

走出忧郁

英国生命线协会
特雷弗·巴恩斯 著



警告！ 心理疾病已成为当今世界的头号杀手

呼吁： 让千百万人摆脱黑色幽灵忧郁症的困扰

走出忧郁

英国生命线协会
特雷弗·巴恩斯 著
杨 雯 赵之援 译



南海出版公司

著作权合同登记号

图字:30—2000—36

图书在版编目(CIP)数据

走出忧郁/(英)特雷弗·巴恩斯著;赵之援译. —海口:南海出版公司,2000.5

ISBN 7-5442-1621-7

I. 走… II. ①特…②赵… III. 抑郁症-基本知识
IV. R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 24649 号

ZOUCHU YOUYU

走出忧郁

作 者 (英)特雷弗·巴恩斯

译 者 杨雯 赵之援

责任编辑 袁杰伟

封面设计 郑鸣冲

出版发行 南海出版公司 电话(0898) 5350227 5352906

社 址 海口市机场路友利园大厦 B 座 3 楼 邮编 570203

经 销 新华书店

印 刷 河北省丰润县印刷有限公司

开 本 850×1168 毫米 1/32

印 张 8

字 数 130 千字

版 次 2000 年 10 月第 1 版 2000 年 10 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 7-5442-1621-7/R·49

定 价 15.00 元

南海版图书 版权所有 盗版必究

序

抑郁症（本书中称之为“忧郁症”）目前已成为全球疾病中给人类带来负担的第二位重要疾病。过去安排顺序的传统方法是按死亡率和患病率来进行的。因为死亡人数未考虑到疾病的非致命后果，而患病率也未考虑到疾病所产生残疾的严重性和持续时间，这种传统的测定方法会严重低估全世界精神障碍的相对重要性。为了克服传统方法的局限，世界卫生组织、世界银行和哈佛大学联合开展了全球疾病负担项目。该项目运用一种叫“残疾调整生命年”的新方法来测定疾病负担，它考虑到了疾病引起的早逝所丧失的潜在生命年和残疾所丧失的富有生产力生命年，所以一个残疾调整生命年就是一个人丧失的一年健康生命。

抑郁症已属于第二位的重要疾病，由它造成的严重后果和对患者带来的极度痛苦是其他疾病所无法比拟的。这种情况的出现是由于社会对该疾病缺

乏正确的认识，造成患者耻于到精神科的医疗机构去就医，耽误了及时的治疗，有的甚至出现自杀和无法挽回的严重后果。其实，随着神经科学和精神医学的发展和进步，目前已有了有效的治疗方法。除了已生产出有效的抗忧郁药物外，还可以在心理上帮助抑郁症患者走出忧郁的阴影，重新走上充满希望的人生。如各地已兴起的心理热线、心理咨询和心理治疗，都为抑郁症患者的康复提供了支持和帮助。

本书以生动的描述和深入的探讨，介绍了抑郁症的本质和摆脱抑郁、重见光明前途的方法。书中有不少切合实际的建议和方法，对自我调节心情是有帮助的。书中也给从事心理热线和进行危险干预的工作人员提供了值得参考和有应用价值的方法。

本书还刊载了上海医科大学精神科徐一峰副教授的《抑郁症：我们何时走出困境》一文。该文系统地介绍国内有关抑郁症的情况和材料，并对今后普及有关知识和开展社区服务提出了很好的建议。

希望这本书能对抑郁症患者及其家属，还有广大的心理卫生工作者有所启迪和帮助。

——严和骏教授 上海市心理康复协会会长
上海市心理卫生学会理事长

与你一同

这本书由特雷佛·巴恩斯与生命线协会合作出版。特雷佛·巴恩斯是个作家，同时也是个广播人。他的创作作品包括《身怀任务的男子》以及一本特里·韦德的传记，而他所主持的节目则是“安息日”。

