促肾上腺皮质激素释放因子(CRF)系统和下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA)持续高活性,大脑谷氨酸和多巴胺功能慢性增强及神经可塑性受损,导致奖赏系统脱敏、炎症反应异常以及产生快感缺失症状<sup>[7-8]</sup>。此外,支配下丘脑腹内侧核(VMH)的去甲肾上腺素能和5-羟色胺能通路也涉及兴趣与驱动调节,VMH功能紊乱可以导致食欲和体质量下降<sup>[7]</sup>。

众所周知,抑郁症发病与社会心理因素关系密切,研究发现忧郁型抑郁症患者的童年期虐待比非忧郁型多见,但也有不一致的报道<sup>[4,9]</sup>。从人格特质角度,与非忧郁型相比,忧郁型抑郁症患者的性格内向、神经质水平较高,更多地使用压抑来调节消极情绪<sup>[1,4,9]</sup>。神经心理测验结果表明,与非忧郁型抑郁症相比,忧郁型抑郁症患者在语言和视觉记忆、执行功能、持续注意力和广度以及精神运动速度等任务上有明显的认知功能受损,与前额叶皮质(PFC)及投射至PFC的神经递质功能失调有关<sup>[7,10]</sup>。忧郁型抑郁症发作还具有季节性特征,可能与其生物节律紊乱有关<sup>[2]</sup>。由此可见,忧郁型抑郁症的病因及发病机制与非忧郁型相比有其独特性,是一种有别于其他抑郁症的特定亚型。

## 2 临床评估与诊断

忧郁/快感缺失型抑郁症(内源性抑郁)以愉悦感丧失为主要临床表现,在抑郁发作最严重阶段愉悦感完全丧失,或仅能持续数分钟,对日常生活中的愉快事件缺乏相应的刺激反应。临床症状具有晨重夜轻的特点,同时伴有显著的精神运动性迟滞或激越、早醒、食欲下降或体质量减轻等<sup>[11]</sup>。这类抑郁症患者症状严重程度及功能受损较重,复发和自杀风险高,多伴有精神病性症状及其他共病,为防意外往往需要住院治疗<sup>[2,4,11-13]</sup>。

2.1 临床评估 忧郁型抑郁症的临床评估包括人口社会学特征(如童年期创伤史、负性生活事件、遗传家族史)、抑郁症状以及快感缺失等维度,可以使用量化工具作为辅助手段,以提高忧郁型特征的识

