



● 陈魁敏 孟宪锋 于 千 著

抑郁症临床研究 与心理治疗

Clinical Research and
Psychological Treatment of Depression

 辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

辽宁省优秀自然科学著作

抑郁症临床研究与心理治疗

陈魁敏 孟宪锋 于 千 著

辽宁科学技术出版社

沈 阳

© 2015 陈魁敏 孟宪锋 于 千

图书在版编目 (CIP) 数据

抑郁症临床研究与心理治疗 / 陈魁敏, 孟宪锋, 于千著. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2015.7

(辽宁省优秀自然科学著作)

ISBN 978-7-5381-9288-9

I. ①抑… II. ①陈… ②孟… ③于… III. ① 抑郁症—精神疗法—研究 IV. ①R749.405

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 135510 号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路 29 号 邮编: 110003)

印刷者: 沈阳旭日印刷有限公司

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 185 mm × 260 mm

印 张: 20

字 数: 438 千字

印 数: 1~1 000

出版时间: 2015 年 7 月第 1 版

印刷时间: 2015 年 7 月第 1 次印刷

责任编辑: 李伟民

特邀编辑: 王奉安

封面设计: 嵘 嵘

责任校对: 栗 勇

书 号: ISBN 978-7-5381-9288-9

定 价: 60.00 元

联系电话: 024-23284526

邮购电话: 024-23284502

<http://www.lnkj.com.cn>

前言

抑郁症是一种常见的慢性精神疾病，是具有高患病率、高疾病负担、高复发率、高致残率、高自杀率等特征的全球性疾病。据WHO预计，到2020年，抑郁症将成为导致人类死亡和致残的第二大类疾病及世界第二大负担疾病。近年来，随着对抑郁症认识和研究不断深入，无论对抑郁症的发病机制、归类方式和治疗方法均取得了不同程度的进展。2013年5月18日召开的美国精神病学会年会上发布了美国《精神障碍诊断与统计手册》第5版。该手册对诊断精神疾病的标准参考指南进行了全面更新。在此之前，抑郁症和躁狂症均归类在心境障碍或双相障碍中，但随着对病因、疾病发展规律和预后的研究深入，《手册》首次提出了将抑郁障碍独立出来，有别于双相障碍的独立疾病诊断，而躁狂症仍与双相障碍归为同类疾病，并对抑郁障碍进行了扩充，加入了新的抑郁障碍类型，如破坏性心境调节障碍、经前烦闷障碍、持续性抑郁障碍等。在对病因、疾病发展规律和预后等因素的研究多年后发布的《手册》将抑郁障碍从双相情感性障碍中独立出来，成为完成有别于双相情感障碍的疾病，为我们对抑郁症的机制、治疗等研究，开拓了不同的思路 and 方向，解释了既往部分研究结论矛盾的可能性，为今后做出更多更大胆的研究尝试提供了理论基础。

自20世纪80年代以来，抑郁症治疗的研究取得了长足的进步，特别是第3代抗抑郁药5-羟色胺再摄取抑制剂的诞生，开启了抑郁症治疗的新篇章，大大增强了药物治疗的安全性、方便性。随后10a相继研发出第4代5-羟色胺与去甲肾上腺素双通道再摄取抑制剂(SNRI类，如万拉法新)、5-羟色胺与去甲肾上腺素双通道调节剂(NaSSa类，如米氮平)，为医师给患者制订个性化治疗方案提供了更安全、更有效、更多的药物选择。

抑郁症无论从基础、临床、心理(病因学、疾病机制、流行病学、临床诊断与治疗、心理咨询与心理治疗)的哪一方面考虑，都是一种复杂、异质性很大的精神疾病。对抑郁症的遗传学、神经回路标记或心理学标记潜在价值目前也不清楚，这些问题有望在将来得到澄清。即使这些问题得到澄清，不同的患者需要哪种治疗方法，同样需要医师借助大量的临床研究资料和丰富的临床经验，对患者进行全面判断，做出治疗决策时必须权衡科学证据，并了解药理学和心理学知识，确保选择最好的治疗措施。因此，对抑郁症的治疗不仅需要从生物层面，从心理、社会的层面进行，还需要有一个完整的康复体系，全面提升抑郁症患者生理、心理、社会功能。今后抑郁症治疗模式是精神科医师、心理治疗师、社会工作者三方联合，以便真正提高抑郁症的治愈率，使抑郁症的整

体发病率及致残率降低。

为使从事抑郁症的基础研究人员、临床医师和心理咨询师、心理治疗师更好地了解、认识、研究抑郁症，我们编撰了这部《抑郁症临床研究与心理治疗》。本书由长期从事抑郁症研究的基础研究人员、临床医师、心理咨询师和心理治疗师在参阅国内外大量相关文献信息资料的基础上，结合长期实践经验协作完成。在编撰过程中，力图体现学术性、实用性和全面性。学术性体现在整合国内外最新文献资料，反映最新研究成果，阐述新见解，力求全面反映抑郁症研究的现状和发展趋势，充分体现抑郁症领域的新概念、新理论、新思维、新经验、新方法；实用性体现从转化医学角度，试图在抑郁症的基础研究与临床医疗、心理咨询或治疗之间建立更直接的联系，选题切合实际，有效促进基础—临床—心理的相互融合。全面性体现在从抑郁症的基础、临床、心理三大方面，试图对抑郁症涉及的相关领域予以全面介绍，点面结合，重点突出又兼顾整体，把握抑郁症领域的总体发展脉络，反映该领域的最新发展态势。

