



抑郁障碍（抑郁症）



吴美媛
文库

谁会患抑郁症?

- 无人能幸免
 - 亚伯拉罕·林肯 (美国第16任总统, 1861~1865年)
 - 狄奥多·罗斯福 (美国第32任总统, 1882~1945年)
 - 文生·梵高 (荷兰后期印象派画家, 1853~1890年)
 - 文斯顿·丘吉尔 (英国1940~45, 1951~55年首相, 1874~1965年)
 - 玛丽莲·梦露 (美国影星)
 - 瓦尼斯特·海明威 (美国小说家, 1954年诺贝尔文学奖得主, 1899~1961年)
- 这个名单可以更长
 - 总统 (理查德·尼克松, 美国第37任总统, 1913~?)
 - 王妃 (英国黛安娜·史宾沙)
 - 将军 (美国乔治·巴顿)
 - 科学家 (普里摩·利未, 萨尔瓦多·路里亚)
 - 首相 (文斯顿·邱吉尔, 麦那切恩·比金)
 - 运动家 (泰·柯伯)
 - 舞蹈家 (瓦斯罗夫·尼金斯基)



古今中外很多名人因抑郁而自杀

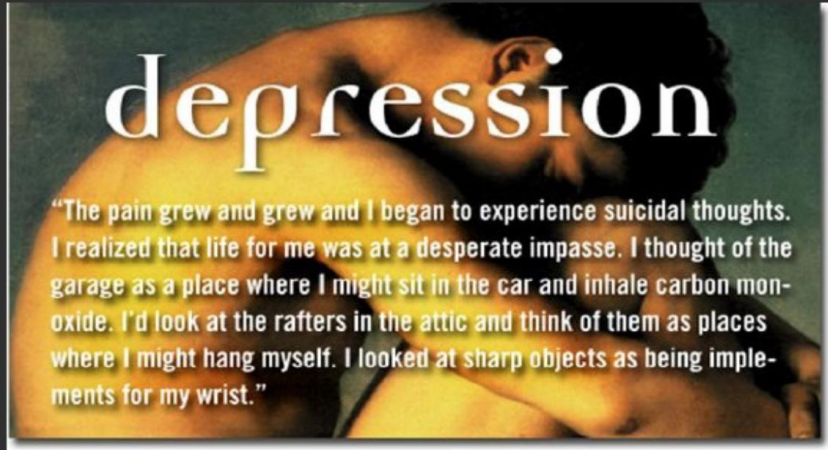
- **海明威**，美国著名作家。在和高血压、糖尿病等痼疾“搏斗”后于1961年7月用双管猎枪结束了自己的生命。
- **亚里士多德**，希腊著名哲学家。于公元前322年在厄里帕海峡跳海自杀，终年62岁。据说他自杀时说道：“愿厄里帕的水吞没我吧，因为我无法理解它。”
- **川端康成**，日本著名作家，诺贝尔文学奖获得者。于1972年4月16日深夜自杀身亡。
- **梵高**，著名印象派画家。一生穷困，枪击腹部杀身亡。



- 三毛，台湾著名女作家，剧作家。自杀身亡。
- 陈宝莲，香港著名艳星。因产后抑郁症于2002年在上海跳楼自尽。
- 张国荣，香港著名歌星，影星。因抑郁症等原因于2003年4月1日跳楼自尽，成为当月最大新闻。

-





什么是抑郁症？



- 抑郁障碍或称抑郁症（depression）
- 国际疾病分类又将之称为depressive disorder（抑郁障碍）
- 抑郁障碍是一种非常常见的精神障碍，主要归类为心境障碍



- 抑郁症是一种常见的**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，常伴有相应的认知和行为改变，严重者可出现**自杀念头和行为**。多数病例有反复发作的倾向，每次发作大多数可以缓解，部分可有残留症状或转为慢性。



