

不同文化背景中的 抑郁障碍

——包括世界卫生组织关于抑郁障碍

标准化评定表格和相应词汇



世界卫生组织 编

R749.12
WZX

人民卫生出版社

199955

不同文化背景中的抑郁障碍

——世界卫生组织关于抑郁障碍
标准化评定协作研究的报告

N. Sartorius, H. Davidian, G. Ernberg, F. R. Fenton,
I. Fujii, M. Gastpar, W. Gulbinat, A. Jablensky,
P. Kielholz, H. E. Lehmann, M. Naraghi, M. Shimizu,
N. Shinfuku, R. Takahashi

王 祖 新 等译

许 迪 等校

沈 渔 邨 审

人 民 卫 生 出 版 社



世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部
由人民卫生出版社出版本书中文版

ISBN 92 4 156075 4

©世界卫生组织1983

根据《全世界版权公约》第二条规定，世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部翻译的权利，应向设于瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这种申请。

本书采用的名称和陈述材料，并不代表世界卫生组织秘书处对任何国家、领土、城市或地区或它的权限合法地位，或关于边界、分界线的划定的任何意见。

提及某公司或某制造商号产品，就与其他未提及的类似公司或产品相比较这一点而言，并不意味着他们已成为世界卫生组织所认可或推荐。除盖此疏忽，否则，专利产品第一个字母均用大写字母，以示区别。

不同文化背景中的抑郁障碍

世界卫生组织关于抑郁障碍标准化评定协作研究的报告

世界卫生组织 编

王 祖 新 等译

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷

新 华 书 店 北 京 发 行 所 发 行

787×1092毫米32开本 6印张 132千字

1985年9月第1版 1985年9月第1版第1次印刷

印数：00,001—3,050

统一书号：14048·5115 定价：1.25元

〔科技新书目106—46〕

协作单位和鸣谢

本报告是根据抑郁障碍评定协作研究工作中所获的资料和工作经验撰写的。此项协作研究是世界卫生组织和参加协作的各实地研究中心主持和资助的一项计划。参加本协作的机构和研究者是：

巴塞尔(瑞士)

巴塞尔,大学附属精神科, Weissenan Cantonal精神病院
Dr. P. Kielholz (研究主任), Dr. M. Gastpar, Dr.
G. Hole

蒙特利尔(加拿大)

麦吉尔大学精神科, 道格拉斯医院中心, 蒙特利尔综合医院
Dr. H. E. Lehmann(研究主任), Dr. F. R. Fenton,
Dr. L. Lajoie, Dr. S. Ang, Dr. R. Yassa

长崎(日本)

长崎大学医学院, 神经精神科
Dr. R. Takahashi (研究主任), Dr. I. Fujii, Dr.
Y. Sakurai, Dr. T. Yuzuriha

德黑兰(伊朗)

露思贝医院精神科
Dr. H. Davidian(研究主任), Dr. M. Naraghi

东京(日本)

慈惠大学医院精神科
Dr. N. Shinfuku(研究主任), Dr. K. Hasegawa, Dr.
M. Shimizu

日内瓦(瑞士)

世界卫生组织，精神卫生处

**Dr. N. Sartorius(研究总负责人), Dr. A. Jablensky
(总部研究主任), Mr. W. Gulbinat., Mr. G. Ernberg**

**谨对 Mr. Trung Ngo Khac 技术上的协助, Mrs.
S. Fischer, Mrs. V. Cimato 和 Miss G. Sykes 的
秘书工作协助以及 Dr. J. Gallagher 的编辑方面协助表
示衷心感谢。**

引 言

每年世界上至少有一亿人发生临床可查出的抑郁症，而且由于种种原因，这个数目可能还要增加 (Sartorius, 1979)。原因之一是，大多数国家的人民平均寿命在增长，因而发生抑郁危险和发生抑郁的绝对人数和比例也相应地增加。另一原因是，目前很多人都生活在社会和自然环境迅速变迁之中，往往引起急剧或持续的心理社会应激，并可能导致抑郁反应。每当社会集团传统保护机制崩溃瓦解，很多人面临动荡不安，迁徙不定，家庭破裂和社会隔离，作为心理社会应激反应的抑郁障碍，患病率也可能有所上升。第三个原因是，目前慢性心血管病、胶原性疾病、胃肠疾病、脑血管疾病和其他神经科疾病的患病率都在增加。业已证明，这些病同时伴有抑郁反应者高达全部病例的20% (Sartorius, 1976)。如果这些器质性障碍的患病率持续增长（由于长寿人口的增长，这是很可能的），预期体因性抑郁障碍的频率也会增加。这种增加是否将被为数不多的急性躯体病伴发的体因性抑郁（如感染性疾病）相抵消，目前还不能确定。抑郁障碍增加的第四个原因是大量应用各种药物和酒精 (Mullinger 等, 1978; Craig 和 Van Natt, 1978)。已知能诱发或加剧抑郁的某些药物的消费量正在逐步上升，其中有镇静剂、安定剂、抗高血压药及各种激素制剂等。

