

综合医院抑郁障碍 诊治策略

ZONGHE YIYUAN YIYU ZHANGAI
ZHENZHI CELUE

主 编 张宝忠
主 审 王晓慧



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

综合医院抑郁障碍 诊治策略

ZONGHE YIYUAN YIYU ZHANGAI
ZHENZHI CELUE

主 编 张宝忠

主 审 王晓慧



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

综合医院抑郁障碍诊治策略/张宝忠主编. —北京:人民军医出版社,2016.3
ISBN 978-7-5091-9113-2

I. ①综… II. ①张… III. ①抑郁障碍—诊疗 IV. ①R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 039960 号

策划编辑:秦速励 文字编辑:魏新陈鹏 责任审读:王三荣

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927286

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:京南印刷厂

开本:850mm×1168mm 1/16

印张:27.5 字数:753千字

版、印次:2016年3月第1版第1次印刷

印数:001—500

定价:145.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

SUMMARY

本书包括抑郁障碍的概念、分类、流行病学和后果及综合医院精神卫生服务现状,精神科临床实践技能,抑郁障碍的病因、发病机制、临床表现和诊断,重点论述抑郁障碍的药物治疗、特殊人群的抑郁障碍、抑郁障碍与躯体疾病共病、综合医院与抑郁自杀、抑郁障碍诊疗量表和相关法律问题。本书内容翔实,系统论述综合医院抑郁障碍的诊治策略,适合综合医院各科医师,尤其适合精神科医师参考阅读。

编委会名单

主 编 张宝忠

副主编 李俊玲 张 健 李 科 王 亮 张尚荣

主 审 王晓慧

编 者 (以姓氏笔画为序)

于会文 王 亮 王 颖 王丛妙 刘丽霞

李 科 李玫馨 李俊玲 赵浩森 张 健

张坤朋 张宝忠 张尚荣 杨长春 尚士渲

尚金丽 戴 华

序

FOREWORD

抑郁(depression)这个词,已经存在了很多世纪。抑郁障碍是一个困扰人们最大的、病人数最多的精神疾病。大约有 15% 的人在他们一生中的某个时期,都经历了相当严重的、需要治疗的抑郁障碍。由于社会对抑郁症的认识和理解不足,很多抑郁障碍的患者没有得到有效的治疗。

近年来,躯体疾病与抑郁障碍的关系引起了医学家的关注,尤其是一些严重的躯体疾病,如脑梗死、心脏疾病、内分泌疾病、癌症病人常引发抑郁障碍,抑郁障碍不仅造成患者原发性疾病的加重,还由于病人的消极情绪导致治疗与康复的失败,增加了这些疾病的病死率。而目前在综合医院,由于医师对于抑郁障碍识别率和治疗率不高,使大量的躯体疾病病人与躯体疾病共病的焦虑和抑郁情绪没有得到有效的治疗。此外,还有一些抑郁障碍的病人由于躯体化的症状,辗转各大医院的消化科、心内科、神经科、中医科来治疗他们的躯体症状,反复检查,没有阳性发现;由于综合医院医师对抑郁障碍缺乏认识,没有对这些病人进行及时转介,这些病人因而也没有得到及时诊断和有效的治疗,其最终的结果,让这些病人处于痛苦中不能自拔。因此在综合医院普及抑郁障碍的知识迫在眉睫。如何在综合医院和精神病专科医院搭建一个沟通的桥梁,是许多精神病学家非常苦恼的问题。在 20 世纪 80 年代会诊-联络精神病学使得传统的精神病学受到了挑战,会诊-联络精神病学在其内涵和外延上比传统的精神病学更加广泛,使得综合医院内的抑郁障碍病人的诊断和治疗率有了很大的提高。与西方综合医院内蓬勃发展的会诊-联络精神病学相比,我国的发展还很薄弱,也不均衡,甚至没有一本较为专业的内容广泛的书籍。

人民军医出版社编辑秦速励本人是北大心理系博士毕业,推荐这本书稿给我,希望我看看,说这是一个热爱心理学同时又有精神科临床实践的医师花费多年心血写的专著,看看能否出版。我在她的建议下,阅读了张宝忠医师撰写的《综合医院抑郁障碍诊治策略》,在拜读后我深深地喜欢上了这本书。这本书信息量大,既有国外先进的服务模式和做法,又有国内一些专家在临床上摸索出的经验,内容丰富,科学实用。最让我感动的是,一个医师因为兴趣和对病人的热爱,长期探讨在综合医院诊断和治疗抑郁障碍,阅读的文献之多,搜集的资料之广,所做的工作之多,令人赞叹。他的出发点是基于分享自己的经验和知识,帮助综合医院医师提高抑郁障碍的识别率和治疗率;而不是由于一些功利所为,因为他已经是一名主任医师了,这是最难能可贵的。

在这里我由衷地说:

张宝忠医师,你不孤独,我们的事业充满希望。

王晓慧

前言

PREFACE

我 1991 年参加工作,在工作 5 年后,随着对内科常见疾病的掌握,总是对一些病人的病情感到莫名其妙。这些病人的各种检查结果无异常或者检查结果无法解释病人的症状,临床上一般把这类病人的疾病诊断为“神经衰弱”“神经症”“自主神经紊乱”等,总是告诉病人没问题,却不能缓解病人的症状和痛苦。病人总是问“没有问题,我怎么这么难受呢?”甚至有些病人因被误解和难以忍受疾病的痛苦而自杀,这时我脑海中隐约出现“抑郁障碍”的印象,当然只是一闪而过。再后来了解到,其中有些病人到精神科或心理科就诊诊断为抑郁障碍,经过抗抑郁治疗,病情缓解,这就进一步加深了我对抑郁障碍的印象。

因为兴趣,也为了解除心中的疑惑,逐步接触和学习抑郁障碍等方面的资料。最早学习的资料就是人民卫生出版社《实用内科学》上的“抑郁障碍”章节的内容,书上的内容简单明了,但反复阅读,还是不得要领,总觉得书上讲的和实际的病人病情不吻合。但我一直保持着探索抑郁障碍的兴趣,一直在观察和思索,一直在寻找抑郁障碍方面的资料,一直在做尝试性的治疗,从最早的阿普唑仑,到氟哌噻吨美利曲辛片(黛力新),再到氟西汀(百忧解),一路走来,对抑郁障碍的认识越来越深刻和成熟。自 2002 年起,专业开展综合医院抑郁障碍、焦虑症和躯体形式障碍等精神疾病的诊治,十几年来发展起了专业的开放式病房和医护团队,诊治规范,疗效可靠。

目前,在综合医院开展抑郁障碍的诊治,还是一个孤独的专业。因为我国的医学教育内容和精神卫生专业独立于综合医院的传统,绝大多数综合医院的医务人员还处在把抑郁障碍当作是一种“思想病”“心理病”的知识水平,我国最现代化的三甲医院内科医师对抑郁障碍的识别率也不超过 20%,治疗率、规范治疗率更不得而知。可看到那些在综合医院反复就诊的、无助的、痛苦的病人,自己虽然在抑郁障碍的诊治方面小有所成,但总是难于摆脱孤独、无助。

1966 年美国 Watts 教授用“冰山现象”来描述社区中抑郁障碍病人的情况:仅一小部分寻求医学帮助,去看全科医师;而只有极小部分——冰山的可视部分——去看专科医师,得到识别和治疗,这也是目前我国社会的现状。而对医务人员的学习和培训是改变这一现状的最有效手段。目前世界精神病学协会(WPA)抑郁障碍防治国际委员会(PTD)有足够的证据表明,综合医院医师经过科学的培训能成功地识别并治疗抑郁障碍。

本人一直在基层综合医院工作,虽才疏学浅,但一直希望能把自己的知识和经验与大家分享,因此编写了这本书。希望这本书对综合医院的医师有所帮助,希望能提高对抑郁障碍的识别率和治疗率,希望融化“冰山一角”,让冰山浮起,让冰山融化。

世界卫生组织(WHO)每年就一个主题出版 WHO 报告。2001 年报告主题是“精神卫生:新理解,新希望(Mental Health:New Understanding,New Hope)”。

这本专著是我多年心血和经验总结;人民军医出版社内科策划中心主任秦速励博士是北京大学心理系毕业,一直认为市场上需要一本系统论述综合医院抑郁障碍诊治方面的书;解放军 206 医院精神科主任王晓慧的团队在细节方面使本书内容趋于严谨,在此一并感谢。