别及评估准确性。①定式临床访谈工具:由于DSM-5配套的定式临床访谈工具尚未发布中文版,建议使用DSM-IV和《国际疾病分类》第10版(ICD-10)配套的DSM-IV-TR轴I障碍临床定式检查(SCID)、简明国际神经精神访谈(MINI),两者忧郁特征诊断标准与DSM-5完全一致。SCID将抑郁发作特征分为产后起病、紧张特征、忧郁特征和不典型特征,并分别设置不同的模块,MINI包含有忧郁特征一个模块。②抑郁症状量表:汉密尔顿抑郁量表(HAMD)24项版本和蒙哥马利抑郁评定量表(MADRS)及抑郁症状快速评定量表(QIDS)等抑郁症状量表包括DSM-5忧郁特征诊断标准中相关症状条目,均可以用于忧郁特征的筛查评估。有研究者将HAMD和MADRS两者部分条目结合用于忧郁型抑郁症的判断标准,即快感缺失(MADRS条目8 $\geq$ 4分)或心境无反应性(MADRS条目1或2=6分),而且至少有以下3条症状:精神运动性紊乱(HAMD条目8或9 $\geq$ 2分)、食欲或体质量下降(HAMD条目12或16=2分)、早醒(HAMD条目6 $\geq$ 1分)和过度自责(HAMD条目2 $\geq$ 2分)<sup>[14]</sup>。也有研究者提取HAMD部分条目后制定了忧郁指数量表,用于临床上识别忧郁型抑郁症以及预测分析抑郁症对于抗抑郁药和安慰剂的疗效差异性<sup>[15]</sup>。③悉尼忧郁症原型指数(Sydney melancholia prototype index, SMPI):SMPI由12项忧郁原型特征和12项非忧郁原型特征共24项组成,包括忧郁症状、消极与积极情绪反应、情绪和家庭关系、早年生活逆境、先证者(遗传)、病程等多个维度,有医生评定和患者自评两个版本,鉴别忧郁型与非忧郁型抑郁症的最佳分界值均为4分,但是医生评定版本的灵敏性、特异性及阳性和阴性预测值均优于患者自评版本<sup>[16]</sup>。SMPI也可用于非临床样本(如大学生群体)忧郁型抑郁症筛查<sup>[17]</sup>。④快感缺失量表:快感缺失是抑郁症的重要症状,更是忧郁型抑郁症的核心特征,有必要对其进行评估。现有的快感缺失评估工具主要包括斯奈思-汉密尔顿快感量表(Snaith-Hamilton pleasure scale, SHAPS)、快感缺失量表(dimensional anhedonia rating scale, DARS)、福塞特-克拉克快感量表(Fawcett-Clark pleasure capacity scale, FCPS)和时间性快感体验量表(temporal experience of pleasure scale, TEPS)等<sup>[18-19]</sup>。国内有学者对SHAPS、DARS进行翻译和修订,显示其中文版具有良好的信度与效度<sup>[18-19]</sup>。

2.2 诊断标准 DSM-5伴忧郁特征被定义为在本次抑郁发作最严重阶段至少存在1项核心症状(对全部或几乎所有的活动失去乐趣、对于平常的快乐刺激失去反应),以及3项或更多其他症状:显著持

久的抑郁心境、抑郁通常在早晨加重、早醒(比平常早醒至少 2 h)、明显的精神运动性激越或迟滞、明显厌食或体质量减轻、过度或不适当的内疚<sup>[3]</sup>。ICD-10 对于躯体综合症的定义与忧郁型抑郁症有相似之处,兴趣和愉快感丧失、对通常令人愉快的环境缺乏情感反应、早上较平时早醒 2 h 或更多、早晨抑郁加重、客观证据表明肯定有精神运动性迟滞或激越、食欲明显下降、体质量降低(1 个月内体质量丧失 5% 或更多)和性兴趣明显降低,上述症状存在 4 条时被视为有躯体综合症。

2.3 鉴别诊断 建议参考《中国抑郁障碍防治指南(第二版)》中鉴别诊断相关内容,需与继发性抑郁障碍、精神分裂症、双相障碍、焦虑障碍和创伤后应激障碍等精神障碍鉴别<sup>[20]</sup>。其中,忧郁型抑郁症与双相障碍抑郁发作是鉴别诊断重点,双相障碍的疾病特征是“心境不稳定性”,具有发病年龄早(通常 25 岁以前起病)、双相障碍家族史、抑郁发作突然且频繁、心境不稳定与易激惹、思维拥挤和注意力不集中等特点,抑郁发作具有不典型抑郁特征(心境反

应性伴显著体质量或食欲增加、睡眠增加、灌铅样麻痹、长期存在人际关系被拒绝的敏感性)<sup>[3,20]</sup>。

### 3 临床治疗推荐

3.1 治疗及推荐原则 忧郁/快感缺失型抑郁症治疗与管理遵循抑郁症的一般原则(参考《中国抑郁障碍防治指南》第 2 版和《CANMAT 2016 年成人抑郁症管理临床指南》)<sup>[5,20]</sup>。治疗推荐基于循证医学证据,同时需要考虑临床医生的专业知识和患者的感知与偏好,证据等级较高的治疗由于临床问题(如不良反应或安全性问题)被降至低一级推荐选择<sup>[20]</sup>。对于《中国抑郁障碍防治指南》第 2 版和《CANMAT 2016 年成人抑郁症管理临床指南》推荐的抑郁症一线治疗,证据等级较低的治疗被升至高一推荐选择。忧郁型抑郁症治疗推荐汇总见表 1,这些被推荐药物可以单药治疗或者与其他药物或非药物联合治疗。对于临床上已经很少使用或不使用的传统抗抑郁药(如吗氯贝胺),本建议不推荐使用。