由于上述这些原因，有理由预期抑郁障碍患病率确会上升。然而，真正患病率 (true prevalence) 对卫生计划的影响，往往较印象中的患病率〔表面患病率 (apparent

prevalence) 为小。对于抑郁症有充分理由相信表面患病率也会增加。目前有更多患抑郁症的病人可能都在寻求治疗, 社区中抑郁疾患“冰山”的潜在部分, 据Shepherd(1979)意见是由总病例的 98% 所构成, 可能因此有所减少。医生诊断抑郁症比以往更多, 可能因为现在的治疗比较有效。新诊断概念如隐匿性抑郁症正得到更多承认并用于抑郁症的统计, 而既往则无此分类 (Kielholz, 1979)。在很多正在加速城市化的发展国家中, 很多病人——向医生描述自己症状时——都变得能精确地用语言来表达抑郁的体验, 例如像 German (1972) 在他的研究中所表明的那样。

对欧洲一些国家综合通科医生进行的调查, 表明可能是所有这些趋向的综合影响 (pöldinger, 1974)。在奥地利、柏林、德意志联邦共和国、法国和瑞士, 73~90% 回答者均有下述印象: 在他们的日常医疗实践中, 抑郁的患病率是在增加, 而且多数报告他们一年所看到的全部病人中, 至少 10% 患抑郁疾患。

现在, 虽然对问题的范围已有较好的了解, 而且有了有效治疗, 但世界上多数抑郁病人仍得不到治疗, 蒙受不必要的苦难和摧残, 他们的家庭和社区亦遭到了损失。这种情况在发展中国家尤为严重, 但在工业化国家, 能治而未治的人数也决非少数。这里有很多原因, 从缺乏训练有素的卫生人员, 资源缺乏, 有效药物配备不齐以及对抑郁障碍的性质, 发病率和管理方法知识不足等有关。

世界卫生组织精神卫生规划的主要目的之一是预防和治疗精神和神经障碍。为达到此目的, 采用双管齐下策略: 首先, 把注意的重点放在发展与一般医疗卫生机构相结合的, 分散的精神卫生保健上, 以利于在国家卫生规划中应用现有

的知识。第二，鼓励和协调多学科研究，目的在于把世界各地的科学家汇聚在一起，以加速探求新知识进程。

实施该策略（有关抑郁障碍）的第一步是，发展和倡导一种共同语言，以促进在这个领域内精神卫生工作者的交流。自六十年代中期以来，世界卫生组织就着手制订了一些国际能接受的抑郁障碍评定、分类和报道方法。由很多国家专家小组协作的，世界卫生组织精神病诊断和分类标准化规划，制订了国际疾病分类第九版精神障碍部分（世界卫生组织，1978），它不像以往版本那样，而是包括大量抑郁障碍分类标题和相应词汇。在有关预防自杀的另一个计划中，则力图发现“企图自杀”和自杀报道失实的原因（世界卫生组织，1974）。

另一个主要协作研究（精神分裂症国际试点研究，世界卫生组织，1973；1979），是在9个国家中，对1,200多病人用标准化方法进行评定，并且随访5年以上，虽其重点为精神分裂症，但包括了总数256例的抑郁状态病人的对照组。结果表明：第一，不同文化背景的国家中可以制订严重精神障碍——包括抑郁障碍在内的标准化评定技术。第二，不同传统、不同学派培训的精神科医生，通过培训都能同样而可靠地应用这种技术。标准化技术的应用，证明9个文化极不相同的国家所确定的抑郁病人有很多共同特点，构成从症状到预后与精神分裂症病人相区别的一组病人。

能否在一般医疗卫生机构中改进抑郁症的治疗，也就是说精神卫生工作能否纳入到初级卫生保健服务这样一个比较广泛的研究中正在进行探索（Harding, 1977）。这个研究正在巴西、哥伦比亚、埃及、印度、菲律宾、塞内加尔和苏丹等7个发展中国家进行。现已完成以发病率为基础的调

