

抑郁症 的防治与康复

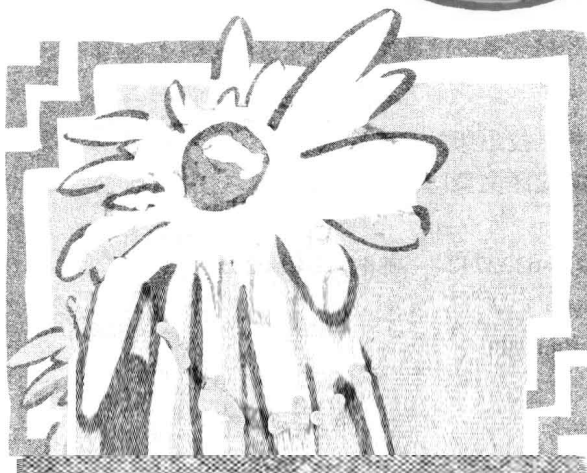
YIYUZHENG DE
FANGZHI YU KANGFU

编著 唐晓伟 陈晓杰

中国医药科技出版社

抑郁症 的防治与康复

唐晓伟 陈晓杰 编著



中国医药科技出版社

内 容 提 要

全书共分六章,介绍了抑郁症流行病学特点、临床特征、诊断标准、发病机制、中西医治疗及护理。重点阐述了抑郁症的发病机制、治疗及护理。书中内容全面,既涵盖了近年来国内外关于抑郁症发病机制的最新研究成果,及临床上在抑郁症治疗及护理方面的最新方法,也包括了作者近年来在抑郁症发病机制方面的研究成果,及对单味抗抑郁药刺五加抗抑郁作用效果及机制探讨的成果。本书适用于神经生物学、精神病学、医学心理学各专业的教学、科研和临床工作人员参考,也可供抑郁症患者及其家属阅读。

图书在版编目(CIP)数据

抑郁症的防治与康复/唐晓伟,陈晓杰编著. —北京:中国医药科技出版社, 2011. 6

ISBN 978 - 7 - 5067 - 5056 - 1

I. ①抑… II. ①唐…②陈 III. ①抑郁症 - 防治 IV. ①R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 119188 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010-62227427 邮购: 010-62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 958 × 650mm $\frac{1}{16}$

印张 8 $\frac{1}{2}$

字数 136 千字

版次 2011 年 6 月第 1 版

印次 2011 年 6 月第 1 次印刷

印刷 北京市密东印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 5056 - 1

定价 19.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

前

言

随着社会经济的高速发展、社会竞争的不断加剧，来自于工作、生活等方面的心理应激因素逐渐增加。同时，社会老龄化进程的加快、“留守儿童”和“空巢老人”甚至“空巢中年人”的增加及大学生就业形势的日益严峻，使得抑郁症的发生在各个年龄阶段都呈现出逐年上升的趋势。根据世界卫生组织全球疾病负担的资料显示，抑郁症在中国所致的伤残生命为6.9%，位列所有疾病的第二位。全世界每年因“抑郁症”自杀死亡者达到100万人，我国则接近20万。权威专家甚至预测，抑郁症将成为21世纪的流行病，到2020年，抑郁症医疗方面的开支将位于所有疾病负担的第二位。近年来，有关抑郁症发病机制的研究取得了突破性的进展，抑郁症的诊断标准日臻完善，抑郁症的治疗效果越来越好、副作用越来越少，祖国医学在抑郁症治疗方面的作用也逐渐被人们关注，单味中药、中药复方药及针灸治疗被越来越多地用于治疗抑郁症及降低抗抑郁症西药的副作用方面。抑郁症发病机制研究的新进展为抑郁症的治疗提供了新的空间和平台，祖国医学在抑郁症治疗效果方面的科学认证及作用机制的研究尚需进一步深入。为此，我们撰写了此书。本书既涵盖了近年来国内外关于抑郁症发病机制的最新研究成果，抑郁症治疗及护理方面的最新方法，也介绍了作者近年来在抑郁症发病机制及对单味抗抑郁药刺五加抗抑郁作用及机制探讨的研究成果。