全书共七章，由陈魁敏、孟宪锋和于千共同完成。其中陈魁敏负责第一章、第六章、第七章，孟宪锋和于千负责第二章、第三章、第四章、第五章。

书稿的完成凝聚了很多人的心血。首先感谢沈阳医学院院长肖纯凌教授、辽宁省社会科学院哲学研究所所长张思宁教授，在本书的早期酝酿中倾注了大量的心血。书中涉及大量的与动物实验、生理学、药理学相关的内容，为此，要感谢沈阳医学院生理学教研室吴敏范教授和药理学教研室金戈副教授花费很长时间给予的指导。还要特别感谢辽宁省心理咨询师协会秘书长张国臣先生，2013年他建议我们写一本这方面的书，自此以后张秘书长一直督促我们来完成此书的撰写，没有张秘书长的执着与督促和对书中心理咨询与心理治疗方面的内容矫正与修缮，本书很难完成。

作 者

2014年7月

目 录

第一章 概述	001
第一节 抑郁症的概念	001
第二节 抑郁症的起源与发展	004
第三节 抑郁症的发病特点及危险因素	006
第四节 抑郁症的社会经济负担	009
第二章 病因及发病机制	012
第一节 抑郁症的病因	012
第二节 抑郁症的发病机制	017
第三章 抑郁症的动物模型	071
第一节 应激模型	071
第二节 转基因疾病动物模型	086
第三节 药物诱发模型	088
第四节 孤养或分养模型	091
第五节 其他模型	092
第四章 抑郁症的西医诊疗	094
第一节 抑郁症的分类	094
第二节 抑郁症的临床症状	097
第三节 抑郁症的临床评估	099
第四节 抑郁症的诊断标准	106
第五节 抑郁症的鉴别诊断	114
第六节 抑郁症的治疗	121

第五章 抑郁症的中医诊疗	144
第一节 中医文献中与抑郁症相关的病症	144
第二节 抑郁症的中医病因病机	147
第三节 抑郁症的中医辨证分型	149
第四节 抑郁症的中医证候诊断标准及治疗方案	152
第五节 抑郁症的中医药治疗	153
第六章 抑郁症的心理咨询	163
第一节 概述	163
第二节 访谈法与访谈	184
第三节 心理测量	201
第四节 心理咨询目标和方案	214
第七章 抑郁症的心理治疗	221
第一节 心理治疗概述	221
第二节 心理治疗的种类及运用	223
第三节 萨提亚模式——联合家庭治疗	275
第四节 中医系统心理疗法（SPTCM）	284
参考文献	307

第一章 概述

第一节 抑郁症的概念

抑郁症（Depression）是一种常见的心境障碍，可由各种原因引起，以显著而持久的心境低落为主要临床特征，且心境低落与其处境不相称，临床表现可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，甚至发生木僵；部分病例有明显的焦虑和运动性激越；严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状以及自杀念头和行为等。多数病例有反复发作的倾向，每次发作大多数可以缓解，部分可有残留症状或转为慢性。

一、抑郁症是严重的特种疾病

所谓单相抑郁症是相对于双相抑郁症而言，指患者只有抑郁发作，从未有躁狂或者轻躁狂发作。抑郁症至少有10%的患者可出现躁狂发作，此时应诊断为双相障碍。另外我们常说的抑郁症，其实是指临床上的重症抑郁症（Major Depression），人群中有16%的人在一生的某个时期会受其影响。患抑郁症除了付出严重的感情和社会代价之外，经济代价也是巨大的。据世界卫生组织统计，抑郁症已成为世界第四大疾患，预计到2020年，可能成为仅次于冠心病的第二大疾病。

抑郁症是严重的精神疾病，有高患病率、高复发率、高疾病负担及高自杀死亡率。它是由各种原因引起的、以抑郁为主要症状的一组心境障碍或情感性障碍，是一组以抑郁心境、自我情境为中心的临床症状。它包括多种症状与体征，其中躯体方面主要表现为睡眠障碍、食欲改变、疲劳感、精神运动性迟缓或激越；心理方面主要表现为丧失自尊、有自罪感，注意力不集中，有自杀自伤想法等。虽然抑郁症的病因未完全清楚，但其发生、发展及转归均与生物、心理及社会因素有关。随着社会发展步伐的加快，工作和生活的节奏也不断增加，越来越多的人承受不住来自各方的压力而导致抑郁症，如产前抑郁、产后抑郁、青少年抑郁、老年抑郁以及各种疾病原因引起的抑郁症。抑郁症不仅影响患者自身的生活及身心健康，也间接影响其家人的生活及身心健康。因此，对于抑郁症现状与治疗方式研究，对保证人们健康，正常，高水平的生活质量（物质、精神）有重大意义。