表 1 忧郁/快感缺失型抑郁症治疗推荐

药物	机制	日剂量范围
一线		
阿戈美拉汀	MT1 和 MT2 激动剂、5-HT <sub>2C</sub> 拮抗剂	25 ~ 50 mg
氟西汀	SSRI	20 ~ 60 mg
舍曲林	SSRI	50 ~ 200 mg
文拉法辛	SNRI	75 ~ 225 mg
度洛西汀	SNRI	60 ~ 120 mg
安非他酮	NDRI	150 ~ 450 mg
伏硫西汀	多模式作用机制	10 ~ 20 mg
rTMS(辅助治疗)		
二线		
氯米帕明、去甲替林等	TCA	因药物不同剂量不一致
左旋米那普仑	SNRI	40 ~ 120 mg
CBT(辅助治疗)		
ECT(辅助治疗)		
三线		
阿米替法定	SNDRI/TR	50 ~ 100 mg
锂盐(辅助治疗)	心境稳定剂	根据血锂浓度调整剂量
氯胺酮(单药或辅助治疗)	谷氨酸拮抗剂	0.5 mg/kg
赛洛西宾(辅助治疗)	致幻剂	10 ~ 25 mg
哌甲酯(辅助治疗)	兴奋剂	18 ~ 54 mg

注: MT1 和 MT2: 褪黑激素受体 1 和 2; 5-HT<sub>2C</sub>: 5-羟色胺 2C 受体; SSRI: 5-羟色胺再摄取抑制剂; SNRI: 5-羟色胺与去甲肾上腺素再摄取抑制剂; NDRI: 去甲肾上腺素与多巴胺再摄取抑制剂; TCA: 三环类抗抑郁药; rTMS: 重复经颅磁刺激治疗; CBT: 认知行为治疗; ECT: 电抽搐治疗; SNDRI/TR: 5-羟色胺-去甲肾上腺素-多巴胺再摄取抑制剂/三重再摄取抑制剂

### 3.2 药物治疗

3.2.1 传统抗抑郁药 荟萃分析显示三环类抗抑郁药治疗忧郁型抑郁症的治愈率明显高于 SSRI, 其中氯米帕明、去甲替林证据较为充分<sup>[21]</sup>。由于三环类抗抑郁药的安全性和耐受性限制其临床应用, 推荐三环类抗抑郁药(氯米帕明、去甲替林等)为治疗忧郁型抑郁症的二线药物(1 级证据/二线推荐)。

3.2.2 SSRI、SNRI 抗抑郁药 虽然 SSRI 和 SNRI 抗抑郁药是治疗抑郁症的一线药物, 但是对于忧郁型抑郁症缺乏充分的循证依据, 与安慰剂相比这些药物之间直接比较结果没有明显差异。在排除基线特征(包括抑郁症状严重程度)混杂因素后忧郁特征不是这些抗抑郁药治疗有效率或治愈率的影响因素<sup>[9,13,21-22]</sup>。开放性临床试验证实氟西汀、舍曲林治