人的一生中或多或少都会有低潮期，此时世界一片黑暗，阴沉的令人难受，心中油然生起一种想放弃自己生命的念头，甚至认为这是唯一的解决之道。

我们生命线，每一年都至少接获 350 万个诸如此类的求救电话，因此深深感受到沮丧忧郁的可怕，它无时无刻不摧毁人的生存意识，对生命而言实为一大威胁。有鉴于此，特雷佛·巴恩斯在本书中将忧郁症的问题作了深入且清楚的探讨，希望能借助此书帮助那些时正为忧郁症所苦的朋友们，也让世人对此问题有较深的认识。

——珍妮·康尼顿 英国生命线协会会长

抑郁症： 我们何时走出困境

我们生活在一个激动人心的时代，世界和中国的形势变化多端且发展迅速。经济的快速发展正不断提高人们的生活水平，改善医疗技术与服务，帮助完善基础设施，而基础设施的完善则大大提高了我们的生活质量。然而，迅速繁荣和膨胀的经济同时也伴随着很多环境问题和一系列更加错综复杂的健康问题。

由于迅速的工业化、现代化和城市化过程所带来的社会经济翻天覆地的变化，社会竞争不断加剧。一方面，劳动力的重新组合、人口和家庭结构的变化、原有社会支持网络的削弱，给人们带来了不安全感、未来的不可捉摸性和对未来的焦虑，导致了各种心理应激因素急剧增加，精神卫生问题日益突出。另一方面，社会经济发展、生活环境变化、人口老化及人民生活水平提高导致居民疾病

谱、死因的较大变化。影响人们健康的疾病类型正在从传染性疾病为主向慢性非传染性、老年性疾病和与人们的行为和生活方式密切相关的疾病为主发展。人口结构正在发生的变化更是加强了要求发展新的医疗保健措施与战略的迫切呼声。

人们在日常行为和精神健康上出现了各种各样的新问题。精神病、老年痴呆症、抑郁症和其他精神卫生问题的病例不断增长，传统型家庭纽带的中断及其作用的削弱，包括从传统大家庭转变为现代小家庭，产生了一系列不良影响，比如社会上有越来越多的人酗酒、滥用药品、吸毒和自杀。其必然结果就是与人们精神健康有关的疾病成为在当代生活中必须要面对的重要挑战之一。

十多年前，在我还是一个医科大学生的時候，曾经听到一个不幸的消息：张××教授自杀了。张××教授是著名医学家，中国神经病学界的泰山北斗，谁也想不到他会自杀身亡。那时人们告诉我，他不是出于人们可以想像的种种原因而自杀，而是死于抑郁症。“晓得吗，就是一种神经病，人变得不开心，想不通死的。”告诉我消息的人一脸神秘。“神经病？他不就是专治神经病的么？”

日子一天天过去，神经病和精神病的含义以及它们究竟有什么不同，对于我不再是个问题，张××教授的死因也渐渐不成为秘密。他曾是个非常成

功的医学家，然而在十年动乱后第一次出国访问中，他目睹时间无情地拉开了他和世界水平的距离，他无法接受这一事实。他一下子沉默了，情绪极为低落。他的病症并不是没有被发现，他被送进最好的精神病院，接受最好的精神科同道治疗，但终于有一天，他还是走上了绝路。“他太骄傲了，他用死亡捍卫了自己最后的尊严。”他的一位老友喟叹道。

世界范围内抑郁症的现状

临床抑郁症不是你能轻易摆脱的一时不快，它是一种疾病，就像关节炎、糖尿病或是高血压。它影响整个身体，包括躯体健康，心境和思维。必须理解抑郁症不是咎由自取，不意味着个人的软弱或应对能力不足。如同糖尿病和病毒感染一样，临床抑郁症被认为产生于化学物质失衡。导致抑郁症的失衡包括被认为在调节心境和人格的其他方面十分重要的叫做神经递质的脑内化学物质。此外，其他因素如应激性环境和其他心理社会因素也可能导致抑郁症发生。抑郁症不是少见疾病。据估计，在全世界范围内，有3.4亿抑郁症患者；有900~1400万美国人患有抑郁症。抑郁症不是一种外来的奢侈品，而是一种严重危害各国、各种族人群健康的常