目 录

第一章 概论	1	
第一节 抑郁与抑郁症	1	
第二节 抑郁症概述	2	
第二章 临床表现及诊断	5	
第一节 早期症状	5	
一、不明原因的身体不适	5	
二、活得太累	5	
三、生活没有意思	6	
四、类似神经衰弱	6	
第二节 临床表现	7	
一、情绪症状	7	
二、认知症状	8	
三、动机症状	8	
四、躯体症状	8	目
第三节 病程	9	
第四节 诊断	9	录
一、自我诊断	9	
二、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)	10	
三、临床诊断	15	
四、鉴别诊断	18	
第三章 发病机制的解剖生理学基础	21	
第一节 神经系统的信息传递	21	
一、神经细胞兴奋的产生与传导	21	
二、神经细胞间信息的传递	27	

第二节 弥散性调节系统	31
一、肾上腺素能弥散性调节系统	31
二、5-羟色胺能弥散性调节系统	33
三、多巴胺能弥散性调节系统	34
四、胆碱能弥散性调节系统	35
第三节 内分泌系统的信息传递过程	35
一、激素的分类及信息传递	36
二、激素作用机制	37
三、激素分泌的调节	39
四、下丘脑及腺垂体的内分泌功能	43
五、下丘脑-腺垂体-靶腺轴	46
 第四章 发病机制	 51
第一节 抑郁症发病的单胺类假说	51
一、5-羟色胺	52
二、去甲肾上腺素	54
三、多巴胺	55
四、其他递质	56
第二节 抑郁症发病的素质-应激-心理学假说	57
一、应激	58
二、素质	67
三、心理学因素	67
四、下丘脑-垂体-肾上腺轴与抑郁症的发生	68
五、单胺类神经递质与下丘脑-垂体-肾上腺轴	76
第三节 抑郁症发生的其他假说	77
一、下丘脑-垂体-性腺轴	77
二、下丘脑-垂体-甲状腺轴	80
三、神经生长因子家族	81
四、雌激素受体 α 与脑源性神经营养因子在抑郁症发生中 的关系	84
 第五章 治疗	 88
第一节 药物治疗	88

一、抗抑郁症药的作用机制	88
二、常用抗抑郁症药	89
三、抗抑郁症药的发展	92
第二节 心理治疗	93
一、心理治疗的方法	93
二、心理治疗的选择	97
第三节 电休克治疗	98
一、ECT 治疗概述	98
二、ECT 治疗方法和适应证	99
三、并发症及局限性	99
第四节 中医对抑郁症的治疗	100
一、病位病机	100
二、主要的治疗方法	100
三、单味抗抑郁药物	101
四、复方抗抑郁药物	103
五、针灸抗抑郁作用	107
六、综合治疗抑郁症	108
第五节 刺五加对抑郁症模型大鼠 行为学影响的研究	111
一、实验材料及统计学方法	111
二、强迫游泳试验	111
三、抑郁症模型的建立及给药方式	112
四、评价方法及结果	112
第六章 护理	118
第一节 临床护理	118
一、环境支持及护理	118
二、症状护理	118
三、心理护理	120
四、加强社会支持系统	121
第二节 家庭护理	121
一、防范自杀行为	121
二、掌握病情好转指征	122

三、监督继续药物治疗	122
四、加强心理护理	122
五、加强生活护理	123
第三节 饮食调理	123
一、抑郁症患者的饮食特点	124
二、缓解抑郁情绪的饮食	125
三、抑郁症患者的饮食禁忌	127

第一章 概 论

近年来，我们越来越多地看到一些原本鲜活的生命选择以他们各自特有的方式离我们而去，他们的一生或许很精彩，但很少有人能想到：在光鲜的背后，狂躁或伤感的情绪不断侵袭着他们的心灵与肉体，他们竭力把抑郁症隐藏，呈现给关注他们的人们以精彩，最终，在同抑郁症日复一日的角斗中，以惨烈、绝望的方式向生命告别。我们在扼腕叹息之余，怎能不更多地关注这个就在我们身边，可能使我们的生命瞬间消亡的疾病——抑郁症？

我们生存的地球是多么美好，平均每隔 40 秒钟却有一个人自杀，从表面上看每个生命的离去都有他们各自的理由，但从精神医学的角度去分析，他们中百分之七十的人却是因为抑郁症在作祟。据统计，15% 患严重抑郁的人死于自杀，而所有患有不同程度抑郁症的人中，有 20% 的人都至少试图自杀过一次。全世界每年“抑郁症”自杀成功者达到 100 万人，我国则接近 20 万。抑郁症最明显的负面后果就是自杀，另外，随着时间的延长，抑郁症可能变成一种长期的慢性病症，同时还可能带来更多的躯体疾病，比如心脏病、骨质疏松等。