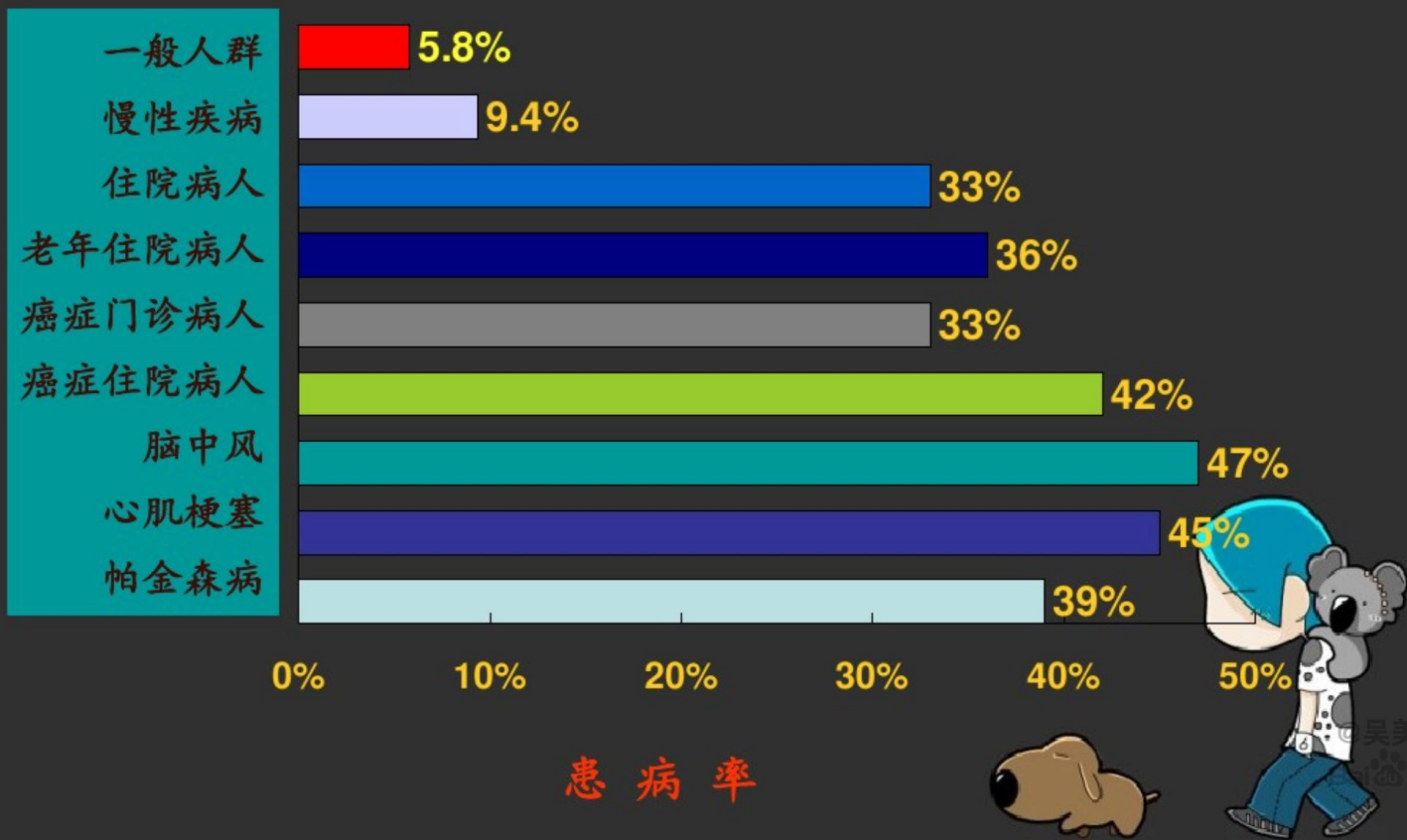
吴美媛
文



- 据WHO比较保守的估计，抑郁症在人群中的时点患病率为3%。据此推算，目前全世界约有3.4亿人受其影响，我国抑郁症的现患人数约为3600万
- 此时此刻，全世界至少有1/50低于12岁的儿童、1/20的青少年、1/10的男性和1/4的女性成人曾经或正在发生抑郁障碍
- 人群中约有一半抑郁障碍病例尚未被识别和治疗
- 有10%~15%抑郁障碍病人已自杀