见病、多发病。它也不是酒足饭饱后的无病呻吟，而是广泛存在于整个社会的各阶层，无论贩夫走卒，还是达官显贵，都有可能受到抑郁症的侵袭。它可以出现在任何年龄阶段，在儿童青少年、女性更年期和老年期作祟。

抑郁症是心情明显而持久的改变，我称它为中毒状态。处于这种状态下的人可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，甚至出现不食、不语、不动的所谓木僵状态，伴有注意力不能集中、记忆力下降、自我评价下降、对日常事物丧失兴趣、没有愉快感、自觉思考能力下降、好像头脑里“一团糍糊”、睡眠质量下降甚至彻夜失眠或早醒、经常感到疲倦乏力、身体局部不适（如胸闷、心慌、头痛、背痛、便秘等）、体重下降、不想吃东西、性欲下降、甚至经常哭泣、紧张、害怕、反复出现想死的念头或有自杀行为等等。这些症状组合在一起，达到一定的时间和强度，就构成所谓抑郁症。

抑郁症与正常的悲伤、沮丧既有联系又有不同。我们与所爱的人分离，可以在短时间内体验到抑郁症发作的某些症状，但我们的日常功能几乎是完好的，不进行治疗，这些抑郁体验也会很快消除。如果这种分离不可逆转，则在一定条件下也可转化为抑郁症。

抑郁症不是一次性疾病。大量研究表明，约三

分之一的病人一生中只患一次抑郁症，但是，其余的病人在首次发病后的2~5年间会有第二、第三次抑郁症发作。在老年人中，抑郁症的复发频率更高，持续时间也会更长。其中约有三分之一的病人，其抑郁症状会长期存在或波动。他们在社交上存在不同程度的困难，需要长期维持治疗、定期的医疗咨询和良好的社会维持系统，当然也需要耗费大量的国家卫生资源。

70年代的一项以社区为样本的国际合作研究（参加国家和地区有美国、波多黎各、加拿大、意大利、韩国和我国台湾）报道，抑郁症的时点患病率，女性为10%~25%，男性为5%~9%。女性的终身患病危险为10%~25%，男性为5%~12%。患病率的高低与受教育程度、收入、婚姻状况、种族无关。女性的患病率约为男性的2倍。患病的高峰年龄为25~44岁，正是人生最美好、最富活力的阶段。约20%~25%的严重躯体疾病患者在病程中出现抑郁发作。80年代，美国国立精神卫生研究所在5个流行病学研究区域，调查了18岁以上的社区人口近2万人。结果重性抑郁症2周的患病率为1.5%，月患病率为1.6%，半年患病率为2.2%，年患病率为2.6%，终身患病危险为4.4%。女性的患病率高于男性，男女之比为1:2.7。患病的高峰年龄为18~44岁。

从上述数据不难看出，女性是第一易患人群。抑郁症病人中，女性病人至少是男性病人的2倍。不过，有人对此的解释是，社会对两性的角色期待不同。对男性的要求是坚强有主见，根本不容许他们倾诉自己的痛苦，也鲜有机会表达自身的软弱，于是许多男性选择了烟草、酒精或毒品以求解脱。在美国对抑郁症及其他精神障碍的调查也发现，男性比女性更不愿意承认患了抑郁症，他们更担心被抑郁症“标签化”。

事实上，在本世纪80年代，美国宾夕法尼亚州某基督教社区进行的一次调查发现，男性与女性罹患抑郁症的概率相等。其研究者认为这一结果更为客观而公正，因为在该社区中基督教徒禁止酗酒和吸毒，犯罪率极低，因而不会造成因一些男性病人身处监狱或戒毒所而在调查中被遗漏。

