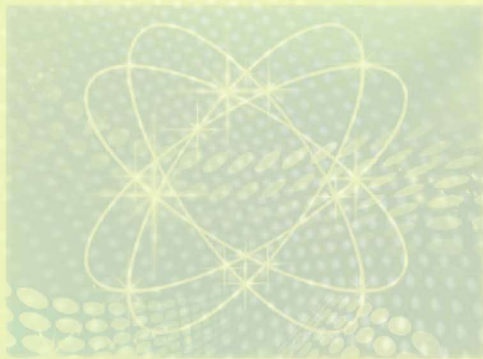


# 抑郁的情绪认知：理论与实证

刘明矾 著



江西人民出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

抑郁的情绪认知: 理论与实证/刘明矾著. —南昌:  
江西人民出版社, 2011. 6

ISBN 978 - 7 - 210 - 04919 - 7

I. ①抑… II. ①刘… III. ①抑郁症 - 研究 ②抑郁症  
- 治疗 IV. ①R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 176076 号

### 抑郁的情绪认知: 理论与实证

刘明矾 著

江西人民出版社出版发行

南昌市红星印刷有限公司印刷 新华书店经销

2011 年 6 月第 1 版 2011 年 6 月第 1 次印刷

开本: 880 毫米 × 1230 毫米 1/32 印张: 8.25

字数: 210 千 印数: 1000 册

ISBN 978 - 7 - 210 - 04919 - 7 定价: 19.00 元

赣版权登记 - 01 - 2011 - 209

---

江西人民出版社 地址: 南昌市三经路 47 号附 1 号

邮政编码: 330006 传真电话: 0791-86898827 电话: 0791-86898893(发行部)

网址: [www.jxp-ph.com](http://www.jxp-ph.com)

E-mail: [jxp-ph@tom.com](mailto:jxp-ph@tom.com) web@[jxp-ph.com](http://jxp-ph.com)

(赣人版图书凡属印刷、装订错误, 请随时向承印厂调换)

# 前 言

抑郁症是一种常见的精神障碍,是以显著而持久的情绪低落心境为特征,严重影响个体的情绪、思维 and 自我的感觉。抑郁症在世界人口中的患病率高达 3%,并且呈现不断增长的趋势。事实上,抑郁症的罹患比率如此之高,以至于世界卫生组织全球疾病负担研究机构认为对于无力调整自己的成年人而言,抑郁症应列为世界上最具沉重负担的疾病之一。

抑郁症不仅改变了人们的感受,也改变了人们如何看待自己和他人周围的世界。自上世纪七十年代认知心理学家 Beck 提出的消极自我图式模型以来,人们对抑郁症认知因素长达三十多年的研究已经为抑郁症最初的认知构想提供了有力的支持。这些研究至少使我们获得二点共识。第一,抑郁个体对自我、世界和未来的负面看法以及经常性和不可控的消极想法会加重抑郁症的症状。第二,抑郁个体对负性情绪信息的注意、记忆、思维、推论和解释的方式会增加抑郁症发展和复发的风险。

大多数抑郁认知理论假设抑郁症的发病是某些认知或特殊的信息处理方式和突发的应激源相互作用的结果,例如,负性生活事件或其他一些环境因素。早期的研究主要采用自我报告的方法,侧重于揭示抑郁和非抑郁群体在认知上的不同。目前,在研究情绪障碍用的刺激材料被标准化的基础上,如国际情绪图片系统

( IAPS) ,研究者已经开始使用各种各样的实验性方法去探索信息加工偏差的机制。这些研究结果验证了抑郁症具有负性自动思维以及注意、记忆和解释存在偏差等认知特点。

重要的是,对抑郁症最有效的认知行为疗法已经显示出至少和药物疗法一样有效,并且可能在防止抑郁复发的作用方面还优于药物疗法。这种疗法侧重于改变认知偏差的解释和不合理的消极自动思维,并提出认知的转变将会导致抑郁症其他症状的改善,包括持续的负面影响以及兴趣缺失。目前,大量的研究旨在对导致情绪失调的认知功能缺陷和抑郁症核心症状的更加全面和深入的了解,这种对抑郁认知的本质和它在抑郁症发展、维持和复发中所起作用的深刻理解,必将有助于抑郁症心理治疗的进一步发展。