疗忧郁型抑郁症有效;随机对照试验支持文拉法辛与氟西汀比较无差异,但比阿戈美拉汀治疗效果差<sup>[22-23]</sup>。一项事后分析研究支持度洛西汀(60 mg/d)治疗忧郁型抑郁症疗效优于安慰剂,包括抑郁总体症状及精神运动性迟滞和躯体疼痛症状改善、有效率和治愈率提高<sup>[24]</sup>。因此,推荐氟西汀、舍曲林、文拉法辛和度洛西汀为治疗忧郁型抑郁症的一线药物(3级证据/一线推荐)。左旋米那普仑是米那普仑的活性异构体、美国食品和药品管理局(FDA)批准上市的第4种SNRI类抗抑郁药,国内尚未上市。随机双盲安慰剂对照试验的事后分析显示左旋米那普仑有效改善抑郁症所有症状维度,且对于快感缺失维度效果最佳<sup>[25]</sup>,推荐其为治疗忧郁型抑郁症的二线药物(3级证据/二线推荐)。

3.2.3 其他新型抗抑郁药 阿戈美拉汀是MT激动剂和5-HT<sub>2C</sub>拮抗剂,治疗忧郁型抑郁症的循证依据较充分。随机对照研究或开放性试验及荟萃分析均支持阿戈美拉汀有效改善快感缺失症状,并且优于艾司西酞普兰和文拉法辛<sup>[22,26]</sup>;推荐其为治疗忧郁型抑郁症的一线药物首选推荐(1级证据/一线推荐)。NDRI类抗抑郁药安非他酮可以增强奖赏系统功能而影响正性情绪处理加工,一项小样本随机双盲安慰剂对照试验支持安非他酮(300 mg/d)改善快感缺失症状比焦虑痛苦症状更明显<sup>[22]</sup>。伏硫西汀是一种多模式新型抗抑郁药,一项开放性试验的事后分析支持其有效改善抑郁症患者的快感缺失症状,是关联抑郁症状改善与社会功能恢复的中介因素<sup>[27]</sup>。因此,推荐安非他酮和伏硫西汀为治疗忧郁型抑郁症的一线药物(3级证据/一线推荐)。

3.2.4 非抗抑郁药 非抗抑郁药包括在国内未获得国家食品药品监督管理局(CFDA)批准抑郁症适应证的一些药物。阿米替法定是SNDRI或TRI类抗抑郁药,一项小样本随机双盲安慰剂对照试验显示阿米替法定可以有效改善快感缺失症状且耐受性良好,但该项试验因无后续经费支出及患者出现严重不良反应而终止<sup>[22]</sup>。亦有小样本研究或非随机对照试验支持锂盐(辅助治疗)、氯胺酮(单药或辅助治疗)、赛洛西宾(辅助治疗)、哌甲酯(辅助治疗)等用于治疗抑郁症患者的快感缺失症状<sup>[22,28-29]</sup>。考虑这些药物的临床证据不充分及安全性问题,建议这些药物为治疗忧郁型抑郁症的三线药物(3级证据/三线推荐)。

3.3 非药物治疗 快感缺失与大脑多巴胺奖赏系统的功能失常有关,rTMS治疗靶点与之比较一致。《CANMAT 2016年成人抑郁症管理临床指南》推荐rTMS作为抗抑郁药治疗早期无反应患者的增效治

疗一线选择。一项小样本随机对照试验结果提示,对于抗抑郁药无效或不能耐受患者,rTMS高频(10 Hz)刺激背外侧前额叶皮质(DLPFC)辅助治疗可以改善快感缺失症状<sup>[30]</sup>,故推荐其为忧郁型抑郁症辅助治疗的一线选择(3级证据/一线推荐)。CBT、ECT对于忧郁型抑郁症疗效研究结果尚无定论<sup>[31-32]</sup>,考虑它们在抑郁症治疗中分别为一线、二线治疗推荐(ECT对于自杀风险高、紧张综合征等特定人群是一线治疗)<sup>[20]</sup>,综合专家建议推荐CBT、ECT的辅助治疗作为二线选择(4级证据/二线推荐)。