在抑郁障碍诊治领域我不孤独,因为我充满希望。

张宝忠

2015 年 5 月

目 录

CONTENTS

第 1 章 抑郁障碍的概念及分类	(1)		
第一节 抑郁障碍的历史	(1)		
一、疾病概念的历史	(1)		
二、中国传统哲学和医学对抑郁障碍的认识	(2)		
三、抑郁障碍的现行概念	(3)		
第二节 精神障碍的分类学和发展动态	(5)		
一、精神障碍分类学的目的、意义、原则、诊断标准	(5)		
二、国际疾病分类	(6)		
三、美国精神疾病诊断与统计手册	(7)		
四、中国精神疾病分类现状和展望	(11)		
第 2 章 抑郁障碍的流行病学及后果	(14)		
第一节 抑郁障碍流行病学研究的方法学	(14)		
一、流行病学研究方法的类型	(14)		
二、流行病学研究的调查设计	(15)		
第二节 抑郁障碍流行病学研究现状	(19)		
一、概述	(19)		
二、人群抑郁障碍流行病学资料及分析	(19)		
三、综合医院门诊、住院病人流行病学调查资料及分析	(24)		
第三节 抑郁障碍对个体及社会的影响	(28)		
一、抑郁障碍的后果	(28)		
二、抑郁障碍的疾病负担	(29)		
第四节 从抗抑郁药物销量看抑郁障碍的识别率、治疗率	(31)		
一、吗啡的医疗消耗量为衡量癌痛治疗的标准	(31)		
二、抗抑郁药物排名及销售量资料分析			(32)
第 3 章 综合医院精神卫生服务	(34)		
第一节 国内精神卫生服务现状	(34)		
一、抑郁障碍病人就医途径选择	(34)		
二、精神卫生服务资源不足	(36)		
三、抑郁障碍识别率、治疗率低的原因	(38)		
四、综合医院精神卫生发展策略	(39)		
第二节 综合医院开放式精神病房管理	(41)		
一、综合医院建立开放式精神病房可行性	(41)		
二、综合医院开放式精神病房优势	(44)		
三、开放式精神科病房的安全对策	(45)		
四、三级开放标准与实施	(47)		
第三节 住院精神病人跌倒的评估和干预	(50)		
一、跌倒的定义及发生率	(50)		
二、跌倒的危险因素	(50)		
三、跌倒危险的评估工具	(51)		
四、防范对策	(52)		
五、跌倒风险评估与护理措施	(53)		
第四节 住院精神病人拒食的评估和干预	(57)		
一、拒食的危害、易患人群及原因	(57)		
二、护理	(57)		
第五节 住院精神病人噎食的评估和干预	(58)		
一、易患人群	(58)		
二、评估	(58)		
三、病因及临床表现	(58)		
四、急救	(58)		
五、预防	(60)		

2 综合医院抑郁障碍诊治策略

第六节 会诊-联络精神医学	(61)	第5章 抑郁障碍的病因与发病机制	(93)
一、国内外发展现状	(62)	第一节 单胺学说与受体学说	(93)
二、任务、工作范畴及组织形成	(63)	一、单胺学说	(93)
三、意义、发展中的问题及未来	(65)	二、受体学说	(95)
第4章 精神科临床实践技能	(69)	第二节 受体后学说	(96)
第一节 精神病学症状学	(69)	一、蛋白偶联的信号转导通路或 cAMP	(96)
一、概述	(69)	传导通路研究	(96)
二、与抑郁障碍相关的常见症状	(70)	二、PI 信号传导通路的研究	(96)
第二节 医患关系与精神科面谈	(72)	三、MAP 激酶信号传导通路的研究	(97)
一、建立医患关系的原则与技能	(72)	四、转录因子 CREB 的研究	(97)
二、医学晤谈的基本原则与晤谈技巧	(73)	第三节 神经肽学说	(97)
三、精神科医学晤谈相关问题与注意	(75)	第四节 神经内分泌功能改变	(98)
事项	(75)	一、下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴	(98)
四、临床沟通技巧	(75)	二、下丘脑-垂体-甲状腺(HPT)轴	(99)
第三节 精神检查与病史采集	(77)	三、下丘脑-垂体-生长激素(HPGH)轴	(99)
一、精神检查的内容和要点	(77)	第五节 免疫系统异常	(100)
二、病史采集	(78)	第六节 睡眠与脑电生理异常	(100)
第四节 躯体和神经系统检查	(80)	第七节 脑影像学研究	(101)
一、目的和意义	(81)	第八节 遗传学研究	(101)
二、常规检查内容	(81)	一、家系调查	(101)
三、实验室及其他辅助检查	(81)	二、双生子调查	(101)
四、半定式和定式精神检查	(82)	三、寄养子调查	(101)
第五节 资料分析能力	(83)	第九节 心理-社会因素	(102)
一、资料分析的基本要求和方	(83)	一、生活事件与环境应激事件	(102)
二、症状学分类与诊断原则	(84)	二、心理学理论	(102)
三、等级诊断原则	(84)	第6章 抑郁障碍的临床表现及诊断	(104)
四、S-S-D 诊断分析思路	(85)	第一节 单相抑郁与双相抑郁	(104)
五、多轴诊断观点	(85)	第二节 抑郁障碍的临床表现	(106)
六、分类和诊断标准的应用	(85)	一、抑郁的核心症状	(106)
第六节 诊断分析	(86)	二、抑郁发作的心理症状群	(106)
一、概述	(86)	三、抑郁障碍的躯体症状群	(108)
二、S-S-D 诊断思路	(87)	第三节 抑郁障碍的辅助检查	(109)
三、鉴别诊断与排除诊断的异同	(88)	一、实验室检查技术	(109)
第七节 如何制订治疗方案	(88)	二、精神科评定量表	(111)
一、概述	(88)	第四节 抑郁障碍的诊断	(112)
二、熟悉相关专业知	(88)	一、诊断原则	(112)
识——循证医学	(88)	二、诊断要点	(112)
方法的运用	(89)	第五节 抑郁障碍的分类诊断标准	(113)
三、如何看待各种治疗指南	(89)	一、CCMD-3	(113)
四、重视既往治疗史	(90)	二、ICD-10	(114)
五、精神科治疗方案制订中的感性	(90)	三、DSM-4	(115)
把握	(90)		
六、精神科临床风险评估与防范	(92)		