虽然目前关于抑郁的情绪认知的研究结果让人振奋,但仍存在诸多问题。首先,抑郁症是否在信息加工的所有方面都存在偏差,目前仍很少得到证实。有些研究为抑郁的相关偏差提供证据支持,但有些研究并不能得出关于抑郁认知加工偏差更全面的结论;并且,虽然抑郁发作时存在的注意和记忆的认知偏差得到了大量研究的支持,但抑郁缓解期存在偏差的支持性研究却仍让人难以捉摸。一些研究在多个认知领域发现抑郁缓解患者的认知功能受损。然而,很可能是由于实验方法的多样性或所选样本在临床特征上的非同质性以及实验中多种研究误差所导致的结果;此外,很少有纵向研究通过在抑郁症首次发作前对认知偏差的加工方式进行评估来检验它是否会预测负性生活事件所导致的抑郁;最后,对负性材料的注意和记忆偏差是如何与抑郁的标志特征,即持续的负面情绪相联系也并太不清楚。考虑到这些关键性的不足,对于研究者而言,研究的核心问题应尽快阐明抑郁症信息加工的偏差与情绪失调的本质关系,就像作者在本书实验研究中提到认知加工偏差和抑郁情绪失调之间的潜在联系的三种重要机制: 认知

偏差的抑制加工障碍;对消极的情绪状态和负性生活事件的沉思;无法使用积极有益的刺激来调节负面情绪。

尽管认知神经证据表明抑郁症患者在杏仁核、前扣带皮层、背侧前额叶皮质出现功能异常,本书作者的研究也首次为抑郁个体的负性信息抑制障碍提供了电生理证据:负性信息抑制障碍与早期自动注意阶段的抑制不足以及较快的刺激评价有关( Psychiatry Research: Neuroimaging, 2010)。由于杏仁核、前扣带皮层和背侧前额叶皮质这些结构在解剖形态和功能上的相互连接,它们的异常表现其实并非彼此独立。人类对抑郁症的情绪认知加工的神经异常与抑郁症状之间的具体关系还知之甚少。因此,未来深化该领域的研究一方面需要继续构建抑郁症在进行情绪认知加工时神经结构之间的功能连接模式;另一方面需要弄清楚功能与结构的异常在抑郁症的发病、维持、康复中所起的作用。

# 目 录

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 前 言 .....                    | 1  |
| 第一章 概述 .....                 | 1  |
| 第一节 抑郁症和正常的抑郁 .....          | 1  |
| 第二节 不同诊断系统对抑郁症诊断标准的比较 .....  | 6  |
| 第三节 抑郁症分类的几种重要观点 .....       | 10 |
| 第四节 抑郁症的流行病学研究 .....         | 16 |
| 第五节 情绪和认知的关系 .....           | 20 |
| 第六节 情绪认知的研究方法和研究范式 .....     | 22 |
| 第二章 抑郁的情绪认知理论 .....          | 28 |
| 第一节 消极自我图式模型 .....           | 28 |
| 第二节 抑郁的无望感理论 .....           | 31 |
| 第三节 认知易感性—应激模型的新发展 .....     | 34 |
| 第四节 抑郁的其他认知理论 .....          | 38 |
| 第三章 抑郁症研究用情绪认知材料的建立 .....    | 41 |
| 第一节 抑郁症研究用情绪词分类系统的初步建立 ..... | 41 |
| 第二节 情绪障碍研究用面部表情系统的建立 .....   | 46 |

