

心理卫生与心理咨询丛书



# 抑郁障碍

邓河晃 邓慧琨 黄兴莲 编著

暨南大学出版社



# 抑郁障碍

抑郁症 抑郁症 抑郁症 抑郁症

邓河晃 邓慧琨 黄兴莲 编著



# 抑郁障碍

心理卫生与心理咨询丛书



暨南大学出版社  
JINAN UNIVERSITY PRESS

中国·广州

## 图书在版编目 (CIP) 数据

抑郁障碍 / 邓河晃, 邓慧琨, 黄兴莲编著. —广州: 暨南大学出版社, 2008. 10

(心理卫生与心理咨询丛书)

ISBN 978 - 7 - 81135 - 060 - 9

I. 抑… II. ①邓…②邓…③黄… III. 抑郁症—防治  
IV. R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 106069 号

## 出版发行: 暨南大学出版社

---

地 址: 中国广州暨南大学

电 话: 总编室 (8620) 85221601

营销部 (8620) 85225284 85228291 85220693 (邮购)

传 真: (8620) 85221583 (办公室) 85223774 (营销部)

邮 编: 510630

网 址: <http://www.jnupress.com> <http://press.jnu.edu.cn>

---

排 版: 广州恒伟电脑制作有限公司

印 刷: 暨南大学印刷厂

---

开 本: 890mm × 1240mm 1/32

印 张: 21

字 数: 450 千

版 次: 2008 年 10 月第 1 版

印 次: 2008 年 10 月第 1 次

印 数: 1 - 3000 册

---

总定价: 48.00 元 (一套四册)

---

(暨大版图书如有印装质量问题, 请与出版社总编室联系调换)

## 丛书编委会

主 审：黄小玲

主 编：邱鸿钟 赵振环

副主编：贾福军 刘铁榜 王德民 袁廷锦  
梁瑞琼

编 委：（按姓氏笔画排列）

王德民 邓河晃 龙 建 严金海  
李顺民 沈家宏 林雄标 郑洪波  
梁瑞琼

# 总 序

随着社会的快速发展和改革的推进，社会公众的心理卫生问题显得越来越突出，无论是学校、企事业单位等社会组织，还是家庭与个人，对心理卫生的需求都在迅速增加。劳动与社会保障部于2001年颁布了《国家心理咨询师职业标准》，心理咨询师已经成为21世纪的一种朝阳职业。为了满足广大基层心理卫生工作者和心理咨询师临床工作的需要，满足患者对心理卫生疾病病因及预防知识的渴求，预防城乡居民公共心理卫生问题的发生，促进人民群众生活质量的提高和家庭幸福，促进组织内部、人与人之间关系的和谐，我们特意组织了一批高校心理健康教育专家和精神病医院的临床医生共同编写了这套丛书。

本丛书选题范围从常见的工作压力、家庭婚姻关系、学习困难、网络成瘾、人际冲突等一般心理问

题，到失眠等心身疾病和抑郁症、焦虑症等精神性障碍，试图囊括临床上最常见的心理咨询问题。

本丛书的特点是：理论联系社会与临床实际，深入浅出，通俗易懂，雅俗共赏；一病一症一书，专题论述，体系完整，观点和信息荟萃。本丛书既可作为心理健康教育工作者、心理咨询师、心理医生、精神科医生等专业工作者的参考书，也适合患者及其家属阅读（以利于知情同意原则的贯彻和他们的配合治疗）。事实上，心理问题和精神障碍也只有通过医患双方的共同努力才能得到更好的解决。我们希望本丛书能为促进心理卫生工作尽一点绵薄之力。

# 目 录

总 序 / 1

第一章 概 述 / 1

- 一、抑郁障碍的概念 / 1
- 二、抑郁障碍研究的历史与现状 / 3
- 三、抑郁的流行情况 / 5
- 四、抑郁障碍的影响 / 8

第二章 抑郁障碍的临床分类 / 11

- 一、国际精神障碍分类系统 / 11
- 二、美国精神障碍分类系统 / 12
- 三、中国精神障碍分类系统 / 12
- 四、抑郁症及其相关障碍在 CCMD-3 的分类问题 / 13
- 五、其他抑郁障碍 / 15