第一节 抑郁与抑郁症

在我们的一生中，我们每个人都偶尔会因为失去什么或某些失望情绪而感到短暂的心情郁闷，譬如下岗失业、失去亲人、天灾人祸、生离死别、患病、高考落第、经济困难等等，有时我们会觉得生活也许没有我们想像的那么美好，不自觉地或莫名其妙地陷入一种“悲伤”或“惆怅”的情绪当中，这种抑郁心境，在经过适当的自我调整和心理治疗后，即得到了纠正，这是我们常说的抑郁，属于正常的情绪波动。

有些抑郁就没有那样轻松自如了，它们无论在持续时间上，还是在严重程度，都与前者大为不同。甚至有些抑郁并没有明显的理由可以加以解释，即使发生高兴的事情也不会使他们兴奋。在抑郁症患者的眼中，五

彩缤纷的世界是个使人度日如年的人间地狱，有一个患过这种疾病的人曾这样描述自己当时的感受：我就像身处一个漆黑无人的山洞中，甚至能感觉到黑暗不断压在我身上，我能看到不远处的洞口，洞口之外就是外面的世界，那里时而阳光灿烂、时而乌云密布、时而风雨交加，但终归充满人气，但是这世界已无足轻重，因为它对我来说不再有任何意义、任何关联，我深陷在自己痛苦、恐惧、焦虑之中，无法接触外面的世界……随着抑郁的加重，这些患者不想做任何事情，甚至连起床、吃饭、穿衣服等日常习惯活动都感到很困难，严重影响其工作、生活及社交，相当多的患者因为不堪忍受现实的苦恼，产生“生不如死”的消极意念，并千方百计地寻求解脱的方法。就此而言，这种抑郁情绪不再是常见的、一过性的情绪低落反映，而是一种严重的心理疾病，在精神医学上就称之为：抑郁症或者抑郁障碍。

抑郁不能认为是一种疾病，只有当抑郁心境发展到一定程度，具备抑郁症的基本特征，并持续一段时间，影响到自己的学习、工作和生活时，才成为抑郁症，抑郁不等同于抑郁症，值得注意的是，抑郁不及时调整和治疗，是可以发展成为抑郁症的。

第二节 抑郁症概述

在医学中，“抑郁症”归属于“心境障碍”。心境障碍是以显著而持久的情感或心境改变为主要特征的一组疾病。临床主要表现为情感高涨或低落，伴有认知和行为改变，可有精神病性症状如幻觉、妄想等，大多数反复发作，也可有残留症状或转为慢性。根据中国精神疾病分类方案与诊断标准，心境障碍包括双相障碍、躁狂症和抑郁症等几类。双相障碍具有躁狂和抑郁交替发作的临床特征，既往称为躁狂抑郁性精神病。躁狂症或抑郁症是指仅有躁狂或抑郁发作，习惯上称为单相躁狂或单相抑郁，临床上单相躁狂较少见。

抑郁症作为一类严重危害人类身心健康的常见精神疾病，不仅是自杀的主要因素，而且已经成为危害人类健康的主要疾病之一，更是人们医疗负担加重的主要因素之一。抑郁症主要表现为情绪低落、兴趣丧失、思维迟钝、意志行为减少，其他症状包括认知功能、语言、行为、睡眠等异常，部分抑郁症患者会出现幻觉和妄想，严重者可伴有自杀观念和行為。抑郁症发作的核心症状就是：抑郁心境存在于大多数时间里，而且几乎每天如此，基本上不受环境影响，持续至少两周；对平时感兴趣的活動喪失兴趣和愉快感；精力不足或过度疲劳。在所谓的“亚健康”人群中，有些人的

症状和抑郁症差不多。在临床工作中发现，许多“白领”人士的“亚健康”就是抑郁症的表现。目前国际上比较一致地认为抑郁症的终身患病率大概在 10% 左右，专家估计，抑郁症即将成为 21 世纪的流行病，到 2020 年，抑郁症医疗方面的开支将位于所有疾病负担的第二位。