20世纪80年代以前，我国精神病学界对心境障碍的诊断概念狭窄，诊断率过低。由于ICD-9及DSM-III的问世，修订了心境障碍的诊断标准，我国精神病学界对心境障碍的诊断概念也有了新的认识。国内调查也显示抑郁障碍的患病率呈现上升趋势。

WHO的多中心全球合作研究中,上海调查表明,在综合医院内科门诊的抑郁症患病率为4.0%,恶劣心境为0.6%。

我国台湾、香港等地华人的抑郁症患病率较低,台湾人群中抑郁症终生患病率为1.5%,远低于其他亚洲地区(韩国2倍于台湾地区)。在对台湾老年抑郁症患者的23项横断面的流行病学调查资料的综合分析显示,抑郁症的患病率为3.86%,农村的抑郁症发病危险率为5.07%,高于城市的2.61%,远低于西方国家的患病率。2003年,北京安定医院马辛等采用世界卫生组织推荐的复合性国际诊断交谈检查核心本1.0版,以国际疾病分类第10版精神与行为障碍分类中抑郁障碍的诊断标准为依据,对北京市15岁以上的人群进行抑郁障碍的流行病学研究。结果发现,抑郁障碍患者的终生患病率6.87%,其中男性终生患病率为5.01%(137/2 735),女性终生患病率为8.46%(137/3 191)。抑郁障碍患者的时点患病率为3.31%(年患病率为4.12%),其中男性时点患病率为2.45%(67/2 735),女性时点患病率为4.04%(129/3 191)。

根据世界卫生组织报告,目前抑郁症是全球第四大疾病负担,也是导致患者功能残疾的主要原因之一,大约有1/7的人会在人生的某个阶段遭受抑郁症困扰。预计到2020年,抑郁症将成为仅次于心血管病的第二大疾病。在中国,抑郁症的发病率约为6%,目前已确诊的抑郁症患者为3 000万人左右。

调查显示,这3 000万抑郁症患者只有不到10%得到专业的救助和治疗,同时,还有相当多的患者根本没有意识到自己患有抑郁症,更没有进行过诊治。

不久前,由世界精神病学协会主办的网络问卷调查结果显示,超过80%的受访者认为自己有抑郁倾向;同时,超过45%的网友表明患了抑郁症时不会去看医生;超过36%的人选择去综合性医院,由全科医师诊断,只有不到18%的人选择去专科精神病医院就诊。

问卷调查结果还显示,大众对抑郁障碍的躯体症状认识远远低于精神症状。数据表明,56.32%的人在出现情绪低落、悲观等负面情绪时会觉得自己患了抑郁症,但是73.65%的人在出现头痛、食欲减退等具体的躯体症状时不会联想到自己患上抑郁症。

患上抑郁症,患者不自知,医生也难识别。上海精神卫生中心临床流行病学研究室主任、中华医学会精神病学分会常委何燕玲教授表示,目前全国地市级以上医院对抑郁症的识别率不到20%,而综合医院的医生对抑郁症的识别率不高,导致患者经常被漏诊。

对此,北京大学精神卫生研究所药理室主任司天梅表示,抑郁症患者如果得不到及时治疗,将会导致抑郁症慢性化,或者发展成为较难治性病症,严重者还会出现残疾,甚至自杀。

二、抑郁症概念的历史演变

通过对近20 a抑郁症流行病学研究的总结,有学者发现一个十分奇怪的现象:抑郁症流行病学研究方法原则上并没有什么特殊,流行病学的研究方法同样适用于抑郁症的

研究,但是为什么不同学者会得到相差十几倍的调查结果呢?这一现象越来越受到人们关注。经过多年的研究,大家普遍认为问题的焦点是抑郁症的概念和标准不统一,有神经性、反应性、内因性、精神病性、单相和双相抑郁等多种,甚至出现了抑郁症诊断逐渐泛化的现象。这些名称概念各有历史背景,虽含义不同,但常相互重叠,界限不清。关于抑郁症其他方面的研究也存在类似情况,而且由于抑郁症与焦虑障碍的许多症状是重叠的,有些时候甚至存在共病现象,二者没有明显的界限,这使得对单纯抑郁症的研究更为困难。最近的关于严重抑郁障碍发病机制的综述中所提及的抑郁症概念本身,我国学者许又新之前就有异议。最新的关于全科医师独立诊断抑郁症正确率的荟萃分析表明,全科医师正确诊断抑郁症的比例仅为47.3%,概念不清可能也是确诊率低的原因之一。可见临床任何研究都需要以严格的概念和分类标准为基础,本部分对抑郁症概念和分类研究历史作一概述,更好地对抑郁症进行研究提供帮助。