第三章 抑郁障碍的病因病理 / 17

- 一、遗传因素 / 18



二、生物学因素	/ 19
三、心理社会因素	/ 24
<b>第四章 抑郁症的临床表现与诊断</b>	<b>/ 27</b>
一、临床症状	/ 27
二、实验室检查	/ 32
三、精神状态检查	/ 34
四、诊断	/ 37
五、病例资料的完整性	/ 38
六、病例分析	/ 40
<b>第五章 其他的抑郁障碍</b>	<b>/ 42</b>
一、轻性抑郁症	/ 42
二、反复发作短暂抑郁障碍	/ 43
三、心境恶劣障碍	/ 44
四、双相抑郁症	/ 47
五、环性心境障碍	/ 51
六、隐匿性抑郁症	/ 52
七、适应障碍的抑郁反应	/ 55
八、精神分裂症后抑郁	/ 56
九、躯体疾病所致的抑郁障碍	/ 57
十、物质滥用所致的抑郁障碍	/ 59
<b>第六章 抑郁障碍的心理测验</b>	<b>/ 61</b>
一、抑郁障碍评估量表的种类	/ 62
二、量表测量的程序与方法	/ 63
三、量表测量的结果分析	/ 65

四、抑郁障碍相关量表介绍	/ 67
<b>第七章 抑郁障碍的心理咨询和治疗</b>	<b>/ 87</b>
一、心理咨询	/ 87
二、心理治疗	/ 90
三、抑郁障碍的情绪治疗	/ 93
<b>第八章 抑郁障碍的药物治疗</b>	<b>/ 102</b>
一、双相障碍的治疗	/ 102
二、抑郁障碍的治疗	/ 105
<b>第九章 抑郁障碍的电休克治疗</b>	<b>/ 107</b>
一、电休克治疗	/ 107
二、多参数监护无抽搐电休克治疗	/ 111
<b>第十章 抑郁障碍的康复与预防</b>	<b>/ 115</b>
一、抑郁障碍的康复	/ 115
二、抑郁障碍的预防	/ 117
<b>第十一章 抑郁障碍的心理危机干预</b>	<b>/ 122</b>
一、抑郁与自杀危机	/ 123
二、危机评估	/ 127
三、危机干预的目标	/ 129
四、危机干预的过程与方法	/ 130

## 一、抑郁障碍的概念

抑郁症（depression）在临床上至少有三种不同的含义<sup>①</sup>：①是一种心境、情绪或情感状态；②是抑郁障碍的一种疾病表现；③是抑郁障碍的本身。

情绪、情感和心境在精神医学中常作为近义词使用，都是指个体对客观事物的态度和由此而产生的相应的内心体验。但从狭义上说，三者含义略有不同。情绪是指与个体生物需要相联系的体验形式，即个体受到生活环境中的刺激时是否需要得到满足而产生的态度和体验，持续时间较短，其稳定性带有情境性，且伴有明显的生理功能变化和体验。情绪发生较早，为人类与动物所共有。情感体验是与人的高级社会性需要相联系的，如友谊感、爱情感、道德感等。情感发生

<sup>①</sup> 姜佐宁. 现代精神病学（第二版）. 北京：科学出版社，2004

较晚，为人类所特有，情感具有情境性、稳固性和长期性。情绪和情感活动相互依存，与个体的认知、行为活动和社会交际均有密切的联系。心境是指一种较微弱而持续的情感状态，为一段时间内个体心理活动的基本背景。情感障碍必然涉及情绪和心境问题。

正常人的心境体验多种多样，且有相应的表达方式，心境和情感体验方式的内容和程度通常能为人所感知和自制。应激后（受刺激）出现短暂的悲观失望感是正常生活体验的一部分，其抑郁体验随着时间的迁延而逐渐减轻至完全缓解，持续时间一般少于2周。因此，如何正确区分抑郁障碍与对应激、挫折和丧失（如亲人亡故）所表现出悲伤的正常适应反应是十分重要的。在心理疾病中，抑郁障碍中情感改变通常表现为三种形式，即情感性质的改变、情感稳定性的改变和情感协调性的改变。