根据 WHO 全球疾病负担的资料，抑郁症在中国所致的伤残生命年损失为 6.9%，位列所有疾病的第二位，与西方发达国家接近。虽然国内的流行病学资料显示社区人群抑郁症的患病率为 3.2% ~ 5.9% 左右，明显低于西方国家。即使如此，以我国 13 亿人口计算，抑郁症的终身患病率也达到 5200 万，且只有不到一成的患者接受了相关的药物治疗。但在对综合医院就诊的门诊与住院的内、外各科患者问卷调查中发现，约 10% ~ 30% 的患者伴有抑郁症状，这一比例基本与国外资料近似，而这部分人群并没有得到应有的诊治。据分析，我国抑郁症终身患病率较低的调查结果，不仅源于我们在流行病学调查中样本设计、样本数量、调查对象、统计分析等方面与国际上的差异，也与我们的宗教信仰、文化背景和对抑郁症认识的缺失有关，如同在现实生活中抑郁症患者人数尽管很多，但在人们的感覺上好像并没有那么多，其根本原因在于：中国抑郁症患者躯体化主诉不适于情感表达和临床医师对抑郁症识别能力较低，即国人对抑郁症的认识还处于启蒙阶段。不仅一般的普通百姓，即使是许多医护人员对什么是抑郁症也不能正确认识，许多郁郁寡欢、病情严重的患者，不知道方向在哪里，WHO 在 15 个国家和地区的合作研究发现，中国内科医师对抑郁症的识别率仅为 21%，明显低于其他国家的平均水平 55.6%。

在日常生活中我们可以见到一个平时开朗、自信、充满活力、爱说、爱动、爱唱歌的人，从某一天开始，逐渐出现头痛、失眠、心情差等症状。慢慢地，他几乎天天都感到头痛、头昏、全身乏力；昨天腰痛，今天腿痛，明天说不准哪一块疼痛；经常提不起精神，精力缺乏，工作力不从心；讲话明显减少，很少与人交往；记忆力下降，脑子里空空洞洞，常双目凝视，面无表情；胃口差，进食后上腹发胀，长期便秘，体重明显下降；晚上难于入睡，多噩梦，早上四五点就醒了，眼睁睁望着屋顶；曾多次产生自杀念头。他可能看过多家综合性医院，多项相关检查均显示无器质性病变，被诊断为“神经衰弱”、“脑衰弱综合征”、“职业枯竭”或“亚健康状态”等，服用过多种补脑药及其他中、西药物，做过多种治疗，毫无效果。曾有人建议他到治疗精神疾病的专科医院，被他严词拒绝，他认为自己不是“疯子”，而精神病医院则是给“疯子”治疗的地方。最后，在家人的一再劝说甚至是强迫下，才不得不到“精神病医院”就诊，被确诊为抑郁症，经过两个月的抗抑郁治疗后，前面说的那些症状一一消失，情绪很快

就重新振作了起来，像换了个人似的。

由于公众对抑郁症的认识不足和中国民众传统观念造成的偏见，很多抑郁症患者初次就诊没有去治疗精神疾病的专科医院，而去综合医院，由于综合医院医生对抑郁症的识别能力有限，浪费了人力、物力、财力，延误了病情。美国的一项调查显示，约有半数的抑郁症患者到内科或其他科就诊，这些患者强调躯体情况至少有一半被误诊。国内的研究显示，到医院就诊的抑郁症患者中，首诊于综合性医院的占37.1%。他们最多的躯体不适诉说依次为胸闷（58.1%）、心慌（54.8%）、肢体乏力（45.4%）、头昏（38.7%）、尿频（38.7%）、头痛（35.5%）、胸痛（32.3%）；香港的研究显示，香港抑郁症患者的临床就诊主诉症状表现与西方患者不完全一样，最常见的三个主诉不适症状为疲乏（90%）、疼痛（89%）和胃肠道/心血管症状（87%）。研究发现，主诉躯体症状和主诉情感症状的抑郁症患者在性别、年龄、职业、婚姻状况，以及汉密尔顿抑郁量表和汉密尔顿焦虑量表评分上均无显著性差异，但在文化教育程度、个性特征、自身对疾病的认识与求医方式上存在很大差异。两组相比，以躯体症状不适为主诉的抑郁症患者文化程度较低、性格较内向，并且在疾病认识上大多归因于躯体问题而去综合医院就诊，而以情感症状为主诉的抑郁症患者文化教育程度相对较高、性格也较外向，并且大多能认识到自己所患的是精神或心理上的疾患而去精神科门诊或心理咨询机构寻求帮助。不过，至于受教育程度、主诉决定了患者的求医方式，还是求诊途径的不同影响了主诉尚无定论。