四、DSM-5	(117)	一、概念与原则	(193)
五、三大系统对照	(121)	二、种类	(193)
六、病程特征和预后	(125)	三、心理治疗方法的选用	(200)
七、抑郁障碍的经典分类概念	(126)	四、维持治疗期中的心理治疗	(201)
第六节 抑郁障碍的鉴别诊断	(128)	五、影响治疗结果的因素	(202)
一、躯体疾病	(128)	六、心理治疗与药物治疗的合用	(203)
二、神经系统疾病	(128)	第三节 抑郁障碍的电痉挛疗法	(204)
三、痴呆	(128)	一、电痉挛疗法	(204)
四、其他精神障碍	(129)	二、改良电痉挛治疗	(205)
五、双相抑郁	(129)	三、WHO 和 CINP 关于 ECT 使用的 建议	(206)
第七节 抑郁障碍症状的躯体化与述情 障碍	(132)	第四节 抑郁障碍的其他疗法	(207)
一、症状的躯体化	(132)	一、经颅磁刺激治疗	(207)
二、述情障碍	(135)	二、睡眠剥夺治疗	(209)
第 7 章 抑郁障碍的治疗药物	(138)	三、光照疗法	(211)
第一节 抗抑郁药物	(138)	四、迷走神经刺激(VNS)	(211)
一、抑郁障碍治疗学简史	(138)	第五节 双相抑郁的治疗	(212)
二、抗抑郁药作用机制的探讨	(139)	一、药物治疗	(212)
三、理想抗抑郁药的标准	(140)	二、其他治疗	(213)
四、抗抑郁药分类介绍	(140)	三、双相抑郁治疗中抗抑郁药的不良 后果	(213)
第二节 抑郁障碍治疗中常用的其他类 药物	(153)	第六节 难治性抑郁障碍的治疗	(215)
一、抗焦虑药物	(153)	一、概念与发生率	(215)
二、心境稳定药	(158)	二、生物学基础与难治原因	(215)
三、第二代抗精神病药物	(161)	三、治疗难治性抑郁障碍的增效和 联用药物策略	(217)
第三节 抗抑郁药的临床应用	(166)	四、难治性抑郁障碍的换药策略	(218)
一、一般应用原则	(166)	五、电抽搐在难治性抑郁障碍的应用	(219)
二、抗抑郁药的用药指征	(168)	六、心理治疗在难治性抑郁障碍中的 应用	(219)
三、抗抑郁药物起效时间的临床意义	(170)	第七节 慢性抑郁治疗的规则	(221)
第四节 抑郁障碍治疗药物不良反应的 处理	(173)	一、概述	(221)
一、常见不良反应的处理	(173)	二、治疗	(223)
二、5-HT 综合征的诊断和处理	(178)	三、规则治疗系统对慢性抑郁的疗效	(225)
三、恶性综合征	(183)	第八节 APA 第 3 版抑郁障碍治疗指南	(227)
第 8 章 抑郁障碍的治疗	(185)	一、临床评估和抑郁障碍治疗	(227)
第一节 概述	(185)	二、治疗的选择与注意事项	(229)
一、治疗目标、原则	(185)	三、抑郁障碍的多学科协同治疗	(231)
二、分期治疗策略	(186)	四、医患关系与抗抑郁治疗	(232)
三、抑郁障碍的长期治疗	(188)		
四、双相抑郁的治疗	(191)		
第二节 抑郁障碍的心理治疗	(193)		