查，并在各中心的工作地区建立了服务，现正着手设计由普通卫生保健人员执行的特殊任务培训方法。当这些任务在普通卫生机构实施一时期后，再对这个地区精神卫生状况进行第二次估价，以评定培训效果及机构干预的效能。

在这些诊断，测定和分类研究的同时，世界卫生组织着手并正在协调抑郁障碍生物学协作研究。发达国家和发展中国家的研究中心正在协作几项有关抑郁症的生化、精神药理和遗传的计划，例如在不同社会文化和气候背景的病人中测定抗抑郁剂的作用(Sartorius, 1973; Vartanian, 1976)。这项研究是基于以下的观察：不同人种对特定药物反应似乎不同；在气候、营养状况及其它特征不同的国家中，病人达到有效反应的剂量不同。同时还在世界卫生组织主持下，很多中心正从事抑郁障碍遗传和生化机理的协作研究（Copen 等；1977；Gershon 等；1980），并通过采用世界上第一流研究机构的先进实验室和临床设施，来扩大现今世界上已有的知识。

本报告所描述的研究工作是由于1970年设想的，当时正与加拿大（Douglas 医院及蒙特利尔综合医院精神科）、伊朗（德黑兰大学精神科）、日本（长崎，长崎大学医学院神经精神科及东京慈惠大学医学院神经精神科）及瑞士（巴塞尔大学精神病科）研究中心协作。各中心协作研究人员第一次会议于1972年初举行，继筹备工作之后，于同年晚些时候开始收集资料。

和世界卫生组织协作的其它研究工作一样，本研究目的有三：第一，增强对公共卫生有重要意义协作研究中心的研究效能。第二，进一步制订研究这些问题所必需的方法与工具。第三，对这方面的知识作出贡献。

更具体地说,本计划是为了达到以下目的而提出的:

(a) 制订和检测抑郁状态的临床描述简明工具,该工具应易于学习和应用,而且其标准化程度足供跨文化比较之用。

(b) 用这种工具表检查由精神病学顾问在不同文化国家挑选的“一般的”抑郁病人。

(c) 在此过程中,建立一个能从事流行病学和随访研究、治疗试验和其它研究的现场研究中心网,并对本方法感兴趣的其它研究人员提供训练。

本报告概述了现场研究人员和世界卫生组织工作人员第一阶段协作研究的经验。在此阶段制订了方法和工具,落实了训练程序,并在五个研究中心对病人作了挑选和评定。

本计划后阶段,研究人员对最初评定的病人,5年后作了随访和重新评定。此外,现场研究中心还进行了一些研究,目的是为了确定到一般卫生机构的总人数中抑郁障碍病人的比例,并评定其临床及社会特征。这些研究结果和流行病学文献复习及抑郁量表将分别予以发表。

在世界卫生组织研究过程中制订的工具表已得到广泛应用,例如对疗效的评定(Reisby 等,1977; Takahashi 等,1979),流行病学调查(Jablensky 等,1981)以及一般研究工作(Katschnig 等,1980)。其他国家的研究小组(保加利亚、德意志联邦共和国、加纳、印度和波兰),使用首先在上述五个研究中心测试过的方法学工具,进行了临床、定向服务和流行病学研究。

抑郁症是未来的一个有重大成果的研究领域,它将使防治方法得到改进。不同方法——流行病学、临床、生物学的和心理社会相结合有助于达到此目的。而有效结合的前提是极需一种“共同语言”来描述抑郁状态及其分类(Kendell,

1976; Lehmann, 1977)。本研究中, 研究人员同心协力持续多年, 如研究结果确在朝着建立一套国际上能采用的检出和描述抑郁临床表现的概念迈进一步, 将会取得丰硕的成果。

目 录

协作单位和鸣谢	[1]
引言	1
1. 研究的目的, 设计和工具	7
研究的目的	7
研究地区和机构	7
研究病例的选择	8
制订工具表	10
工具表的翻译	13
使用世界卫生组织抑郁障碍标准化评定表格 WHO/SADD 进行培训	13
精神病学评分的可靠性测定	14
研究工作的协调	14
2. 研究背景: 五个研究地区的特点	16
巴塞尔	16
蒙特利尔〔加〕 (工作地区: 蒙特利尔大城市人口 调查地区)	22
长崎〔日〕 (工作地区: 长崎县)	25
德黑兰〔伊朗〕	27
东京〔日〕 (工作地区: 东京都)	30
3. 筛选方法的有效性和病人评定的可靠性	34
筛选方法的有效性和适用性	34
WHO/SADD 评定方法的可靠性	37
4. 纳入本研究的病人特点	52
病人的人口学和社会经济学特点	52
病人的诊断组分布	58
不同中心病人的临床特点	63