我们应该强调，抑郁症是一种生物学原因的精神疾病，抑郁症的人既不是人格软弱，也不是个性缺陷，更非思想有问题，它只是一种疾病，就像患感冒或其他疾病一样。我们熟悉的甚至有些可以说“伟大”的人物都曾患有单相或双相抑郁症，比如宋太祖赵匡胤、奥地利的茜茜公主、美国总统亚伯拉罕·林肯、英国首相文斯顿·丘吉尔、美国作家马克·吐温、演员阮玲玉、演员玛丽莲·梦露、香港影星张国荣、美国作曲家舒曼、诗人顾城等等。假如你患上了抑郁症，应该能够坦然、主动地到医院，寻求医生的帮助，千万不要认为是自己有问题，“硬扛着”，也不要以为它不是病，虽然难受得要命却自己“忍着”。一般来讲，抑郁症患者适时恰当地采用抗抑郁药治疗，配合心理治疗和体力锻炼，疗效是肯定的。

抑郁症是一种“全身性”疾病，发作时患者的躯体、情绪、思想和行为均受到影响，其发作的核心症状为“三低”，即：情绪低落、思维迟钝和意志消沉。这三种症状是典型的重度抑郁症的症状，并不是所有的抑郁症患者都有。

第一节 早期症状

轻度抑郁症患者在现实生活中比较常见，在抑郁症患者中占比例最大。这类患者由于外表上无异常，忧郁性情绪埋在内心深处，甚至可以给人一种愉快、乐观的假象。患者本人不一定会自我识别，周围人包括自己的家属、亲人又无法能理解和认识，常常使疾病长时期耽误，得不到解决，不仅造成本人沉重的痛苦，更重要的是导致疾病恶化和原本可避免的轻生行为发生。抑郁症的早期症状主要包括如下几方面，一旦出现应及时到正规医院的精神医学专科进行检查，以免病情进一步发展。

一、不明原因的身体不适

轻度抑郁症患者常伴有多种多样的躯体症状，如头痛、背痛、四肢痛、腰痛，但原因不明，医院检查找不到器质性病变。有的病例还会出现不明原因的腹胀、腹泻、厌食、恶心及胃部不适，以及涉及全身各个系统和器官的不适，经常感到疲劳、精力不足和做事力不从心，经常莫名其妙地感到心慌，惴惴不安，体重下降，虽然各种检查均无异常，但患者会疑神疑鬼，尤其是怀疑自己得了大病，不断查体也难释其疑。

二、活得太累

“内苦外乐”是轻度抑郁症的重要症状。这类患者在举止仪表、言谈接触和外表看来无异常表现，如不深入地做精神检查和心理测定，甚至可以给人一种愉快乐观的假象。如果深入地做精神检查和心理测定，可发现

患者内心有痛苦悲观，多思多虑，自卑消极，无法自行排除的精力、体力、脑力的下降和严重顽固的失眠等，服用中西药物或休息病假、疗养、娱乐、喝酒等方法亦无法消除。部分轻度抑郁症患者在发病早期会感到情绪低落，闷闷不乐，感觉活得太累，经常为了一些小事，甚至无端地感到苦闷、愁眉不展，这种情绪反应在正常人也可以出现，但在抑郁症患者会长期存在。有些患者对兴奋表现“木然”——“人逢喜事而精神不爽”，脾气变坏，急躁易怒，表现为一触即怒、敏感多疑、固执，总是感到不顺心，思维反应变得迟钝，遇事难以决断。

三、生活没有意思

有的轻度抑郁症患者经常感到生活情趣索然，整日唉声叹气，或者感到“委屈”，动不动就流眼泪，常想到与死亡有关的话题，甚至反复出现轻生的想法和行为。有的患者会有轻度的“无价值感”，自认为对社会、家庭、亲友没做贡献，总是感到自卑，产生“没有用”的自责，对过去总是悔恨，对自己、对生活没有信心，注意力难以集中，对周围一切都难发生兴趣，也不愿意说话，更不想做事，厌恶参加集体活动，喜欢独处，对以往爱好，甚至是嗜好，以及日常活动都失去兴趣，整天无精打采，生活懒散，不修边幅，随遇而安，不思进取，社交活动明显减少，不愿与亲友来往，甚至闭门索居。