我国抑郁症的现状

再来看看我国的情况。1982年，我国12个地区进行了情感性障碍的流行病学协作研究，据报道，情感性障碍（含抑郁症）的患病率为0.76‰；在1983~1984年间，我国部分地区在对诊断概念适当修改后进行流行病学调查，结果显示情感障碍的患病率在0.57‰~1.37‰之间。城市人口的患病

率明显高于农村人口。1993年，我国7个地区的流行病学调查发现，情感障碍的时点患病率为0.52‰，终身患病率为0.83‰。我国社区人群抑郁症的流行病学研究报道的患病率与国外报道的结果有较大差异，抑郁症的患病率似乎明显偏低，其中含意颇耐人寻味。国内社区流行病学研究抑郁症患病率较低可能与多种因素有关，比如诊断含义、发现病例的方法以及社会文化差异等。我的老师、哈佛大学凯博文教授（Arthur Kleinman）80年代初期在湖南医学院做现场工作时，曾经对100例被国内精神科医生诊断为神经衰弱的病人进行再诊断，结果有70例被修正诊断为抑郁症，这当中，社会文化差异对症状的表达、判断具有关键的影响。

如同在其他的发展中国家一样，我国大多数抑郁症患者并未受到治疗。“全球疾病负担”研究估计，在中国仅有5%患抑郁症的人接受了治疗（而在发达国家为35%）。这有以下三个主要原因：其一，患病的个人，其家庭及卫生保健工作者并未意识到这是一种可以被治愈的疾病；其二，患病的个人或其家庭不愿去求助于精神科治疗，因为他们害怕被视为“疯子”；其三，在全国的许多地区缺乏有关精神健康问题的可以负担的以社会为基础的治疗机构。事实上，80%以上患抑郁症病人的治疗是有帮助的，这包括各种各样的心理咨询或心理治疗

以及抗抑郁剂。抗抑郁剂是通过在脑内恢复正常化学平衡而起作用的。有些抗抑郁剂，比如5-羟色胺再摄取抑制剂，是通过增加脑内一种叫5-羟色胺的神经递质的供应来打破化学失衡现象。它能阻断脑内将5-羟色胺从其作用位点移走的泵。有些抗抑郁剂，除了影响涉及抑郁症的脑神经递质，也影响脑内其他系统。对那些接受恰当治疗包括抗抑郁剂的人来说，改善是渐进的。某些症状可能会在1~2周内好转，明显改善则可能需要4~6周。当然，只有在医生指导下才能服用抗抑郁剂。不过，世上没有万能的灵丹妙药。所以，如果服药后症状无好转甚至恶化，或发现某些讨厌的副作用，还是要与医生联系。在好转后，医生可能会建议再服一段时间的抗抑郁剂以防止复发，会告诫什么时间停用。病人能采取的其他自我帮助措施还有：遵从医生的建议，不要错过与医生会面。如果医生向病人推荐咨询、合理饮食、经常锻炼和其他活动，也要遵从这些指导。医生也可能会提议让病人的家庭成员或亲密朋友参加到治疗中，如同患其他疾病一样，他们会留心病人的进步。恰当的治疗可以帮助绝大多数患抑郁症的病人，通过寻求治疗，大步走向康复。