摘要和结论	75
5. 抑郁障碍的特征：内因性和心因性抑郁症的判 别	77
引言	77
因子分析技术的特征	78
用主成分分析法，分析抑郁障碍标准评定表 (WHO/SADD) 收集的资料	80
描述总研究人口 (各中心) 的因子	81
因子的稳定性及解释范围	87
五个中心测定的各组抑郁病人的差异：根据因子 分数方差的多变量分析结果	88
内因性和心因性抑郁障碍两个诊断组之间的差异： MANOVA 和因子像及个别项目的判别式函数 分析结果	95
摘要与结论	102
6. 摘要与结论	105
(1) 关于工具表的可用性和可靠性的结论	107
(2) 关于纳入本研究的病人特点的结论	109
(3) 关于抑郁障碍的性质和分类的结论	111
今后工作的方向	113
参考文献	115
附录1 关于可靠性概念的意见	118
附录2 筛选表格	133
附录3 世界卫生组织关于抑郁障碍标准化评定 (WHO/SADD) 表格——(第五次修订版)	135
附录4 世界卫生组织关于抑郁障碍标准化评定相 应词汇 (WHO/SADD) 表格的术语汇 编——(第五次修订版)	148

引 言

每年世界上至少有一亿人发生临床可查出的抑郁症，而且由于种种原因，这个数目可能还要增加 (Sartorius, 1979)。原因之一是，大多数国家的人民平均寿命在增长，因而发生抑郁危险和发生抑郁的绝对人数和比例也相应地增加。另一原因是，目前很多人都生活在社会和自然环境迅速变迁之中，往往引起急剧或持续的心理社会应激，并可能导致抑郁反应。每当社会集团传统保护机制崩溃瓦解，很多人面临动荡不安，迁徙不定，家庭破裂和社会隔离，作为心理社会应激反应的抑郁障碍，患病率也可能有所上升。第三个原因是，目前慢性心血管病、胶原性疾病、胃肠疾病、脑血管疾病和其他神经科疾病的患病率都在增加。业已证明，这些病同时伴有抑郁反应者高达全部病例的20% (Sartorius, 1976)。如果这些器质性障碍的患病率持续增长（由于长寿人口的增长，这是很可能的），预期体因性抑郁障碍的频率也会增加。这种增加是否将被为数不多的急性躯体病伴发的体因性抑郁（如感染性疾病）相抵消，目前还不能确定。抑郁障碍增加的第四个原因是大量应用各种药物和酒精 (Mullinger 等, 1978; Craig 和 Van Natt, 1978)。已知能诱发或加剧抑郁的某些药物的消费量正在逐步上升，其中有镇静剂、安定剂、抗高血压药及各种激素制剂等。

由于上述这些原因，有理由预期抑郁障碍患病率确会上升。然而，真正患病率 (true prevalence) 对卫生计划的影响，往往较印象中的患病率〔表面患病率 (apparent

prevalence) 为小。对于抑郁症有充分理由相信表面患病率也会增加。目前有更多患抑郁症的病人可能都在寻求治疗, 社区中抑郁疾患“冰山”的潜在部分, 据Shepherd(1979)意见是由总病例的 98% 所构成, 可能因此有所减少。医生诊断抑郁症比以往更多, 可能因为现在的治疗比较有效。新诊断概念如隐匿性抑郁症正得到更多承认并用于抑郁症的统计, 而既往则无此分类 (Kielholz, 1979)。在很多正在加速城市化的发展国家中, 很多病人——向医生描述自己症状时——都变得能精确地用语言来表达抑郁的体验, 例如像 German (1972) 在他的研究中所表明的那样。

对欧洲一些国家综合通科医生进行的调查, 表明可能是所有这些趋向的综合影响 (pöldinger, 1974)。在奥地利、柏林、德意志联邦共和国、法国和瑞士, 73~90% 回答者均有下述印象: 在他们的日常医疗实践中, 抑郁的患病率是在增加, 而且多数报告他们一年所看到的全部病人中, 至少 10% 患抑郁疾患。