公元前,西方医学界就有许多对于我们现在称为抑郁症的描述和记载。希波克拉底(Hippocrates,公元前400年)当时使用“忧郁症(melancholia)”一词来描述此类症状,并首次认为抑郁症是由于黑胆汁及黏液淤积影响脑功能所致。这一名词被沿用多年,到12世纪,犹太医生Moses Maimonides认为,忧郁症是一独立疾病。19世纪中叶以后,对抑郁症的临床观察与科学研究才逐渐展开。法国精神病学家Jades Bail Larger描述了一些呈深度抑郁并陷入木僵状态的病例,即经典的抑郁性木僵。几乎同时,另一位法国医生Jules Falter描述了一组抑郁和躁狂交替表现的临床现象,称之为循环型障碍(circular disorder-la folie circulaire)。而Kahibaum首先提出躁狂和抑郁是同一疾病不同阶段的两种表现,提出了环性精神障碍(cyclothymiacs)。Kraepelin则用躁狂抑郁性精神病(manic-depressive insanity)的概念来概括这类障碍,将之视为一个疾病单元,并根据结局是否出现痴呆而与早发性痴呆相鉴别。Kraepelin又描述过妇女绝经后或男性成年晚期起病的更年期忧郁症(involutional melancholia),此概念逐渐扩展,被认为是晚发性抑郁障碍的一种形式。Bleuler采用情感性精神病这一术语,使其涵盖更广,适用性更强,并一直沿用至今。

三、当前抑郁症的概念

当前抑郁症比较公认的概念如下:抑郁症或称抑郁障碍是由各种原因引起的以抑郁(depression)为主要症状的一组心境障碍(mood disorder)或情感性障碍(affective disorder),是一组以抑郁心境自我体验为中心的临床症状群或状态。医学上,英文depression(抑郁)至少有3种不同的含义:一是一种心境,一种情绪,一种情感状态;二是抑郁症的一个症状;三是抑郁症本身。精神病学家Klerman曾称,人生中总会有一段时间生活在抑郁之中。抑郁心境是一种忧伤、悲哀或沮丧的情绪体验。这种体验不仅普遍存在,而且与许多其他精神障碍、躯体疾病,特别是社会和外部环境因素有关。但抑郁心境体验并不等于抑郁症,抑郁症是一组症状群,是与潜在的生物异常有关的症状和体征组成的,只有抑郁心境发展到一定严重程度,具备这组综合征的基本特征,持续存在

相当的时间，且严重损害自身的社会职业功能，才能考虑抑郁症的诊断。

四、中医中的抑郁症

郁证是由于情志不舒、气机郁滞所致；是以情绪不宁、心情抑郁，胸部满闷、胁肋胀痛或易怒喜哭，或咽中如有异物梗塞等症为主要临床表现的一类病症的总称，简称郁。郁有广义狭义之分：从广义说，包括外邪、情志等因素所致的郁；从狭义上说，单指情志不舒为主要病因的郁。

《素问·六元正纪大论》中记载，“木郁达之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之”，其中提到的五郁之气，被后世称为五郁。《金匱要略·妇人杂病脉证并治》中提到脏躁及梅核气两种病症，并观察到这两种病症多发于女性，书中所提及的治疗方药沿用至今。从金元时代起，比较明确地将郁证作为一个独立的病症加以论述。元代所著的《丹溪心法·六郁》中，将抑郁列为一个专篇，提出了气、血、火、食、湿、痰六郁之说，创立了越鞠丸、六郁汤等治疗方剂。

历代医术对郁证多有记载，但首次明确采用郁证为病症名称，是在明代的《医学正传》中。在明代后期，才逐渐把情志之郁作为郁证的主要内容，如，《景岳全书·郁证》情志之郁将为因郁而病，并详细论述了怒郁、思郁、忧郁3种郁证的诊治。《古今医统大全·郁证门》说：“郁为七情不舒，遂成郁结，既郁之久，变病多端。”

第二节 抑郁症的起源与发展

一、起源

关于抑郁的起源要追溯到古希腊的医师，西方医学奠基人希波克拉底在《希波克拉底全集》中把“厌食、沮丧、失眠烦躁和坐立不安”等一组症状出现的病症称为抑郁症，并创造了词语“melancholy”（抑郁）。人为什么会出现抑郁呢？对此古希腊人有他们自己的解释。古希腊人认为世界的原始材料是由水、火、空气和泥土4种元素组成的，并且由一种叫作爱的力量把它们按照不同的比例混合在一起，各个人心理上的不同是由于身体上4种元素配合的比例不同。

希波克拉底学说摒弃各种神学思想，总结了前人的经验，在“四元素说”的基础上，提出了疾病发生的“四体液说”，认为人体存在着4种体液：血液、黏液、黄胆汁和黑胆汁。人都是靠这些东西而感到痛苦或保持健康的。并根据哪一种体液在人体内占优势，把人分为多血质、黏液质、胆汁质和忧郁质4种类型。在体液混合比例中，血液占优势的人为多血质，黏液占优势的人为黏液性，黄胆汁占优势的为胆汁质，黑胆汁占优势的人为忧郁质。