抑郁障碍的临床表现主要有下述几个方面：

（1）心境与情感：悲伤，动机降低，兴趣和快乐感丧失，对愉快或不愉快的事件反应迟钝。情感缺乏、空虚感、焦虑、紧张、易激惹、沮丧和愤怒。

（2）认知与思维：注意力下降、犹豫不决或踌躇、丧失自信心或自责、无价值感、无助、无望、悲观，甚至想死和自杀。

（3）精神运动：迟滞、身体活动缓慢、木僵，面部表情贫乏或缺乏表情，人际交流差或缺乏交流，激越不安、烦躁，无目的失控行为。

（4）躯体表现：失眠或睡眠过多，食欲和体重降低或增加，性欲下降、疲劳、精力下降，自我感觉躯体疼痛，有压

力感、寒冷感或胃肠道、心血管等其他系统功能异常或其他模糊的、不能区别的不适感觉。

## 二、抑郁障碍研究的历史与现状

人类医学早在远古时代就有了关于抑郁的临床描述,《旧约全书》中曾描述过一种抑郁综合征,写的是古罗马史诗中 Ajax 自杀的故事。公元前 400 年,希波克拉底的著作中将“忧郁”(melancholia)一词描述为精神紊乱。公元 30 年,Aulus Oruelius Celsus 曾用体液学说试图阐明抑郁的原因,将抑郁描述为由黑胆汁引起的抑郁障碍,这一名词后来被许多学者沿用。抑郁这一概念在当时被广泛应用,且含义非常广泛,但都是指抑郁综合征,即以不同程度的悲观、沮丧为特征的障碍。

中医对抑郁的临床描述认为,郁病是以气机郁滞,脏腑功能失调而致心情抑郁,情绪不宁,胸闷胁胀,或易怒易笑,或咽中有异物感等为主要临床表现的一类病症。郁有广义、狭义之分。广义的郁,包括外邪、情志等因素导致气、血、痰、食、火、湿等病机产物的滞塞和郁结;狭义的郁,单指情志不舒为病因的郁。“郁病”最早记载见于明代虞搏《医学正传·郁证》,其谓“或七情之抑遏,或寒热之交侵,故为九气怫郁之候”。金元时期明确地把郁病作为一种独立病症论述,《丹溪心法·六郁》中提出了“人身诸病,多生于郁”的著名论点,首倡气、血、火、食、湿、痰六郁而以气郁为先之说,并创立了“六郁汤”、“越鞠丸”等有效方剂,历代医家也多按丹溪六郁分类。明代之后,逐渐将情志之郁

作为郁病的主要内容，清代叶天士《临证指南医案·郁》中对郁病的治法涉及疏肝理气、苦辛通降、平肝息风、清心泻火、健脾和胃、活血通络、化痰涤饮、益气养阴等，且已认识到心理治疗的重要作用，认为“郁症全在病者能移情易性”。

公元12世纪，犹太医生 Moses Maimonides 认为抑郁是一个独立的疾病单元。1686年，Bout 称其是一种“躁狂—抑郁”（manic-melancholicus）的精神疾病。1854年，法国医生 Jule Falret 将在同一患者身上交替出现的躁狂—抑郁症状命名为“循环性精神病”。同一时期，另一法国精神病学家 Jales Baillarger 描述了一种疾病状态，患者是深度抑郁并发展为一种最终能缓解的木僵状态。1882年，德国精神病学家 Karl Kahlbaum 将在疾病中交替出现躁狂和抑郁发作的症状作为“环性心境障碍”的诊断，首先提出躁狂和抑郁不是两种独立疾病，而是同一疾病的两个阶段。

1899年，德国精神病学家 Kraepelin 在法国和德国学者研究的基础上，将在同一疾病中出现躁狂和抑郁两种截然相反的症状表现，划为一个疾病分类学单元，命名为“躁狂抑郁性精神病”（manic-depressive psychosis），同时保留了“抑郁”这个名称，但仅指发生于年龄较大的抑郁患者。由 Kraepelin 命名的躁狂抑郁性精神病一直沿用了大半个世纪之久。

1997年，《国际疾病分类》第10版（ICD-10）将抑郁障碍分为重度抑郁发作、中度抑郁发作和轻度抑郁发作，这三类抑郁障碍的区别主要在于症状出现的数量、类型和严重程度。