现在, 虽然对问题的范围已有较好的了解, 而且有了有效治疗, 但世界上多数抑郁病人仍得不到治疗, 蒙受不必要的苦难和摧残, 他们的家庭和社区亦遭到了损失。这种情况在发展中国家尤为严重, 但在工业化国家, 能治而未治的人数也决非少数。这里有很多原因, 从缺乏训练有素的卫生人员, 资源缺乏, 有效药物配备不齐以及对抑郁障碍的性质, 发病率和管理方法知识不足等有关。

世界卫生组织精神卫生规划的主要目的之一是预防和治疗精神和神经障碍。为达到此目的, 采用双管齐下策略: 首先, 把注意的重点放在发展与一般医疗卫生机构相结合的, 分散的精神卫生保健上, 以利于在国家卫生规划中应用现有

的知识。第二，鼓励和协调多学科研究，目的在于把世界各地的科学家汇聚在一起，以加速探求新知识进程。

实施该策略（有关抑郁障碍）的第一步是，发展和倡导一种共同语言，以促进在这个领域内精神卫生工作者的交流。自六十年代中期以来，世界卫生组织就着手制订了一些国际能接受的抑郁障碍评定、分类和报道方法。由很多国家专家小组协作的，世界卫生组织精神病诊断和分类标准化规划，制订了国际疾病分类第九版精神障碍部分（世界卫生组织，1978），它不像以往版本那样，而是包括大量抑郁障碍分类标题和相应词汇。在有关预防自杀的另一个计划中，则力图发现“企图自杀”和自杀报道失实的原因（世界卫生组织，1974）。

另一个主要协作研究（精神分裂症国际试点研究，世界卫生组织，1973；1979），是在9个国家中，对1,200多病人用标准化方法进行评定，并且随访5年以上，虽其重点为精神分裂症，但包括了总数256例的抑郁状态病人的对照组。结果表明：第一，不同文化背景的国家中可以制订严重精神障碍——包括抑郁障碍在内的标准化评定技术。第二，不同传统、不同学派培训的精神科医生，通过培训都能同样而可靠地应用这种技术。标准化技术的应用，证明9个文化极不相同的国家所确定的抑郁病人有很多共同特点，构成从症状到预后与精神分裂症病人相区别的一组病人。

能否在一般医疗卫生机构中改进抑郁症的治疗，也就是说精神卫生工作能否纳入到初级卫生保健服务这样一个比较广泛的研究中正在进行探索（Harding, 1977）。这个研究正在巴西、哥伦比亚、埃及、印度、菲律宾、塞内加尔和苏丹等7个发展中国家进行。现已完成以发病率为基础的调

查，并在各中心的工作地区建立了服务，现正着手设计由普通卫生保健人员执行的特殊任务培训方法。当这些任务在普通卫生机构实施一时期后，再对这个地区精神卫生状况进行第二次估价，以评定培训效果及机构干预的效能。

在这些诊断，测定和分类研究的同时，世界卫生组织着手并正在协调抑郁障碍生物学协作研究。发达国家和发展中国家的研究中心正在协作几项有关抑郁症的生化、精神药理和遗传的计划，例如在不同社会文化和气候背景的病人中测定抗抑郁剂的作用(Sartorius, 1973; Vartanian, 1976)。这项研究是基于以下的观察：不同人种对特定药物反应似乎不同；在气候、营养状况及其它特征不同的国家中，病人达到有效反应的剂量不同。同时还在世界卫生组织主持下，很多中心正从事抑郁障碍遗传和生化机理的协作研究 (Copen 等, 1977; Gershon 等, 1980)，并通过采用世界上第一流研究机构的先进实验室和临床设施，来扩大现今世界上已有的知识。

本报告所描述的研究工作是由于 1970 年设想的，当时正与加拿大 (Douglas 医院及蒙特利尔综合医院精神科)、伊朗 (德黑兰大学精神科)、日本 (长崎，长崎大学医学院神经精神科及东京慈惠大学医学院神经精神科) 及瑞士 (巴塞尔大学精神病科) 研究中心协作。各中心协作研究人员第一次会议于 1972 年初举行，继筹备工作之后，于同年早些时候开始收集资料。

和世界卫生组织协作的其它研究工作一样，本研究目的有三：第一，增强对公共卫生有重要意义协作研究中心的研究效能。第二，进一步制订研究这些问题所必需的方法与工具。第三，对这方面的知识作出贡献。