|     |                                     |     |
|-----|-------------------------------------|-----|
| 第三节 | 国际情绪图片应答的性别差异研究 .....               | 58  |
| 第四节 | 特殊情绪图片: 异性恋大学生对性图片反应的<br>性别差异 ..... | 65  |
| 第四章 | 抑郁症对情绪信息的认知加工偏差 .....               | 72  |
| 第一节 | 认知加工早期与注意偏差 .....                   | 72  |
| 第二节 | 认知加工后期与注意偏差 .....                   | 76  |
| 第三节 | 母亲患复发性抑郁症的青少年儿童的<br>注意偏差 .....      | 79  |
| 第四节 | 抑郁症与记忆加工偏差 .....                    | 80  |
| 第五节 | 抑郁症与理解加工偏差 .....                    | 82  |
| 第六节 | 抑郁症的抑制与认知控制 .....                   | 83  |
| 第七节 | 抑郁症的认知偏差与情绪调节策略 .....               | 88  |
| 第五章 | 抑郁症的抑制损害及神经机制 .....                 | 94  |
| 第一节 | 抑郁个体的抑制功能 .....                     | 94  |
| 第二节 | 抑制加工的指标: 负启动及其神经机制 .....            | 97  |
| 第三节 | 情绪负启动任务下抑郁抑制障碍的<br>ERP 研究 .....     | 100 |
| 第六章 | 复发性抑郁缓解个体的认知损害及神经机制 .....           | 120 |
| 第一节 | 复发性抑郁缓解个体的认知损害 .....                | 120 |
| 第二节 | 复发性抑郁缓解个体的认知抑制及<br>神经机制 .....       | 126 |
| 第七章 | 抑郁个体的记忆偏向及神经机制 .....                | 153 |
| 第一节 | 抑郁个体记忆偏向的研究范式 .....                 | 153 |

|      |                                   |     |
|------|-----------------------------------|-----|
| 第二节  | 抑郁个体记忆偏向的理论解释 .....               | 163 |
| 第三节  | 抑郁症的内隐记忆特点及神经机制 .....             | 165 |
| 第八章  | 抑郁症与影像学: 现状与未来 .....              | 183 |
| 第一节  | 抑郁症和杏仁核、前扣带回及背外侧前额皮层的<br>关系 ..... | 183 |
| 第二节  | 早发性抑郁的大脑结构改变 .....                | 188 |
| 第三节  | 抑郁症神经机制的未来研究趋势 .....              | 189 |
| 第九章  | 抑郁的认知行为治疗 .....                   | 193 |
| 第一节  | 负性自动思维的识别和挑战 .....                | 193 |
| 第二节  | 认知行为治疗和药物治疗的比较 .....              | 200 |
| 第三节  | 治疗的另一突破口: 抑制的实验训练 .....           | 204 |
| 第四节  | 一例心境恶劣的认知行为治疗个案 .....             | 210 |
| 参考文献 | .....                             | 229 |

# 第一章 概述

## 第一节 抑郁症和正常的抑郁

### 一、抑郁的界定

抑郁是每一个人类个体在其生命历程中或多或少都会感受到的一种负性情绪。众多研究者从不同角度对抑郁进行探讨,并提出了各自的独特见解,具有代表性的观点主要有:

Freud 在 1917 年发表的论文《悲伤和忧郁》中,认为抑郁与“忧伤”的过程非常相似,通过投射过程可知,是抑郁者把对所爱之人未能解决的冲突引起的愤怒转移到自己身上的结果。

Rado(1928)进一步发展了 Freud 的看法,认为抑郁是丧失了他人的赞同后为了恢复自尊而进行的自我惩罚,主要突出了自尊的需要。

Bibring(1953)则认为,抑郁的产生与控制自尊的自我机制障碍有密切关系。当个体不能达到他自己的目标时,自我机制就会发生障碍,从而导致抑郁的形成。

认知心理学家 Beck(1977)认为,抑郁是由于人们不能对影响他们的事件作出准确认知反应的结果,抑郁患者对此类事件的即

时反应称为自动消极思维,它们都是即时的、合理的,通常被认为是真的。因此这些想法使得患者系统地曲解了事件,从而导致抑郁。其中,过度概化、片面提取以及两极化思维的错误思维的形式影响着 Beck 所说的“认知三元素”,即对我们自己、影响我们的人和事以及将来的信念。

行为主义学家 Lewinsohn(1979)认为,抑郁主要是因为缺乏积极的社会强化引起的,它会导致情绪低落以及追求社会回报的行为减少。

抑郁现实主义 Haaga & Beck(1995)则认为,抑郁患者可能是“对的”,而正常人是“错的”,抑郁个体可能在评价自己所处的状态方面比正常人更为准确。那些接受治疗的抑郁患者,实际上是因其认知变得不那么现实后才变得更为积极,从而得到好转的。