90年代以来，我国对抑郁症的大众意识逐渐提高，宣传力度不断加大，在此期间进行的一些特

定人群抑郁症的流行病学调查，所报道的患病率高于以前报道的患病率。其中，由世界卫生组织发起的一项全球 15 个国家和地区参与的综合性医疗机构中的心理障碍研究中，由严和骏、肖世富等完成的上海样本研究显示，综合性医院内科门诊病人中，符合 ICD - 10 标准的重性抑郁的患病率为 4.0%，抑郁性神经症的患病率为 1.2%。我国陈学诗等报道老年人抑郁症的患病率为 0.34% ~ 1.51%。许多不太严格的对大、中学生及特殊职业人群进行的研究，所报道的抑郁障碍患病率更高，多在 10% ~ 20% 之间。躯体疾病，特别是严重躯体疾病、慢性病、脑器质性疾病容易促发或直接导致抑郁症。有报道各种内科病人中，抑郁障碍的发生率为 12% ~ 36%，帕金森病发生抑郁者占 50% ~ 70%，脑卒中后抑郁的发生率为 30% ~ 60%，老年期痴呆者抑郁的发生率为 10% ~ 40%，等等。儿童期抑郁症的患病率较低，国外报道的患病率多在 1% 左右。虽然有关抑郁症患病率在不同时期、不同文化或不同国家存在一定差异，但是抑郁症为一常见病多发病却是不争的事实。据世界卫生组织保守估计，抑郁症在人群中的时点患病率为 3%。据此推算，我国抑郁症的现患人数达 3600 万之巨，为整个澳大利亚全国人口的 2 倍。

率所造成的损失是巨大的。根据世界卫生组织和世界银行 1996 年发表的一项“全球疾病负担”的权威研究分析，以因病造成伤残或称“功能缺损”（disability）统计，抑郁症导致的伤残仅次于慢性阻塞性肺病而居第二位，占全部疾病负担的 6.2%；据该报告分析，到 2010 年，世界发病率前 15 位疾病中，抑郁症将列居榜首；到 2020 年，抑郁症造成的疾病负担仍占第三位，在疾病总负担中的比例则上升至 7.3%。90 年代世界卫生组织发起的由全球 15 个国家和地区（包括中国上海）参与的综合性医院就诊病人中的心理障碍研究也表明，80% 以上抑郁症病人有显著的功能缺陷，抑郁症明显影响病人的生活质量和劳动能力的发挥。

抑郁症的最危险后果是自杀。在“全球疾病负担”研究报告中，自杀自伤占第五位，抑郁症及其他精神障碍所致自杀、死亡率占整个人群自然死亡的 40% 以上，对人类生存质量、对罹患病人个体和社会都造成严重影响。多数研究表明，抑郁症的自杀率为 5% ~ 15%。抑郁症所导致的心灵痛苦一点也不亚于躯体疾病导致的痛苦。不少抑郁症患者因不堪心灵上的重负而自杀身亡，给个人、家庭和社会造成巨大的损失。除了本文开头提及的张 × × 教授外，像近年来众所周知的有某著名电台谈话节目女主持人、某大型汽车制造企业董事长、某著名

作家等均因患抑郁症而自杀身亡。

世界上 20% 的自杀在中国。以前，我国的自杀情况是保密的。人们对此或者视而不见，或者像鸵鸟一样埋上脑袋。自杀被赋予特别的含义，在文化大革命时期最常听到的是“自绝于党，自绝于人民”的说法，完全无视这是任何社会都存在的一种社会现象，更谈不上对此现象的深刻分析与对策。好在随着社会的不断进步与发展，人们的心态日益回复理性，对自杀现象的宽容和正视使得自杀数字的公布成为可能。根据世界卫生组织《世界卫生组织统计年报》于 1989 和 1990 年公布的数字，中国自杀率为：1987 年男性 14.9/10 万，女性 20.4/10 万；1988 年男性 15.0/10 万，女性 19.5/10 万；1989 年男性 14.7/10 万，女性 19.6/10 万。

此外，中国是世界上唯一的妇女自杀率超过男人自杀率的国家，尤其是在农村地区。在我国，农村青年妇女的自杀率最高，居于世界第一位。自杀方式上，有机磷农药的广泛应用和疏于管理使中国农村的自杀中有机磷农药中毒占到自杀死亡总数的 80%！

我国抑郁症的社区服务现状