4 综合医院抑郁障碍诊治策略

五、伴发睡眠障碍的抑郁障碍的治疗	(283)
..... (234)	
六、抑郁障碍体质量改变与抗抑郁药的选择	(235)
七、抗抑郁药临床治疗的选择	(236)
第9章 特殊人群的抑郁障碍	(240)
第一节 老年人抑郁障碍	(240)
一、流行病学	(240)
二、发病原因和发病机制	(240)
三、临床表现	(241)
四、诊断和鉴别诊断	(243)
五、治疗	(244)
六、预后与预防	(246)
七、APA 第3版关于老年期抑郁的解读	(247)
第二节 女性和特定女性的抑郁障碍	(248)
一、女性抑郁障碍的高患病率和特征	(248)
二、治疗	(250)
三、经前综合征和经前恶劣心境	(252)
四、围生期抑郁障碍	(254)
五、围绝经期抑郁障碍	(260)
六、APA 第3版关于女性抑郁的解读	(262)
附1 FDA关于药物对胎儿的危害风险分级	(266)
附2 FDA/APP关于精神药物分类	(267)
附3 抗抑郁药物的使用信息和在妊娠或哺乳期的使用指南	(268)
附4 心境稳定药的使用信息和在妊娠或哺乳期的使用指南	(270)
附5 抗精神病药物的使用信息和在妊娠或哺乳期的使用指南	(271)
第三节 儿童青少年抑郁障碍	(272)
一、历史及流行病学	(272)
二、病因学	(274)
三、临床表现	(275)
四、诊断和分类	(276)
五、诊断性评估	(278)
六、治疗	(280)
七、APA 第3版关于抗抑郁药的应用	
第10章 药物与抑郁障碍	(285)
第一节 药源性抑郁障碍	(285)
一、症状特征	(285)
二、易导致抑郁症状的药物	(286)
三、药源性抑郁障碍的鉴别	(288)
四、药源性抑郁障碍的处理	(288)
第二节 药源性抑郁的典型——干扰素-α所致抑郁障碍	(289)
一、流行情况	(289)
二、危险因素	(289)
三、可能的发病机制	(290)
四、诊断	(290)
五、治疗	(291)
第三节 药物相互作用与临床实践	(293)
一、药物相互作用的基础知识	(293)
二、细胞色素氧化酶 P450	(294)
三、关注抑郁治疗中药物相互作用的重要性	(296)
四、CYP450 酶介导的第二代抗抑郁药的药物相互作用	(298)
第11章 抑郁障碍与躯体疾病共病	(304)
第一节 概念及流行病学	(304)
一、概念	(304)
二、流行病学	(304)
三、危害	(305)
四、研究进展	(306)
五、相互影响机制	(307)
第二节 诊断	(308)
一、诊断现状	(308)
二、诊断障碍	(309)
三、临床鉴别技巧	(310)
第三节 治疗	(312)
一、治疗的必要性	(312)
二、治疗的特殊性	(312)
三、治疗方法	(313)
第四节 与抑郁障碍共病的常见躯体疾病	(314)
一、心血管疾病	(314)
附1 共病诊疗的典范——双心医疗 ...	(318)
二、肿瘤	(324)
附2 临床案例	(325)

三、疼痛	(329)	四、治法研究	(371)
附 3 临床案例	(332)	第三节 中医治疗	(372)
四、内分泌疾病	(332)	一、中药治疗	(372)
附 4 抑制障碍共病糖尿病论述	(334)	二、针灸治疗	(375)
五、神经系统疾病	(338)	三、针药结合治疗	(376)
附 5 抑郁障碍共病卒中论述	(341)	四、其他疗法	(376)
六、外科手术	(346)	第 14 章 抑郁障碍诊疗量表	(378)
七、消化科疾病	(348)	第一节 量表的基本原理及应用	(378)
八、其他躯体疾病	(350)	一、量表的概念	(378)
第 12 章 综合医院与抑郁自杀	(352)	二、量表的基本原理	(378)
第一节 自杀学概述	(352)	三、量表评定的注意事项	(379)
一、自杀的定义及流行病学	(352)	四、量表在精神科的应用	(379)
二、自杀未遂与自杀意念	(352)	第二节 自评量表	(379)
三、自杀的原因	(353)	一、症状自评量表(SCL-90)	(379)
四、自杀的干预	(353)	二、抑郁自评量表(SDS)	(381)
第二节 抑郁障碍自杀的评估与干预	(355)	三、焦虑自评量表(SAS)	(384)
一、自杀率	(355)	四、Beck 抑郁自评问卷(BDI)	(385)
二、抑郁障碍是自杀的高危因素	(355)	五、爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)	(386)
三、评估	(356)	六、老年抑郁量表(GDS)	(387)
四、干预	(357)	七、儿童抑郁问卷(CDI)	(387)
第三节 自杀未遂者的评估与干预	(360)	八、医院抑郁焦虑量表(HADS)	(389)
一、干预现状及后果	(360)	九、心境障碍问卷(MDQ)	(391)
二、干预	(361)	第三节 他评量表	(392)
三、干预效果	(361)	一、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)	(392)
第四节 抗抑郁药物与自杀	(362)	二、蒙哥马利-阿瑟伯格抑郁量表	
一、不同抗抑郁药的自杀危险性	(362)	(MADRS)	(395)
二、抗抑郁药与儿童青少年自杀	(363)	三、抑郁状态问卷(DSI)	(397)
三、抗抑郁药与自杀之间的关系	(365)	四、治疗不良反应量表(TESS)	(398)
第五节 我国自杀预防和干预的展望	(366)	五、抗抑郁药物不良反应量表(SERS)	
附 历年世界预防自杀日主题	(367)		(400)
第 13 章 抑郁障碍的中医认识及治疗	(368)	六、护士用简明精神病量表(N-BPRS)	
第一节 古代中医研究	(368)		(401)
一、秦汉阶段	(368)	第 15 章 相关法律问题	(405)
二、唐宋阶段	(368)	第一节 重点概念	(405)
三、金元阶段	(369)	一、关于精神卫生的概念	(405)
四、明清阶段	(369)	二、关于精神障碍的概念	(405)
第二节 现代中医研究	(370)	第二节 精神障碍的诊断和治疗	(406)
一、病因病机	(370)	一、综合医院开展精神卫生服务的	
二、证候学	(370)	条件	(406)
三、实验研究	(370)	二、焦点问题	(407)
		第三节 自愿医疗	(408)
		一、概念与适用范围	(408)