重度抑郁发作的患者通常处在极度痛苦之中，症状很明显；明显的激越或迟滞可能妨碍患者描述症状的能力，个人学习和职业功能严重受限。

中度抑郁发作的患者维持个人学习和职业功能可能也有困难，某些症状可能相当严重，但是比起重度抑郁发作患者，总体症状的数量要少，强度要弱。

轻度抑郁发作的患者虽然通常被症状所困，但能维持个人学习和职业功能。

2001年，《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版（CCMD-3）将抑郁发作定义为“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、妄想等精神病性症状。某些病例的焦虑与运动性激越很显著”。CCMD-3将抑郁障碍主要分为轻性抑郁症和重性抑郁症中的无精神病性症状的抑郁症和有精神病性症状的抑郁症、单相抑郁和双相抑郁。CCMD-3同时取消了神经症性抑郁（抑郁性神经症）的临床诊断。

### 三、抑郁的流行情况

由于疾病界定、诊断标准、流行病学调查方法和调查工具的不同，所报道的抑郁障碍患病率差异较大。

1982年，中国在12个地区开展的精神疾病流行病学调查发现，心境障碍<sup>①</sup>的终生患病率为0.076%，时点患病率为0.037%。1992年对上述地区进行复查，发现心境障碍的终

---

① 心境障碍：与情感障碍同义，包括躁狂发作和抑郁发作。

生患病率为 0.083%，时点患病率为 0.052%。1982 年在同一次流行病学调查中发现，抑郁性神经症的患病率为 0.311%，农村（0.412%）高于城市（0.209%）。

1973 年，林宗义在台湾的流行病学调查发现，心境障碍的终生患病率为 0.07%，时点患病率为 0.037%。

西方统计数字认为抑郁障碍的终生患病率约为 15%，妇女高达 25%；初级卫生保健患者的发病率接近 10%，躯体疾病住院患者中达 15%。双相 I 型障碍<sup>①</sup>较重性抑郁障碍<sup>②</sup>少，终生患病率约为 10%。另有研究发现，抑郁症状的终生发生率为 13%~20%，重性抑郁障碍的患病率为 3.7%~6.7%。

双相 I 型障碍患者大部分最终会引起医生的注意而得到治疗，而重性抑郁障碍患者仅有一半左右能得到专科治疗。尽管世界上许多国家和专业团体开展了一系列的活动，试图增加人们及非精神科医务工作者对抑郁障碍的认识，但是抑郁综合征常因被认为是一种可理解的心理应激反应或是意志薄弱，甚至误认为是患者为了取得继发利益而采取的一种有意识的尝试而被忽视。

### （一）性别分布

几乎所有的调查结果都发现，不同国家和文化背景的人群中，重性抑郁障碍在妇女中的患病率较男性高 2~3 倍。有人认为，性别差异系人为误差，女性似乎更乐意求助于医生，

---

① 双相 I 型障碍：美国分类，指躁狂发作与抑郁发作交替出现。

② 重性抑郁障碍：心境障碍中的一个病种，仅有抑郁障碍，又称单相抑郁障碍。



男性倾向于嗜酒且反社会行为发生率高，起到掩盖抑郁障碍的作用。虽然差异的原因不明，但近年来许多研究结果清楚地表明，西方国家中的此种差异并不单纯是因为诊断的偏见，可能还包含激素代谢的差异、分娩的影响、男女不同的心理社会应激以及顺应性行为模式等不同因素。调查研究发现一个有趣的现象是，抑郁障碍发病率女性高于男性，但自杀者男性多于女性。

## （二）年龄分布

双相 I 型障碍发病年龄早于重性抑郁障碍，前者发病年龄从 5 岁到 50 岁，平均发病年龄为 30 岁，个别患者发病年龄大于 50 岁。后者平均发病年龄为 40 岁，其中大约 50% 的患者在 20 岁到 50 岁之间有过一次发作，极少数重性抑郁障碍患者在童年或老年期发病。近期有流行病学研究资料显示，20 岁以下的重性抑郁障碍的发病率有增加的趋势。

## （三）婚姻状况

一般而言，人际关系疏远、离婚或分居人群中，重性抑郁障碍发生率高，而双相 I 型障碍在离婚和独居者中较已婚者更普遍。

## （四）种族、社会经济和文化因素

心境障碍的患病率在种族间无任何差异，但也有研究认为黑人罹患重性抑郁障碍的风险较小。社会经济状况与重性抑郁障碍之间不存在相关。抑郁障碍在农村比城市更普遍。

最近，美国两个最大的流行病学调查报道有关全美抑郁