#### 4 结语

忧郁/快感缺失型是抑郁症常见类型之一,其病因及发病机制、病情严重程度、抗抑郁药治疗反应等存在独有的特征,亟待临床上给予识别诊断和精准治疗。因此,基于循证依据的临床诊治指导建议将有助于提高忧郁/快感缺失型抑郁症的临床治愈率,改善疾病预后。定式临床访谈工具忧郁特征模块、抑郁症状量表忧郁特征相关条目以及快感缺失量表等可以帮助临床医生识别和诊断忧郁型抑郁症。当前,忧郁型抑郁症治疗包括药物治疗、物理治疗和心理治疗,综合考量疗效与安全性研究及临床实践证据,推荐阿戈美拉汀、氟西汀、舍曲林、文拉法辛、度洛西汀、安非他酮、伏硫西汀以及rTMS辅助治疗等作为忧郁型抑郁症治疗优先选择。今后有望采取基于临床症状与生物学标志物综合评估的治疗策略,实现忧郁/快感缺失型抑郁症的个体化治疗。

致谢:感谢上海市虹口区精神卫生中心牛娜、刘文两位医生协助文献检索!

#### 参考文献:

- [1] 甘照宇, 钟智勇, 王继辉, 等. 中国汉族女性忧郁型与非忧郁型抑郁症患者临床特点与大五人格特征的比较研究[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2012, 38(10): 615-618.
- [2] Xiang YT, Wang G, Hu C, et al. Demographic and clinical features and prescribing patterns of psychotropic medications in patients with the melancholic subtype of major depressive disorder in China [J]. PLoS One, 2012, 7(6): e39840.
- [3] 美国精神病学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5版. 张道龙, 刘春宇, 董慧琦译. 北京: 北京大学出版社, 2014: 93-94.
- [4] Sun N, Li Y, Cai Y, et al. A comparison of melancholic and non-melancholic recurrent major depression in Han Chinese women [J]. Depress Anxiety, 2012, 29(1): 4-9.
- [5] Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments [J]. Can J Psychiatry, 2016, 61(9): 540-560.