6 综合医院抑郁障碍诊治策略

二、自愿医疗与知情同意	(408)	一、心理治疗、心理咨询的相关规定 ...	(411)
三、自愿医疗的程序	(409)	二、心理治疗、心理咨询的区别	(412)
第四节 非自愿治疗	(410)	三、心理咨询师、心理治疗师与精神科 医师的分工与合作	(412)
一、概念与适用范围	(410)	第六节 医疗机构及其工作人员的法律 责任	(413)
二、非自愿住院治疗的标准	(410)	参考文献	(415)
三、申请人和决定人的问题	(411)		
第五节 心理治疗、心理咨询的发展与 规范	(411)		

第1章 抑郁障碍的概念及分类

世界卫生组织(WHO)每年就一个主题出版WHO报告。2001年报告主题是“精神卫生:新理解,新希望(Mental Health: New Understanding, New Hope)”。希望能增加社会各界对精神卫生重要性及精神障碍所致社会负担的认识,使人们正确了解精神障碍对人类、社会及经济方面的影响,消除对精神障碍的偏见和歧视。

WHO早就将“健康”定义为“不仅仅没有疾病或缺陷”“而是躯体、心理及社会功能的完好状态”。从这个角度看,精神与躯体健康不可分割,同样是健康的一部分。但遗憾的是人们对精神卫生的重要性理解不够,在全世界4.5亿精神疾病病人中,仅有很少一部分得到了治疗,40%以上的国家没有精神卫生政策,30%以上的国家没有精神卫生项目。多数发展中国家用于精神卫生的预算很低,占整个卫生保健预算比例不足5%,甚至小于1%。对于大多数精神病人来说,未能被提供足够服务,对于贫穷者来说,这些服务更为匮乏。

抑郁障碍是人群中最为常见的精神障碍之一。在个体的生命历程中,没有人可以断言对抑郁障碍完全拥有天然免疫力——它毫无偏袒地发生于全球各国、社会各阶层和各种文化环境的各类人群中。WHO最新统计,全球抑郁障碍的患病率约为5.8%,发病率约为3.1%,而在发达国

家接近6%,2002年全球的抑郁障碍病人已达3.4亿,重症抑郁障碍病人已有8900多万人,抑郁障碍已成为目前世界第四大疾病,到2020年,重型抑郁障碍所致功能残疾将升至疾病总类的第2位,仅次于缺血性心脏病。然而,苦难不仅仅局限于此,人群中至少有50%的抑郁障碍病人尚未被识别和治疗,有10%~15%的抑郁障碍病人自行结束了生命。毫无疑问,对抑郁障碍诊治的探讨,已经成为全人类重点关注的问题之一。

抑郁障碍,英文的depression,这个词已经存在了许多世纪,著名的心理学家马丁·塞利曼把抑郁障碍称为“心理感冒”,其主要的意思是告诉大家,这是一种多发病、常见病,与身体上的感冒一样,人的心理也经常会患“感冒”,只是表现形式不同罢了。抑郁障碍发病率很高,目前已经成为世界第四大疾病。约有15%的人在他们的某个时期都出现过相当严重的,而且是需要治疗的抑郁障碍。在这个时候,人们体验了悲伤、痛苦、沮丧,甚至绝望。这些情绪的蔓延导致了人的工作、学习和生活能力的下降。世界卫生组织、世界银行和哈佛大学的一项联合研究表明,抑郁障碍已经成为中国疾病负担的第二大疾病。抑郁障碍给家庭和社会带来沉重的负担。

第一节 抑郁障碍的历史

一、疾病概念的历史

古希腊医学家希波克拉底(Hippocrates, 460—370BC)认为人体中有四种液体,其中黑胆汁(melancholia)与人的抑郁气质有关。后来他认为melancholia是一种具有心理和身体症状的疾病,即抑郁障碍,其特点是长时间的担心和失望。后来,阿瑞蒂亚斯(Aretaeus)将这样的病人描述为无明显原因地表现出“迟滞或严肃”“沮丧或不