## 二、正常的抑郁和病理抑郁之区分

### 1. 正常的抑郁

每一个人在生活中都曾经感到过哀伤、沮丧、悲观甚至是绝望。事实上,在遇到可悲伤的事件时,如果没能感到抑郁,反而可能存在问题。只要在遭遇令我们感到悲哀的生活事件后能够尽快地从抑郁状态中走出来,生活没有受到过度的困扰,就不需要寻求干预。

情绪本身并没有正常或异常之分,可以说,抑郁、焦虑、恐惧等情绪是负性的,高兴等情绪是正性的,但不能就此认为负性情绪就是异常的。抑郁本身的体验是不愉快的,但这并不意味着它就是异常的。就如疼痛,固然是令人痛苦的,但也是对人的的一种保护性措施。人如果没有了疼痛感,则很容易在受伤害时不能及时采取保护性反应。同样,抑郁本身也有积极的作用。轻度的抑郁从长期来看具有适应性的功能,并且,抑郁可以使人面对一些平常试图

避开的思考和感受。

因此,抑郁应该和其他负性情绪一样,是从正常到异常的一个连续体,而且在正常和异常之间并没有绝对的界限。大体上当抑郁达到了某一特定程度,严重影响到了人的正常生活和社会功能时,我们说这是异常的,需要治疗的。但这种界限有时连有经验的精神科医师和临床心理学家也不能完全区分清楚。科学和严格的区分需要临床医生通过临床观察、病史采集、精神检查,根据统一的诊断标准才能作出。

正常的抑郁是经历了近期的应激后出现的一种适应性反应,大多数情况下,这种抑郁能在短期内自行缓解,因此不需要寻求专业的治疗。地位的丧失、分居或离婚、经济的损失、失恋、退休、第一次离家、失去友谊,甚至包括宠物的走失都会导致一些较轻微的正常抑郁。

## 2. 什么样的抑郁是病理的抑郁呢?

在一些病例中,一个心理创伤可能使一个人一夜间陷入抑郁状态,但更多的情况下抑郁的发作是逐渐的,在经历了几个月甚至几年后才明显表现出来。通常,这种状态在持续数月后会像一开始那样逐渐地结束。

一个陷入抑郁状态的人,在他的大多数心理机能方面都经历了深刻的变化,不仅是心境,还包括动机、思维、生理和运动技能。WHO(1985)的报告表明,抑郁症最常见的症状是忧愁、寡欢、焦虑、紧张、缺乏精力、丧失兴趣、集中注意力的能力丧失、缺陷观念和无用观念。

病理的抑郁就是抑郁症,个体在经历了一次或多次的抑郁发作,期间没有躁狂发作,被称为抑郁症,也被称为单相障碍。

### 三、抑郁症的临床相

1. 抑郁心境 不论轻重如何,抑郁的必要特征是心情低落,没有心情低落便根本不能称为抑郁。几乎所有抑郁发作的病人都报告有某种程度上的不快,从轻度的抑郁到极度的无助感。这种抑郁感被人们描述为完全的绝望、孤独感或只是厌倦。轻度的抑郁者时常哭泣,更严重的会说他们想哭却哭不出来。严重的抑郁者通常认为他们的情况已不可逆转,既无法自救,别人也不能帮助他。

2. 兴趣减退甚至丧失 除了抑郁心境外,最常见的抑郁症发作症状是丧失兴趣,即快感缺乏。无论这个人以前喜欢干什么,如做家务、打牌、旅游,现在觉得什么都没有意思了。食物不再可口,性生活不再有乐趣,也不再想和朋友聊天,不再享受天伦之乐。严重的抑郁症患者会处于一种完全的愿望麻痹状态——甚至早上不能起床。

3. 食欲紊乱 许多抑郁症患者的食欲很差,体重减轻;而另一些则食欲增加,体重增加。无论体重怎样变化,增加还是减少,这种变化会在每次抑郁发作时出现。

4. 睡眠紊乱 失眠也是抑郁症的一个显著的特征。早醒后不再能重新入睡是最常见的,也有人表现为入睡困难或整个夜晚不断醒来。和进食障碍一样,睡眠紊乱有时是睡得过多,这种病人可以每天睡 15 个小时以上。