希波克拉底认为，不同的气质，表现出不同的行为特征和心理品质，主要是由于每一种体液都是由冷、热、干、湿4种性质中的两种性质混合而成。血液具有湿性质，多

血质的人湿而润，有春天一般的气质；黏液是冷的性质，黏液质的人的冷而无情，如冬天一样；黄胆汁具有热干的性质，黄胆汁的人热而不安，似夏天一般；黑胆汁有冷干性质，忧郁质的人冷而不安，犹如秋天一样。

希波克拉底就把忧郁界定为一种气质类型，称为忧郁质。忧郁质不是某一种类型的人所独有的，一般人或多或少都具有抑郁的潜质，正如我们都具有爱、焦虑、痛苦的潜质一样。

由此可见，希波克拉底时代的人们已经观察到了抑郁现象，并且对此作了说明：抑郁的原意即黑胆汁，黑胆汁过多造成了抑郁状态。2世纪伟大的医学家盖伦继承并且弘扬了这一理论，使得气质的4种类型学说至今仍主导着西方心理学。

哲学家柏拉图也对抑郁的产生提出了自己的假设，他假设抑郁伴随着创造力的“神的愤怒”。抑郁被认为产生于观念和自我反思（内省）中，所以忧郁的状态常常和具有创造性的人相联系，忧郁的人也常常对自身和生活进行深刻的内省。

二、发展

从古代到中世纪文艺复兴这一漫长的历史时期，抑郁这一概念被各国广泛应用。至12世纪，犹太医生摩西·迈蒙尼认为，“抑郁症”是一种独立疾病。但对于情感障碍的科学观察与研究则始于19世纪中叶，1854年法国临床精神病专家居里士·弗尔莱特描述了抑郁和躁狂的临床表现，将之称为循环性抑郁障碍。几乎同时另一位法国医生居里士·鲍兰德描述了处于木僵状态的抑郁。而1882年卡尔巴姆首先提出躁狂和抑郁是同一疾病的两个阶段，并创用环形精神障碍一词。1895年，德国医生卡伯莱恩和萨德克证实了法国医生的观察，提出抑郁症和躁狂症不是两个独立的疾病，而是同一疾病的两个阶段。1896年，克雷丕林把抑郁症和狂躁症合二为一，划为一个疾病分类学单元，命名为躁狂抑郁性精神病，或称为躁狂抑郁症。这一分类观点曾被广泛接受并沿用了半个世纪之久。直到1951年，布莱勒将抑郁症的病例包含在了情感性精神病这一术语之中。1962年，抑郁症正式被列入医疗手册，开始时仅依靠弗洛伊德的心理分析进行辅导治疗，后来电刺激一度被认为是最有效的方法之一，可是因名声不好，且容易引起其他外伤，很难劝说病人采用。近代贝克、埃里斯、伯恩斯等人也在自己的临床和实践中分别提出了贝克认知疗法、埃里斯理性情绪疗法和伯恩斯新情绪疗法。

就治疗药物而言，20世纪70年代开发出的抗抑郁症药物，虽减轻了许多患者的症状，但有严重的副作用，过量服用还会导致死亡。1988年百忧解问世后，由于副作用小而普遍受到欢迎，但相当于一部分患者常年依靠它来保持情绪稳定，产生了抗药性，又引起新的问题。

三、抑郁症在中国的起源与发展

抑郁症这一名称对中国人而言是舶来的，而抑郁的情绪却在这片土地上延续了上千年。在中国传统医学中这一类的疾病被归为情志病，关于情志为病的记载，最早见于

《素问·阴阳应象大论篇》说：“人有五脏配五气，以生喜怒思悲恐”，“肝志在怒，心志在喜，脾志在思，肺志在悲，肾志在恐。”郁证是临床上常见的情志病，原因往往是思虑过度、肝气郁结，称之为“郁证”。郁证是对情志不舒、气积郁滞所致疾病的总称。

郁者，结而不通之意。郁证的名称出至于《内经》，作为病名最早见于明代医家虞抟的《医学正传》。关于郁证的论述有很多，其中明代医家张景岳对郁证的认识是较全面和深刻的。他认为《内经》的五行之郁与情志之郁是两个概念，如《景岳全书·郁证》：“凡五气之郁则诸病皆有，此因病而郁也。至若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病也。”他认为，五气之郁是由于各种病因致使脏腑功能失调，而导致的人体气血津液等瘀滞不通，所谓因病而郁（淤瘀）。而情志之郁则是因为情志的抑悒忧郁，而导致一些躯体症状的出现，所谓因郁而病。