四、类似神经衰弱

顽固性失眠及早醒等障碍，尤其以早醒为特征，持续数周甚至数月，健忘、乏力、头痛等症状也是轻度抑郁症常见的早期症状表现之一。这部分患者往往会被诊断为“神经衰弱”。

轻度的抑郁症患者还可能出现一些其他症状，代偿症状是最常见的。典型的代偿症状见之于没有明显抑制的内源性抑郁症。表现之一是勤奋，工作比平时做得更多，加班加点，几乎不休息。患者一方面企图用工作转移注意，借以减轻抑郁症的痛苦，另一方面也可有内疚和赎罪的思想。另一较常见的代偿症状是性欲显得亢进，其动机可能是患者企图用性生活减轻痛苦，也可能是患者感到对不起配偶，企图给配偶更多的快乐。还有一种表现是，患者强作欢颜，故意找家属谈话，企图证明自己很好或抑郁症已经好转，这样做的动机可能是为了减轻家属的忧虑和安慰他们，还有可能是为了麻痹家属以便自杀。

有关抑郁症对患者婚姻、工作的影响国外研究显示，约 25% ~ 65% 的患者会有工作能力的下降、人际及家庭关系与社会功能减退。采用自评刻

度划线法让患者比较抑郁症患病前后工作能力与婚姻关系的主观变化发现, 89% 的患者工作较病前平均下降 51.5%, 提示抑郁症所致后果不容忽视, 对它的早期识别和治疗尤为重要。但遗憾的是, 国内的抑郁症患者, 超过八成的患者是在病情比较严重时才第一次从医生那里知道什么是抑郁症, 以及哪些是抑郁症的早期临床表现。

第二节 临床表现

一、情绪症状

情绪症状是抑郁症的最显著、最普遍的症状。抑郁症的情绪症状主要包括两个方面: 抑郁心境和兴趣的消失。

(一) 抑郁心境

抑郁症患者的生活中, 似乎充满了无助和绝望, 情绪的基调是低沉、灰暗的。如果让抑郁症患者描述自己的心情, 他往往会说: 悲哀、无助、绝望、孤单、不幸、垂头丧气、无价值、丢脸、惭愧、闷闷不乐、羞愧。虽然抑郁症患者的基本情绪是抑郁, 但他们的心情, 或者说他们的抑郁情绪随时间的不同而不同, 即使是在一天的时间里也会有所变化。一般来说, 抑郁症状在早晨最明显, 患者往往觉得几乎没有力量从床上起来, 随着一天的推移, 情绪会慢慢好转一些, 晚上的心情相对最好, 这有助于诊断。抑郁症患者在抑郁状态下所体验的悲观、悲伤情绪具有“抑郁的特殊性质”即“绝望”、“无助”和“无用”, 与丧亲所致的悲哀不同。

1. 绝望(无望感) 对前途感到失望, 认为自己无出路, 此症状是引起自杀的最密切因素。

2. 无助(无助感) 对自己的现状缺乏改变的信心和决心, 与绝望密切相关。如认为自己的疾病状态无法好转, 对治疗失去信心。

3. 无用(无价值、无用感) 认为自己生活毫无价值, 充满失败, 一无是处。认为没有人在乎自己, 自己对别人也没有用, 只会带给别人麻烦。

国外有文献报道, 绝望可能是引起抑郁症患者自杀的最主要危险因素之一。研究发现, 住院抑郁症患者与门诊抑郁症患者的汉密尔顿抑郁量表总分及绝望感因子分存在明显差异, 且以住院患者得分高。这说明临床医生对此已有认识, 且已将绝望感因子分作为抑郁症患者住院指征之一。

(二) 兴趣消失(无兴趣无快感)

几乎和抑郁心境一样普遍的另外一个情绪症状是兴趣的消失。抑郁症患者往往体会不到生活的乐趣。凡事丧失兴趣, 对日常活动、平日的爱好

如看足球比赛、打牌、种花草等，过去感兴趣的事物、喜欢参加的活动，现在一点也引不起他们的兴趣，尤其是体验不到乐趣。兴趣的丧失往往是从某一些活动开始的，比如工作。但是，随着抑郁症状的发展，慢慢患者对几乎所有东西都失去了兴趣。