5. 精神运动性迟缓或激越 在迟缓性抑郁中,病人看起来非常的疲乏,姿势经常是停滞的,运动缓慢而审慎,说话声音低沉、犹豫不决,在回答提问前有长时间的停顿。激越性抑郁则以完全相反的方式表现出来,这类病人不断地活动,不知休息,不停书写,走来走去,不断呻吟。

6. 精力减退 抑郁症患者的动机减退,好像没有别人催促或推他一把,他就什么也不想做,伴有明显的精力水平的降低。尽管什么事都没有干,他们还是整天感到十分疲倦。

7. 自我评价下降 如果抑郁症患者原来就是个自卑的人,这一点必须比过去更显著才有诊断价值。抑郁的自我评价下降伴有自责,甚至罪感。他们几乎只看到自己的错误和缺点,觉得自己什么长处和优点都没有,过去引以为自豪或可以自慰的品质在病人心目中也消失了。

8. 思维困难 在抑郁状态下,心理过程和生理过程一样通常会减慢。抑郁症患者总是犹豫不决,他们常报告说思考困难,不能集中注意力,记忆力减退。越是困难的、需要全神贯注的心理操作,他们越难完成。

9. 感到生活或生命本身没有意义 抑郁症患者觉得活着不如死了的好。常有自杀念头,甚至有自杀行动。

10. 其他的抑郁发作症状 此外,抑郁症患者还可能出现妄想和幻觉等精神病性症状,其内容是与心境相协调的,且总在抑郁存在一段时期后才出现,并先于抑郁心情显著好转前消失。儿童抑郁症患儿常表现为主述躯体痛苦,如头痛和胃痛;而老年人的抑郁常表现为注意力不集中和抱怨记忆力减退。文化对抑郁症状的表现也有着影响,在中国文化中,疼痛、疲劳和衰弱的主诉较为普遍。

在不同的年龄期,抑郁症临床症状也有所不同:在婴儿期,抑郁症最常见的表现是不进食;稍大的儿童则表现为冷漠和不活跃,或者表现为严重的分离性焦虑——孩子严重依赖父母,拒绝长时间离开父母以致不能上学,受死亡或对父母死亡的恐惧所困扰;在青少年中,最常见的症状是恼怒、违拗、感到自己受忽视和不被理解或欣赏的抱怨,也可能出现反社会和药物滥用的行为。老年人的抑郁症状主要表现为缺乏快感和动机,表达出无望感以及精神

运动性迟缓和激越,也可能伴有幻觉和妄想。

当一个病人的临床症状符合抑郁发作的临床诊断标准后,根据其症状的严重程度、是否伴有精神病性症状、抑郁发作的次数、社会功能的损害程度,可以进一步作出不同的抑郁症的诊断。

## 第二节 不同诊断系统对抑郁症诊断标准的比较

### 一、ICD - 10 对抑郁发作的诊断标准

按照病情的严重状况,根据 ICD - 10,抑郁发作可以分为重度、中度和轻度。为了区分这三种类型,ICD - 10 诊断系统首先将抑郁发作的症状分为典型症状和附加症状。

典型症状:

几乎整天心境抑郁,几乎天天如此。

对日常活动缺乏兴趣或愉快感。

精力减退,易疲劳。

附加症状:

缺乏自信心或自尊。

不合情理的自责。

反复出现自杀或想死的念头。

思维能力减退,注意力不集中。

精神运动性改变,激越或迟滞。

睡眠障碍。

食欲改变。

根据在病人身上出现的典型症状和附加症状,ICD - 10 对于抑郁病人的疾病程度作出以下区分:

重度抑郁发作。全部 3 条典型症状 + 5 条附加症状,整个发

作至少持续 2 周。

中度抑郁发作。2 条典型症状 + 3 条或 4 条附加症状, 整个发作至少持续 2 周。

轻度抑郁发作。2 条典型症状 + 2 条附加症状, 整个发作至少持续 2 周。

## 二、DSM - 4 对抑郁发作的诊断标准

A. 在同一个 2 周时期内, 出现与以往功能不同的明显改变, 表现出下列 5 项以上, 其中至少 1 项是(1) 心境抑郁或(2) 丧失兴趣或乐趣。

注: 不包括明显是由于一般躯体情况, 或者是与心境不协调的妄想幻觉所致的症状。

几乎每天的一天中大部分时间都心境抑郁, 这或者是主观的体验(例如感到悲伤或空虚), 或者是他人的观察(例如, 看来在流泪)。注: 儿童或青少年, 可能是心境激惹。