张景岳在《类经》中总结到：怒、思、犹三郁，认为思郁是由于思则气结，伤肝及脾，而引起脾虚的一系列见症。诊疗时根据病理变化阶段不同而辨证论治，患病初疗程短，中气未伤，治宜开结顺气，用木香枳实丸治疗。久病中气已损伤，治宜增补中气，用香砂六君子汤治疗。认为忧郁是由于衣食之累，厉害之牵，戚戚忧忧，精神失常，甚至不振，即所谓的阳消证。治疗时强调改变环境和性情，调气开郁用逍遥散合六君子汤治疗。怒郁是由于大怒伤肝引起的一系列病变，宜用疏肝理气、平肝等药物治疗。

中医的经典《内经》提出“五郁”之发可致民病，次天之郁。狭义的郁证主要指由情志不舒、气积不畅而引起的情绪抑郁、思绪不宁、悲伤善哭、胸胁胀痛、咽中如有异物梗阻等多种症状。西医的神经症、狂躁抑郁症、癔病、更年期综合征等疾病都属于中医郁证的范畴。

狭义的抑郁症的病因病机为内伤七情，即由于喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情的过度发生，造成气血运行不畅，脏腑功能失和。忧思过度可损伤心脾，以致心脾两虚，而产生心悸怔忡、失眠健忘、神情恍惚。肝气郁结则可气郁化火，而出现急躁易怒、胁肋胀痛。肝郁伤脾则出现食欲不振、便秘等。日久伤肾则可见情绪低落、思维迟钝，有自杀念头，或者失眠。若日久气血瘀滞可出现瘀血表现，如胁肋刺痛、头痛、顽固性失眠等症状。总之，中医认为抑郁症的发病机制主要是思虑过度导致肝失疏泄，脾失健运，心失所养，肾精亏虚，脏腑气血功能失调，元神失养。病位在脑，涉及心、肝、脾、肾多脏。可见，中国古代的医家已经对抑郁的原因以及病程机制作了探讨。

第三节 抑郁症的发病特点及危险因素

一、抑郁症的发病特点

抑郁症的流行病学研究表明，抑郁症的发病具有三大特征。

1. 发病率高和漏诊率高

据调查，女性抑郁症的终生患病率约为20%，男性抑郁症的终生患病率约为10%。

1998年,世界精神卫生调查委员会(WMH)对焦虑障碍、心境障碍、冲动—控制障碍及药物依赖的年患病率、疾病严重度、功能严重度、功能损害程度和接受治疗情况等进行了调查,2004年报道了已完成的14个国家的15项调查结果,各国心境障碍的年患病率在0.8%~9.6%之间,其中以美国最高,尼日利亚最低;我国北京、上海分别为2.5%和1.7%。调查还发现,各类精神疾病都有严重的功能缺损,而且很大比例的患者未得到治疗,在我国至少50%未得到治疗;而抑郁障碍患者从未就医者高达62.9%。另有调查表明,一般内科医生对于包括抑郁症在内的心理障碍的识别率只有15.9%,抑郁症的临床漏诊率达50%~60%,导致只有约1/4的患者能接受正规治疗。近年来,随着生活节奏的加快,学习、就业、工作压力的增大,竞争加剧,以及对自我期望值的增高,精神压力也随之增大,抑郁症的发病率有进一步加大的趋势。2005年6月在北京举办的亚洲精神科学高峰会公布了这样一个数据:目前中国的抑郁症患者已超过2 600万人。

2. 危害性大

在患有抑郁症的人群中,死于自杀、意外事故、心脏病、呼吸系统疾病、中风的危险性高于非抑郁症人群。据估计,抑郁症的自杀率为10%~17%;在全球,抑郁症造成的经济负担约占所有疾病负担的4.4%,与缺血性心脏病或腹泻性疾病相当;伴发抑郁症的糖尿病、癫痫、缺血性心脏病、阿尔茨海默病的预后较无伴发者差。

3. 复发率高

据估计,抑郁症有75%~85%的患者多次复发。此外,10%~30%的抑郁症患者不能完全恢复而持续存在残余的抑郁症状或恶劣心境。

WHO指出,21世纪人类面对的最大疾患是精神疾病,而抑郁症是其中的重点,并认为抑郁症大规模爆发的危险性为15%~20%,到2020年抑郁症将成为最重要的引起人类残疾的疾病,是非衰老性死亡和残疾的第二大原因。因此,抑郁症的有效防治工作已成为社会和医学界广为关注、亟需解决的问题。

二、抑郁症发病的危险因素

1. 遗传因素

抑郁症的发生与遗传因素密切相关。家系研究发现,其亲属同病率远高于一般人群,血缘关系越近发病一致率越高。虽然抑郁症不属于遗传病范畴,但是遗传因素作为抑郁症产生的原因是不可忽视的。