不同人群抑郁障碍的患病率



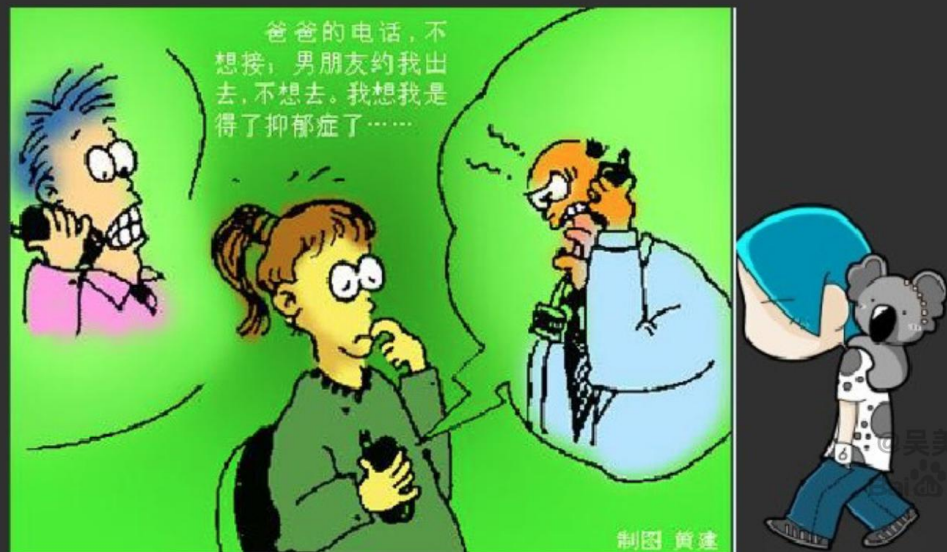
患病率的高低与教育水平、收入、婚姻、种族无关。

女性患病率约为男性的两倍。

患病的高峰年龄为25~44岁。



- 虽然抑郁症的患病率比较高，但是大致只有**1/3**的程度较重的抑郁症患者到专业医疗机构寻求诊断治疗。





为什么会患抑郁症？



- 迄今为止，抑郁症病因与发病机制还不明确，也无明显的体征和实验室指标异常，概括的说是生物、心理、社会（文化）因素相互作用的结果。
- 比较常见公认的病因假设包括：



吴美媛
文库



- (1) 遗传因素：大样本人群遗传流行病学调查显示，与患病者血缘关系愈近，患病概率越高。
- 一级亲属患病的概率远高于其他亲属，这与遗传疾病的一般规律相符。
- 本病的遗传方式尚未获证实，目前多倾向于多基因遗传模式。



吴美媛
文库



- (2) 生化因素:
- 5-羟色胺 (5-HT) 假说 (较为肯定)
- 去甲肾上腺素 (NE) 假说
- 多巴胺 (DA) 假说
- 主要指抑郁症的发生可能与大脑突触间隙神经递质5-羟色胺 (5-HT) 和去甲肾上腺素 (NE) 及多巴胺功能活动下降有关



- (3) 心理—社会因素：各种重大生活事件突然发生，或长期持续存在会引起强烈或者（和）持久的不愉快的情感体验，导致抑郁症的产生。
- 神经内分泌功能异常
- 脑电生理变化
- 神经影像改变



如何识别抑郁症？



抑郁障碍的主要特征

抑郁障碍的症状学

抑郁发作的分类

症状条目

1、核心症状

情绪低落（无望、无助、无用）

兴趣缺乏

乐趣丧失

2、心理症状群

精神运动迟滞（思维、行为）

激越（思维、行为）

焦虑



3、躯体症状群



- 自责自罪
- 精神病性症状
- 认知症状（注意力和记忆力下降）
- 自杀观念和行为
- 睡眠障碍（失眠、早醒）
- 日夜节律改变
- 食欲减退，体重下降
- 性功能障碍
- 便秘
- 疼痛综合征
- 肌张力增高
- 心动过速



三. 临床表现

(一) 痛苦情感

1. 抑郁心境：悲伤、痛苦、沮丧

- 核心症状，但非诊断所必须；
- 无明显原因，或牵强附会的原因；
- 强度、持续时间、范围不同于丧亲、失败所产生的不愉快情绪；
- 患者心情沉重，没有原因流泪，或处于麻木痛苦状态。



- 2 焦虑

- 最常见的症状之一；
- 体验：不安的预兆，好象可怕的事情将要发生；
- 植物神经系统症状：如口干、心悸、发抖、出汗、面部潮红、胃部不适、窒息感、呼吸困难、头晕眼花等；
- 伴随认知内容：危险、丧失、耻辱将临、亲友即将死亡等。



- **3 激越**

- 指运动不安的严重焦虑；
- 不能安静：如不停绞手指，或慌乱的找一件物品，或不断地变换位置，或不停地走动，严重时完全不能坐下来；
- 体验：焦虑不安、慌乱，“总想做什么，又不知做什么”。



- 4 易激惹

- 指当面临挫折时，产生烦恼和愤怒的阈值降低。
- 表现：自我压抑、争吵、争辩、吼叫、情绪失控、毁物、暴力行为等。



吴美媛
文档



- 5 情绪波动

- 50%的患者情绪变化有节律性；情绪变化非常突然、剧烈；
- 大多数上午情绪差，部分患者下午三、四点钟或晚上情绪最低；



(二) 精神活动抑制

1. 快感丧失

第二个常见症状，核心症状之一；

表现：

- 失去享受快乐的能力，“一种丧失情感的感觉”，“可怕的空虚”；
- 即使有高兴的事，后受到表扬，或从事爱好的活动也体验不到快乐。
- 与知觉迟钝、人格解体、现实解体、情感体验不足或精力丧失相连。