合理的呆板”。体液理论随着希腊文化的衰落而逐渐远离人们的思想,但在罗马时期,盖伦(Calen)又将这个理论重新提出,抑郁障碍的概念要比现在用的抑郁障碍(depression)这个概念在内涵与外延都要广泛,它包括悲伤、沮丧、失望、担心、愤怒、妄想和强迫观念等症状。

在17世纪,英国学者波顿(Robert Burton)在《忧郁症的解剖》(the anatomy of melancholy)一书中描述了大量的理论和他自身的体验。他认为

为忧郁症是非常可怕的疾病,“如果人间有地狱的话,那么在忧郁症病人的心中就可以找到”。他认为健康的饮食、充足的睡眠、美妙的音乐、有意义的工作,以及与朋友谈心都是应对忧郁的良方。在他之后的大约 300 年,再也没有人超越他对忧郁症的临床表现或症状的描述。而且,这个概念一直处在优势地位。但 19 世纪之后,抑郁症(depression)逐渐替代忧郁症而成为精神科医师常用的诊断名词。

抑郁症一词来源拉丁文压抑(deprime)。从 14 世纪开始,压抑一词开始具有精神压抑与抑制的含义。1665 年,英国作家巴克尔(Richard Baken)用此词描述一些人在精神上的严重压抑;英国作家约翰逊(Samuel Johnson)在 1753 年也用过同样的描述。后来,该词又进入了生理学和经济领域。最早将该词用于描述精神症状的是法国的精神科医师德拉萨维(Louis Delasiauve)。此后不久,该词就收录了医学辞典,用以界定隐性的和生理上表现出的情绪低落。

在 19 世纪末,德国精神科医师克雷丕林(Emil Kraepelin)提出了躁狂-抑郁性精神病(manic-depressive insanity)的概念,用抑郁代替了忧郁。在 1921 年出版的《躁狂与偏执性精神病》一书中,他详细而生动地描述了这类疾病的表现与特点,向读者印证了波顿所描述的如“人间地狱”般的抑郁障碍。另外一位德国精神科医师席奈德(Kurt Schneider),在 1920 年提出了内源性抑郁症和反应性抑郁症的概念。这些认识和观点对后来的诊断标准具有很大的影响。

美国精神疾病诊断与统计手册第 1 版(DSM-1, 1952 年)纳入了抑郁反应(depressive reaction)的概念,而在 DSM-2(1968 年)中又使用了抑郁性神经症(depressive neurosis)一词,指对内存冲突或可辨认的事件的过度反应,也包括重性情感障碍躁狂抑郁障碍的抑郁亚型。

在 20 世纪中叶,研究人员发现抑郁障碍与脑内神经递质的失衡有关,抑郁症状与利血平和异烟肼改变单胺神经递质水平的作用相似。

在 DSM-3(1980 年)中应用了重性抑郁,ICD-10 也使用了同样的概念,以维持两者之间的一致性。从此,抑郁障碍这个新概念被广泛接受和应用。在最近的 DSM-4-TR 中,尽管专家们对抑郁

障碍的概念和诊断存在一些分歧,但最后还是保留了这个概念,并没有做什么改变。在 2013 年 5 月 18 日正式发布的 PSM-5 的诊断系统中,“抑郁障碍”这个词也没有本质的改变。

二、中国传统哲学和医学对抑郁障碍的认识

和古希腊一样,中国学者也早在 2500 年前就对抑郁障碍有了一些自己的认识和描述,并从医学的角度进行了大量和持久的治疗实践。“忧郁”这个词,很早就被用来描述人的心境,并与人的疾病有关。战国时期的管仲认为,“暴傲生怨,忧郁生疾,疾困乃死。”(管子《内业》)

《黄帝内经》成书于战国时期,是中国医学的元典,他总结了春秋至战国时期的医疗经验和学术理论,并吸收了秦汉以前中国哲学和科学成就,运用阴阳、五行、天人合一的一些理论和观点,对人体的解剖、生理、病理以及疾病的诊断、治疗和预防做了比较全面的阐述,并因此确立了中国医学自己独特的理论体系,成为中国医药学发展的理论基础和源泉,并影响至今。在“灵枢·癫狂第二十二”中就有相当于西医学所称“躁狂抑郁障碍”的一些症状描述,用词精练生动。

“狂始生,先自悲也,喜忘、苦怒、善恐者,得之忧饥……狂始发,少卧,不饥,自高贤也,自辩智也,自尊贵也,善骂詈,日夜不休……”(《灵枢·癫狂》第二十二)。在《素问·六元正纪大论》中还有与抑郁障碍相似的描述,并简述了相应的治疗原则。“五常之气,太过不及,其发异也……帝曰:郁之甚者,治之奈何?岐伯曰:木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之。然调其气,过者折之,以其畏也,所谓泄之。”