2. 躯体因素

躯体疾病,特别是慢性中枢神经系统疾病或其他慢性躯体疾病,可成为抑郁症发生的重要危险因素。

3. 人格因素

人格特征中具有较为明显的焦虑、强迫、冲动等特质的个体,易发生抑郁症。

4. 社会因素

不利的社会因素对于抑郁症的发生有重要影响,婚姻状况的不满意是发生抑郁的重

要危险因素，低经济收入家庭中的主要成员易患抑郁症。这也是抑郁症产生的原因中最为关键的一点。

5. 心理因素

重大的突发或持续时间在2~3个月或3个月以上的负性生活事件，对个体抑郁症的发生构成重要影响。重大的负性生活事件如亲人死亡或失恋等情况，是导致抑郁症的直接因素。

6. 性别因素

流行病学资料显示，女性比男性更易患抑郁症，女性遭受抑郁病症困扰的危险性是男性的2倍。

7. 环境因素

在环境因素中与抑郁症发生关系密切的是日照不足。季节性抑郁症的发病原因，主要与冬季日照时间短、日照不足和天气变冷时人体内分泌变化有关。

三、中国抑郁症现状

据中国心理卫生协会数据显示，目前中国有病例记录抑郁症患者已超过3 000万人，重性精神疾病患者约1 600万人，但从未就医率却高达62.9%。世界精神病学协会（WPA）网络调查报告也显示：75.94%的人认为可以通过自身调节抑制抑郁症的发生和发展，而不需要专业医生和药物的治疗。在选择抑郁症治疗手段时，45.4%的患者不去医院就诊抑郁症，36.81%选择去综合医院，仅有17.79%选择专科医院。

目前，全国地市级以上医院对抑郁症的识别率不到20%。在现有的抑郁症患者中，只有不到10%的人接受了相关的药物治疗。WPA和灵北学院（中国）联合主办的WPA-灵北学院中国抑郁教育项目启动会上，上海精神卫生中心临床流行病学研究室主任、中华医学会精神病学分会常委何燕玲教授指出：调查显示，在我国综合性医院就医的患者中罹患抑郁或焦虑障碍症状的比例超过20%，而综合医院的医生对抑郁症的识别率不高，导致患者经常被漏诊。据何燕玲介绍，对北京、上海、广州、成都和长沙等地15家综合性医院的心内科、神经科、消化科和妇科门诊就诊的11 260名患者的调查发现，患者通常以躯体症状为首诊的原因，其中有超过20%的患者具有抑郁或焦虑障碍。一项涉及15个国家和地区的调查显示，我国内科对心理障碍的平均识别率仅为15.5%。

北京大学精神卫生研究所所长于欣指出，抑郁症的主战场不在专科医院，而是在综合医院和社区医院。在临床中，接触抑郁症患者第一关的往往是社区医院和综合医院的医生，如果医生对抑郁症的识别率不高，就会导致患者被漏诊。与此同时数据显示，中国目前精神疾病类医师仅有2万余名。对此，于欣表示，面对3 000万甚至更多没有就医的抑郁症患者，悬殊的医患人数比例不可能短时间内改变，所以社区医师和综合医院医师能否加入抑郁症的诊疗队伍，对能否改善中国地区抑郁症的整体治疗现状将有重要意义。作为该项目的带头人，于欣呼吁，通过教育让社区医生、综合医院医生以及其他卫生专业人员，包括护士、社会工作者、临床心理学家、咨询师、传统医学执业者等更

有效地识别和处理抑郁障碍。

据悉, WPA-灵北学院抑郁教育项目将针对中国地区抑郁症这一精神疾病提供专业知识教育、培训, 包括核心部分和处理各种人群中的抑郁障碍两大部分。计划从北京、上海、广州、成都、长沙等城市出发, 以点带面, 在今后几年中, 不断扩大项目在中国地区的覆盖面积, 构建一个持续的、互动的抑郁学术教育平台, 让广大综合医院、基层医疗机构的医生从中受益, 为中国地区抑郁症的医疗事业发展提供有力的支持。

第四节 抑郁症的社会经济负担

根据世界卫生组织的资料, 抑郁障碍是导致全球5岁以上的人群劳动能力受损的首要因素。抑郁障碍对患病个体的家庭和社会带来严重影响的同时, 还通过生产力的损失和卫生资源的占用给社会经济带来沉重的负担。它造成罹患个体的生活质量下降、社会功能损害、劳动能力减退, 严重者导致自杀死亡, 患病导致个体的劳动效率下降、因病旷工或请假天数增加, 导致不断增加的卫生服务资源占用和家庭、社会的人力资源与物质资源的消耗, 患病也会引发患者家庭成员间的关系变化、家庭正常生活秩序的扰乱, 进而影响到家庭成员的生活质量, 甚至造成家庭成员的病患或原有疾病加重等。

许多研究表明, 抑郁障碍患者比无抑郁的患者在躯体功能、社会心理状态、社会角色功能方面都差于后者, 而抑郁障碍对生活质量的损害与抑郁的严重程度呈正相关, 与其他慢性医学疾病患者所遭受的损害差不多或更甚于后者。Schonfeld等在综合医疗机构患者中应用RAND SF-36健康问卷测查发现重症抑郁是造成躯体功能、社会功能和情感功能降低的重要决定性因素, 他们还发现患有多种疾患的患者重性抑郁对患者的生活质量的影 响大于其他疾病。有资料发现在一系列常见的医学疾患中抑郁障碍患者的社会功能损害水平是最重的。抑郁障碍的总的经济负担与那些严重的躯体疾病如癌症、心脏病等不相上下。