- [6] Lamers F ,Cui L ,Hickie IB ,et al. Familial aggregation and heritability of the melancholic and atypical subtypes of depression [J]. *J Affect Disord* 2016 204: 241-246.
- [7] Korte SM ,Prins J ,Krajnc AM ,et al. The many different faces of major depression: it is time for personalized medicine [J]. *Eur J Pharmacol* 2015 753: 88-104.
- [8] Yang C ,Tiemessen KM ,Bosker FJ ,et al. Interleukin ,tumor necrosis factor- $\alpha$  and C-reactive protein profiles in melancholic and non-melancholic depression: A systematic review [J]. *J Psychosom Res* 2018 111: 58-68.
- [9] Day CV ,Rush AJ ,Harris AW ,et al. Impairment and distress patterns distinguishing the melancholic depression subtype: an iSPOT-D report [J]. *J Affect Disord* 2015 174: 493-502.
- [10] Bosaipo NB ,Foss MP ,Young AH ,et al. Neuropsychological changes in melancholic and atypical depression: A systematic review [J]. *Neurosci Biobehav Rev* 2017 73: 309-325.
- [11] 陆林. 沈渔邨精神病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 393.
- [12] Gupta R ,Mirza T ,Majeed MH ,et al. Survival of melancholia: a retrospective study of patients with depressive disorders [J]. *East Asian Arch Psychiatry* 2020 30( 2) : 39-43.
- [13] Imai H ,Noma H ,Furukawa TA. Melancholic features ( DSM-IV) predict but do not moderate response to antidepressants in major depression: an individual participant data meta-analysis of 1219 patients [J]. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2020 Jul 26. Online ahead of print.
- [14] Peters EM ,Bowen R ,Balbuena L. Melancholic depression and response to quetiapine: A pooled analysis of four randomized placebo-controlled trials [J]. *J Affect Disord* 2020 276: 696-698.
- [15] Parker G ,Hadzi-Pavlovic D. Do Hamilton depression scale items have the capacity to differentiate melancholic and non-melancholic depressive sub-types? [J]. *J Affect Disord* 274: 1022-1027.
- [16] Lorenzo-Luaces L ,Rutter LA ,Scalco MD. Carving depression at its joints? Psychometric properties of the Sydney Melancholia Prototype Index [J]. *Psychiatry Res* 2020 293: 113410.
- [17] Parker G ,Tavella G ,Hadzi-Pavlovic D. Identifying and differentiating melancholic depression in a non-clinical sample [J]. *J Affect Disord* 2019 243: 194-200.
- [18] 胡旭强, 钱敏才, 林敏, 等. 斯奈思-汉密尔顿快感量表中文版测评抑郁症患者的效度和信度 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2017 31( 8) : 625-629.
- [19] 贾海玲, 王丽, 安静, 等. 快感缺失量表中文版在中国抑郁症患者中的信效度研究 [J]. *中华精神科杂志*, 2020 53( 3) : 216-220.
- [20] 李凌江, 马辛主编. 中国抑郁障碍防治指南 [M]. 2 版. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015.
- [21] Valerio MP ,Szmulewicz AG ,Martino DJ. A quantitative review on outcome-to-antidepressants in melancholic unipolar depression [J]. *Psychiatry Res* 2018 265: 100-110.
- [22] Cao B ,Zhu J ,Zuckerman H ,et al. Pharmacological interventions targeting anhedonia in patients with major depressive disorder: A systematic review [J]. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2019 92: 109-117.
- [23] Lin CH ,Huang CJ ,Liu SK. Melancholic features in inpatients with major depressive disorder associate with differential clinical characteristics and treatment outcomes [J]. *Psychiatry Res* 2016 , 238: 368-373.
- [24] Mallinckrodt CH ,Watkin JG ,Liu C ,et al. Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: a comparison of efficacy in patients with and without melancholic features [J]. *BMC Psychiatry* 2005 5: 1.
- [25] McIntyre RS ,Gommoll C ,Chen C ,et al. The efficacy of levomilnacipran ER across symptoms of major depressive disorder: a post hoc analysis of 5 randomized ,double-blind ,placebo-controlled trials [J]. *CNS Spectr* 2016 21( 5) : 385-392.
- [26] di Giannantonio M ,Montemiro C ,Sepede G ,et al. Agomelatine effectiveness ,tolerability ,and impact on anhedonia in major depression: A pooled analysis [J]. *J Clin Psychopharmacol* 2019 39( 3) : 288-290.
- [27] Cao B ,Park C ,Subramaniapillai M ,et al. The efficacy of vortioxetine on anhedonia in patients with major depressive disorder [J]. *Front Psychiatry* 2019 10: 17.
- [28] Valerio MP ,Martino DJ. Differential response to lithium between melancholic and non-melancholic unipolar depression [J]. *Psychiatry Res* 2018 269: 183-184.
- [29] Park LT ,Luckenbaugh DA ,Pennybaker SJ ,et al. The effects of ketamine on typical and atypical depressive symptoms [J]. *Acta Psychiatr Scand* 2020 142( 5) : 394-401.
- [30] Light SN ,Bieliauskas LA ,Taylor SF. Measuring change in anhedonia using the " Happy Faces" task pre-to post-repetitive transcranial magnetic stimulation ( rTMS) treatment to left dorsolateral prefrontal cortex in Major Depressive Disorder ( MDD) : relation to empathic happiness [J]. *Transl Psychiatry* 2019 9( 1) : 217.
- [31] van Diermen L ,van den Ameel S ,Kamperman AM ,et al. Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis [J]. *Br J Psychiatry* 2018 212( 2) : 71-80.
- [32] Gilfillan D ,Parker G ,Sheppard E ,et al. Is cognitive behaviour therapy of benefit for melancholic depression? [J]. *Compr Psychiatry* 2014 55( 4) : 856-860.

( 收稿日期: 2020-10-18 修回日期: 2020-11-19)