几乎每天的一天中大部分时间, 对于所有(或者几乎所有)活动的兴趣都显著减低。

显著的体重减轻(未节食)或体重增加(一月内体重变化超过原体重的 5%), 或几乎每天食欲减退或增加(注: 儿童则为未达到应增体重)。

几乎每天失眠或嗜睡。

几乎每天精神运动性激越或迟缓(由他人观察到的情况, 不仅是主观体验到坐立不安或缓慢下来)。

几乎每天疲倦乏力或缺乏精力。

几乎每天感到生活没有价值, 或过分的不合适的自罪自责(可以是妄想型的程度, 不仅限于责备自己患了病)。

几乎每天感到思考或集中思想的能力减退, 或者犹豫不决(或

为自我体验,或为他人观察)。

反复想到死亡(不只是怕死),想到没有特殊计划的自杀意念,或者想到某种自杀企图或一种特殊计划以期实行自杀。

B. 这些症状并不符合混合发作的标准。

C. 这些症状产生了临床上明显的痛苦烦恼,或在社交、职业和其他重要方面造成功能缺损。

D. 这些症状并非由于某种物质(例如滥用某种药物,某治疗药品)或由于一般躯体性情况(例如甲亢)所致之直接生理效应。

E. 这些症状不能归于离丧;后者即,在失去所爱者后出现这些症状并持续2个月以上,其特点为显著的功能缺损,病态地沉溺于生活无价值、自杀意念,精神病性症状或精神运动性迟缓。

### 三、CCMD-3 对抑郁发作的诊断标准

抑郁发作以心境低落为主,与其处境不相称,可以从闷闷不乐到悲痛欲绝,甚至发生木僵。严重者可出现幻觉、妄想等精神性症状。某些病例的焦虑与运动性激越很显著。

[症状标准] 以心境低落为主,并至少有下列4项:

- (1) 兴趣丧失、无愉快感。
- (2) 精力减退或疲乏感。
- (3) 精神运动性迟滞或激越。
- (4) 自我评价过低、自责,或有内疚感。
- (5) 联想困难或自觉思考能力下降。
- (6) 反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为。
- (7) 睡眠障碍,如失眠、早醒,或睡眠过多。
- (8) 食欲降低或体重明显减轻。
- (9) 性欲减退。

[严重标准] 社会功能受损,给本人造成痛苦或不良后果。

### [病程标准]

(1) 符合症状标准和严重标准至少已持续 2 周。

(2) 可存在某些分裂性症状,但不符合分裂症的诊断。若同时符合分裂症的症状标准,在分裂症状缓解后,满足抑郁发作标准至少 2 周。

[排除标准] 排除器质性精神障碍或精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁。

[说明] 本抑郁发作标准仅适用于单次发作的诊断。

#### (1) 轻性抑郁症(轻抑郁)

除了社会功能无损害或仅轻度损害外,其他符合抑郁发作的全部标准。

#### (2) 无精神病性症状的抑郁症

除了在抑郁发作的症状标准中,增加“无幻觉、妄想,或紧张综合征等精神病性症状”之外,其余均符合该标准。

#### (3) 有精神病性症状抑郁症

除了在抑郁发作的症状标准中,增加“有幻觉、妄想或紧张综合征等精神病性症状”之外,其余均符合该标准。

### 四、不同诊断系统抑郁发作诊断标准比较

表 1-1 是不同诊断系统对抑郁发作在定义、严重程度和病程方面的比较。值得注意的是,对抑郁症的诊断标准随着研究和认识的深入还在不断地变化,一个明显的趋势是被诊断为抑郁症的病人越来越多。20 世纪 50 年代,情感障碍的患病率估计为 3‰~4‰,到了 80 年代就上升为 3%~9%。这种现象很大程度上应归因于诊断标准的变化,及对抑郁症诊断的标准放宽了,因而纳入抑郁症诊断的疾病增加了。