抑郁障碍患者的劳动能力受损或失能是抑郁障碍的社会经济负担的重要来源。有学者统计发现抑郁障碍患者平均每个月就会有2~4 d无法工作。Broadhead等发现美国重症抑郁患者因病损失的工作天数是常人的5倍; 有抑郁症状但未达到抑郁障碍诊断标准的人群损失的工作天数是常人的3倍。Conti和Burton则对一系列慢性医学情况的平均失能时间进行估算, 结果发现抑郁障碍导致的失能时间是最长的。1999年通过对美国约37万雇用工人的调查分析发现由于健康缺勤或失能导致的生产力损失占到总共产力的29%, 其中47%来自于精神疾患, 其中负担比重最大的前三位是双相障碍慢性维持期、抑郁症、双相障碍抑郁发作, 疾病的失能代价是沉重的。抑郁障碍患者的自杀、自伤, 甚至杀害亲人的危险性高于其他疾病, 有2/3的抑郁患者有过自杀观念和行 为, 其中15%~25%最终自杀成功。SEBOD组织的研究显示我国的自杀率目前为23.23/10万人, 其中约40%是由抑郁障碍造成, 由于自杀导致每年52亿人民币损失, 而美国因自杀导致每年损失达54亿美元。

抑郁障碍的慢性及复发性特点导致抑郁障碍患者比一般的病人更多地求助于卫生保健机构，因此也造成了高额的医疗花费。2000年加拿大调查了6 257名抑郁症患者发现抑郁症患者的卫生保健费用为4 642加元/（人·a⁻¹），是无抑郁对照组的2倍。Simon发现，抑郁障碍患者的全部医疗费用在矫正了合并的慢性躯体病的影响后要比一般人群增加50%~75%。队列研究资料表明抑郁症好转的同时，综合医疗服务使用率和医疗费用也在降低。单相抑郁方面，抑郁对劳动能力和卫生资源占用的影响方面的研究显示存在着强交叉联系（如抑郁病人的高经济负担伴随着严重的残疾）和纵向联系（如抑郁的改善与残疾的减少和低经济负担相联系）。20世纪80年代，美国每年因抑郁障碍造成约20亿美元医药费，90年代则达到了约124亿美元，2000年则更是达到了261亿美元。在英国，国家健康服务机构每年用于治疗双相障碍的费用估计为1.99亿英镑，其中医院承担了35%。

抑郁障碍还给患者家庭带来额外的负担，家庭给予患者人力、物质的支持，照料者因此导致工作缺勤、疾病或原有疾病加重，以致占用更多的卫生资源、照料者活动自由受限生活质量降低。据SEBOD组织报告，在中国，抑郁症患者的照料者要花费他们每年17%~25%的年收入用于照料抑郁症患者，而且还要付出每周大约17 h或每年60 d的工作缺勤的代价。抑郁障碍还给罹患个体带来婚姻或家庭关系的破坏、社会歧视和耻辱、社会关系变差、由于患病导致继续学习的能力受损、公共交通事故增多等，这些负担由于无法测量，在疾病负担研究中常常被忽略。而实际上这些负担给患者带来的影响并不比其他方面的影响少。至少有一项研究发现医生为了减少抑郁诊断带来的歧视而可能不记录抑郁症诊断。

美国抑郁障碍的经济总负担从1990年的774亿美元增加到2000年的831亿美元，而在2000年的总负担中，515亿美元（62%）是生产力损失。2004年，SEBOD组织报告中国抑郁症患者导致的每年社会经济负担超过了600亿人民币，直接负担140亿人民币，间接负担480亿人民币，是仅次于美国的全球第二大抑郁障碍高经济负担国家。

1993年，WHO、世界银行及美国哈佛大学公共卫生院开展了一项全球疾病负担的合作研究，将伤残调整生命年（DALYs）作为疾病负担的衡量指标，在疾病负担排行中抑郁症排第4位，在当年的全球疾病残疾调整生命年中贡献了3.7%的比例，2000年的全球疾病生命年中，抑郁症贡献了4.4%，仍然排在疾病负担的第4位，但在所有疾病中抑郁症的非致命性负担排在首位，在全球范围内它在全部伴随残疾的生命年中占12%之多，估计到2020年，抑郁障碍将成为继冠心病后的第二大疾病负担源。

WHO的全球疾病负担（GBD）的合作研究，分析了1990年，并预测了2020年各国的疾病负担。发现1990年全球疾病负担的前5位排序为：下呼吸道感染、围产期疾病、腹泻、AIDS、抑郁症；而在15—44岁年龄组的前10位疾病中，有5项为神经精神疾病（抑郁症、自杀与自伤、双相障碍、精神分裂症和酒/药物依赖）。全球的神经精神疾病负担中抑郁症、自杀分别为17.3%，15.9%，高居榜首；抑郁症占伤残调整生命年减少的4.2%，抑郁症和自杀占5.9%。