二、认知症状

认知症状是抑郁症的另外一大症状。自我评价低，贬低自己，觉得自己无能力、无作为，觉得自己连累了家人和社会；回想过去，一事无成，并对过去不重要、不诚实的行为有犯罪感。严重者出现妄想，如感到自己有严重罪过，或严重的不能治疗的某种疾病，或一贫如洗，甚至感到自己及世界已经不存在了。抑郁症患者总是无端地自责、自罪，夸大自己的缺点，缩小自己的优点，表现了一种认知上的不合逻辑性和不切实际性及自我评价的消极性。抑郁症患者消极的思维，为他眼中的自己和未来，都蒙上了一层厚厚的灰色，一旦有挫折发生，就会把全部责任归咎于自己。某些极度抑郁的患者，甚至相信他们应该为世上的不公正和不平等现象负责，他们应该为自己的“罪恶”而受到惩罚。

三、动机症状

抑郁症患者的动机症状体现在做任何事情都缺乏动力。语调低沉，言语行动迟钝缓慢，感到头脑迟钝或变笨了，严重时不语、不动、不食，某些患者可出现自杀意念及行为。不同的人有不同的动机水平，大多数人都能够做到早晨按时起床，按时去工作或上学，能够积极寻找各种方法来娱乐自己及他人。但是，对抑郁症患者来说，不要说积极寻找各种方法来娱乐自己，他们要开始做任何事情都是一件极其困难的事，需要作巨大自我斗争。严重的抑郁症患者，每天会披头散发躺在床上一动不动，终日茶饭不思，眉间紧锁，寡言少语，甚至以泪洗面。即使他们有所动作，动作也明显缓慢。

四、躯体症状

隐藏得最深的是抑郁症的躯体症状。精力丧失，因而懒于工作，懒于家务劳动，随着抑郁症状的发展，一切生物的、心理的快感都遗失殆尽。抑郁症患者的胃口常常不佳，食欲减退、口干、便秘，可伴体重减轻，即使是平时爱吃的人，美酒佳肴也勾不起他的食欲。抑郁症患者常常会变得消瘦。睡眠也出现各种问题，晚上难入睡、早上又早早就醒了，即使睡着了，睡眠的质量也很差，睡眠障碍，可有早醒、入睡困难、睡眠过多。胃

口不佳，睡眠不好，渐渐患者就会变得虚弱、疲劳。抑郁症患者的性生活也会受到影响，男性的勃起障碍和女性的性冷淡都是常见的现象，性欲减退、闭经及阳痿。还可能出现各种躯体不适感如心悸、胸闷、心慌、恶心、呕吐等。

应该强调，抑郁症患者的躯体化症状和情感症状同样多见，如果对抑郁症没有足够的认识，很容易会漏诊或误诊。临床医师应重视临床实践中抑郁症患者的存在，注意识别和诊断躯体化症状主诉的抑郁症患者，及时发现和及时治疗是相当必要的。

第三节 病 程

抑郁症的好发季节为秋冬季。病程短者可只有几天，长者可超过10年，平均为6~8个月。一般认为，病程的长短与年龄、病情严重程度以及发病次数有关。发作次数越多，病情越严重，年龄越大，病程持续时间就越长，缓解期也相应缩短。目前的研究表明，经治疗恢复的抑郁症患者，一年内复发率为30%；有过1次抑郁症发作的患者，复发率为50%，有过2次抑郁症发作的患者，复发率为70%，有过3次抑郁症发作的患者，复发率为100%。

影响抑郁症患者复发的主要因素有：①维持治疗的抗抑郁药剂量及时间不足，其中相当一部分复发患者是由于没要接受适当的维持治疗；②生活事件和应激，抑郁症患者的复发常常与应激性生活事件的增加，特别是人际关系紧张有关；③遗有残留症状，经治疗未获痊愈的抑郁症患者常遗有残留症状，主要表现为睡眠障碍、焦虑乏味及性功能障碍；④引起抑郁症患者复发的其他因素还包括社会适应不良、慢性躯体疾病、缺乏社会和家庭的支持、阳性家族史等。

抑郁症的预后一般较好，但反复发作、慢性、老年、家族史、慢性躯体疾病、缺乏社会支持、未经治疗或治疗不充分者，往往预后较差。

第四节 诊 断

一、自我诊断

伯恩斯抑郁症清单（BDC）是由美国新一代心理治疗专家、宾夕法尼亚大学的戴维·伯恩斯博士设计的抑郁症的自我诊断表，通常用来帮助患者快速诊断出是否存在着抑郁症。