在临床实践的基础上,后世历代医家发展了《黄帝内经》中有关情志疾病的认识,他们留下了很多关于情志所致疾病“郁症”的论述。从临床证候和发病转归等方面来看,与西医学中的抑郁障碍类似。中医学理论认为郁症是由于情志不舒、气机郁滞所引起的一类病症。主要表现为心情抑郁、情绪不宁、胁肋胀痛或易怒善哭,以及咽中如异物梗阻、失眠等各种复杂症状。

医圣张仲景所著《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病脉证并治》中有“意欲食复不能食,常默默,欲

卧不能卧,欲行不能行,欲饮食,或有美时,或有不闻食臭时,如寒无寒,如热无热”,概括了百合病的主要症状是精神、饮食、睡眠、行为、语言、感觉的失调,与抑郁障碍的主要临床表现有相似之处,并创立了百合地黄汤治疗百合病。《金匱要略·妇人杂病脉证并治》曰:“妇人咽中如有炙脔,半夏厚朴汤主之”“妇人脏躁,喜悲伤欲哭,像如神灵所作,数欠伸,甘麦大枣汤主之”。这三首方剂在今天仍被一些医家采用治疗抑郁障碍,经临床验证确实有较好的疗效。

在金元时期,王安道在其《医经溯汇集·五郁论》中认为:“凡病之起也,多由乎郁,郁者,滞而不通之义。”在《丹溪心法·六郁》中,朱丹溪认为:“气冲血和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。故人身诸病·多生于郁。”可见情志波动失其常度,则气机郁滞,气郁日久不愈,由气及血,变生多端,可以引起多种症状,故有“六郁”之说,及气郁、血郁、痰郁、湿郁、热郁、食郁六种,其中以气郁为先,而后湿、痰、热、血、食等诸郁才能形成。

到了明代,虞抟在《医学正传》中开始使用“郁证”作为病名列卷,他总结前人的经验,认为:“夫所谓六郁者,气、湿、热、痰、血、食六者是也。或七情之抑遏,或寒热之交侵,故为九气怫郁之候。或雨湿之侵袭,或酒浆之积聚,故为留饮湿郁之疾。”徐春甫在《古今医统大全·郁证门》中认为:“郁为七情不舒,遂成郁结,既郁之久,变病多端。男子得之,或变为虚怯、或变喎噎,气满腹胀等症;妇女得之,或为不月,或为堕胎,崩带虚劳等症。”张景岳则在《景岳全书·郁证》中将五气之郁称为因病而郁,情志所致之郁称为因郁而病。在情志之郁,他着重论述了怒郁、思郁、忧郁三种郁症。他的观点使郁症的概念更加明确,与现代的抑郁障碍概念更加接近。在此之后,情志所引起的郁症就逐渐成为后来郁症论述的主要内容。

清代的叶天士在其《临证指南医案·郁》中对郁症的认识又有了进步,意识到心理状态对该症的影响。“今所辑者,七情之郁居多。如思伤脾,怒伤肝之类是也,其原总由于心。因情志不遂,则郁而成病矣,其症心脾肝胆为多。”在治疗上,他也认识到病人心理状态对治疗的影响,强调医者对病人的心理也要有所理解,制订相应的治疗措施。“盖郁症全在病者能易情易性,医者构思灵巧,不

重在攻补。”

延续两千多年历史的中医学对抑郁障碍的认识有着自己独特的理论简述和发展轨迹,尽管与现代医学有一定的差距,但也保留了一种特有的视角。情志内伤是郁病的原因,其主要病理机制是肝失疏泄、脾失健运、心失所养及脏腑阴阳气血失调。

中国古代的中医文献中早就有郁症这个类别。主要表现为心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋胀痛、易哭、易怒,或者咽中有异物梗塞等症。中医学认为“气血冲和,万病不生,一有怫郁,百病生焉,故人生诸病,多生于郁”。所以中医学在很早的时候就注意到了抑郁障碍和躯体疾病的相互关系。抑郁障碍见于古代医书中的癫狂、脏躁、百合病、郁证等病证中。

三、抑郁障碍的现行概念

当前抑郁障碍比较公认的概念如下:抑郁症(depression)或抑郁障碍(depressive disorder)是由各种原因引起的以抑郁(depressive)为主要症状的一组心境障碍(mood disorder)或情感障碍(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)至少有三种不同的含义:①是一种心境,一种情绪,一种情感状态;②是抑郁障碍的一个症状;③是抑郁障碍本身。本文主要指的是抑郁障碍。精神病学家Klerman(1978年)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 and 外部因素有关,但抑郁心境体验并不等于抑郁障碍。抑郁是一组症状群,是由与潜在的生物异常有关的症状和体征组成,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,持续存在相当时间,且严重程度损害自身的社会职业功能,才能考虑抑郁障碍的诊断。

德国著名精神病学家Kraepelin(1856—1926年)认为,抑郁障碍是有其病因、病程和结局的一种疾病,其病因基本上是生物学方面的,特别是遗