

名人抑郁自杀引发抑郁症关注

每10人即可能有1人抑郁症，抑郁情绪2周以上需及时专科治疗

▲ 本报记者 裘佳



7月18日，“胡同台妹”宫铃去世，抑郁症又一次映入公众眼帘。张国荣、三毛、赫尔曼·黑塞、欧内斯特·海明威、柏杨、文森特·梵高、川端康成、海子、阮玲玉、科特·柯本、罗宾·威廉姆斯、张纯如、叶赛宁、李恩珠、徐迟、贾宏声、孙仲旭、陈琳、希斯·莱杰、迈克尔·永贝里……尽管这些名字看上去光鲜亮丽，但抑郁症并非“名人病”或“富贵病”，它就在我们身边。WHO 研究显示，全球抑郁症年患病率约为11%，即每10人中就可能有1人是抑郁症患者。

您在过去几周（或数月）是否感到无精打采、伤感，或对生活的乐趣减少了？除了不开心之外，是否比平时更悲观或想哭？经常有早醒吗（事实上并不需要那么早醒来）？近来是否经常想到活着没意思？如果以上回答都是“是”，那您可能需做进一步精神检查或转诊专科医师诊治。

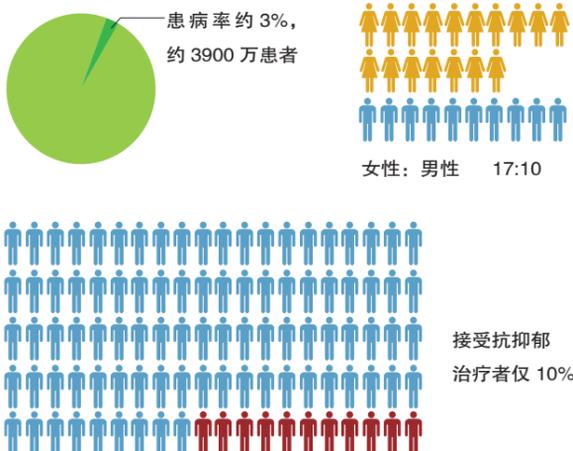


图1 我国抑郁症流行现状

流行病学

我国3900万抑郁症患者 有效治疗率不足一成

抑郁症确切的说是一种抑郁障碍的一种。抑郁障碍是一种常见的心境障碍，可由各种原因引起，以显著而持久的心境低落为主要临床特征，且心境低落与其处境不相称。临床表现可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，甚至发生木僵；部分病例有明显的焦虑和运动性激越；严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。多数病例有反复发作的倾向，每次发作大多数可缓解，部分可有残留症状或转为慢性。

《中国抑郁障碍防治指南》指出，抑郁障碍主要包括：抑郁症、恶劣心境、心因性抑郁症、脑或躯体疾病患者伴发抑郁、精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍伴发抑郁、精神病后抑郁等。抑郁症至少有10%的患者可出现躁狂发作（此时应诊断为双

相障碍）。

20世纪80年代以前，我国精神病学界对心境障碍的诊断概念狭窄，诊断率过低。由于ICD-9及DSM-III的问世，修订了心境障碍的诊断标准，我国精神病学界对心境障碍的诊断概念也有了新认识。国内调查也显示，抑郁障碍的患病率呈现上升趋势。

复旦大学附属中山医院心理医学科季建林教授介绍，20世纪90年代国内7个地区精神疾病流行病学调查数据显示，心境障碍终生患病率为0.83%，不足1%。但2003年北京15岁以上的人群抑郁障碍流行病学调查显示，抑郁障碍年患病率为4.12%，终生患病率为6.87%，其中男性为5.01%，女性为8.46%。2009年《柳叶刀》杂志发表的我国4省流行

病学调查资料，心境障碍月患病率为6.1%，其中抑郁症2.06%，恶劣心境为2.03%，虽然患病率高，但治疗率不到10%。2014年《自然》杂志报道了全球抑郁症流行病学情况，其中中国抑郁症患病率为3.02%。若以3%的普通人群患病率推算，13亿中国人中约有3900万抑郁症患者，但真正接受抗抑郁有效治疗的比例不足10%（图1）。

此外，各医疗机构诊治患者中抑郁障碍的患病率要高于普通社区人群，以神经、消化、内分泌和心血管等疾病的患者更多见（15%~30%）。若不能及时处理抑郁相关问题，会显著增加这些躯体疾病的复发、并发症的发生和死亡风险。（Psych Health.2016,232:15）

诊断

“90秒，4问题提问法”筛查更简便实用

人们在生活中会经历一些糟糕的境遇，诸如死亡、失去工作、身患重病等，会让人感到悲伤或失望，但这种抑郁情绪并不必然演变成抑郁症。如何判断这些情绪是否是抑郁症的症状？

《中国抑郁障碍防治指南》对于抑郁发作诊断的症状标准为，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。严重标准为社会功能受损，给本人造成痛苦或不良后果。

符合症状标准和严重标准至少已持续2周；若同时符合分裂症的诊断标准，在分裂症状缓解后，满足抑郁发作标准至少2周，

即可诊断抑郁发作。

季建林教授表示，既往国内综合医院抑郁和焦虑症状的筛查一般使用医院焦虑抑郁量表，虽然其比较简便使用，但在实际工作中费时较多，难以推广。近年来国外有研究显示，可采用“90秒，4问题提问法”筛查抑郁（表1），如回答皆为阳性，则建议需做进一步精神检查或转诊专科医师诊治，其诊断敏感性高达96%，特异性为57%~67%。（Psych Health.2016,232:15）

表1 抑郁症状的简易筛查

问题	阳性
过去几周（或数月）是否感到无精打采、伤感，或对生活的乐趣减少了？	是
除了不开心之外，是否比平时更悲观或想哭？	是
经常有早醒吗（事实上并不需要那么早醒来）？	每月超过1次以上为阳性
近来是否经常想到活着没意思？	经常或“是”

治疗

药物与心理治疗并重

根据指南，抗抑郁治疗的目标在于尽可能早期诊断，及时规范治疗，控制症状，提高临床治愈率，最大限度减少病残率和自杀率，防止复燃及复发。成功治疗的关键需要彻底消除临床症状，减少复发风险；提高生活质量，恢复社会功能，达到真正的临床治愈。

围绕治疗的目标，抗抑郁治疗需要涵盖急性期治疗控制症状、巩固期治疗预防复燃、维持

期治疗预防复发。针对具体的患者以及医师的经验，可选择不同的治疗方案（如药物治疗、心理治疗和物理治疗等），但最常用的方案仍推荐药物治疗。

指南推荐的一线抗抑郁药包括选择性5羟色胺再摄取抑制剂、5羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂等。根据中国国情，对中草药在轻中度抑郁症中的使用也予以一定推荐。

因为抑郁症的发生和复发与心理社会因素密切相关，因此常有必要心理治疗单用或与药物治疗合用，优先推荐人际心理治疗和认知行为治疗。

但需注意，心理治疗一旦考虑使用，必须有机地整合到抑郁症患者的精神科治疗方案之中，而不是独立于整个治疗方案之外；另外，心理治疗师必须具备一定资质、技能与受训经历。