2. 精力丧失

- Kraepelin: “艰难地捱过一天又一天，缺乏精力和能量。不能振奋起来，也不能工作，不得不强迫自己干每一件事情，哪怕是最小的事情也要花巨大的努力，即使每一天最常见的事务，起床、穿衣、梳洗也要通过艰难的努力才能去做”。
- DSM-IV, ICD-10重性抑郁症一个诊断条目。



3. 运动迟滞

- 50%抑郁症患者；
- 表现：行动迟缓，如走路缓慢、或呆坐不动、或言语缓慢、每个词之间停顿很长。
- 精神活动抑制的核心表现之一。



4. 思维迟钝

- 表现：难于做决定，思维反刍，注意保持困难；
- 或思维启动、组织、回忆困难；
- 患者感到头脑中充满了许多思绪，新思绪不断涌现导致思维混乱；
- 思考最简单的事情也犹豫不决，甚至完全没有反应。



5. 兴趣丧失

- 表现：兴趣爱好的范围减少、强度减弱；
- 涉及：工作、生活，消遣娱乐、探求知识、对衣食和外表的追求等。



(三) 躯体症状

1. 食欲/体重下降

- 表现：对食物缺乏兴趣，觉得食物没有味道，不觉得饥饿；
- 轻者不想进食，重者完全拒绝进食；
- 拒食可继发与食物有毒的幻觉和妄想；
- 拒饮则可迅速威胁生命；
- 体重下降标准：一月内 $\geq 5\%$ ，或持续数月每月下降2磅；
- 10%患者体重明显增加，伴睡眠增多。



2. 睡眠障碍

- 入睡困难：上床后超过1小时才能入睡，严重者要2小时以上；
- 中段睡眠障碍：睡眠过程中经常醒来，醒后再难入睡，或到应起床时才能入睡；
- 早醒：多见于忧郁型，比平时提前1小时以上醒来，提前2小时以上醒来称严重早醒。
- 睡眠增多，或睡眠节律紊乱，即白天睡眠多。



3. 性欲缺乏

- 表现：性交频率减少，或勉强应付，草率了事，男性阳痿、女性性乐缺乏；
- 女性严重者并发闭经；
- 极少数患者性欲增强；
- 很少主动谈及，需要交谈技巧。



4. 非特异性躯体症状

- 表现：头痛头晕、全身疼痛、周身不适、胸闷、心慌气短或胸前区痛、胃肠功能紊乱、尿频尿急等。
- 与疑病症区别：只诉说这类症状，希望得到治疗，并未产生疑病观念，认为自己得了不治之症。
- 长期在综合医院门诊治疗；
- 综合医院被诊为各种植物神经功能紊乱。



(四) 思维内容障碍

1. 自罪观念和自罪感

- 75%患者存在；
- 病理性自罪感：对一些很小的事情责怪自己，有时明知过分，但不能克制；
- 罪恶观念：感到别人在指责自己，或已受到起诉，可有自知力，严重时演变为罪恶妄想；
- 罪恶妄想：罪恶观念的严重发展。



2. 无价值感和自我贬低

- 即自我评价降低：
- 表现：过分低估自己的能力和价值，认为自己在各方面都是失败者。
- 严重者：认为自己一无是处，一钱不值；
- 贫穷妄想



3. 疑病

- 有许多理由感到自己患了躯体疾病；
- 将焦虑发作时的植物神经症状视为自己患躯体疾病的表现；
- 疑病观念：预期的焦虑和担心，悲观、强烈怀疑自己患了某种疾病；
- 疑病妄想：即使有证据否定患病，仍不能动摇自己患了不治之症。



4. 自杀

抑郁症患者约50%出现过

10~15%死于自杀

自杀观念-自杀行为-反复自杀-扩大性自杀

关于扩大性自杀：杀死亲人后再自杀。

特点：疾病高峰期，缓解期，具有隐蔽性，
计划性。



4. 自杀

- 发展过程：无望-厌世-自杀观念-自杀企图-自杀行为
- 无望：前途无望、疾病治愈无望等；
- 厌世：觉得生活没有意义；
- 自杀观念：出现自杀的想法；
- 自杀企图：准备自杀；
- 自杀行为：付诸行动。



5. 精神病性症状

- 主要指幻觉、妄想；
- 与心境相和谐的 (mood-congruent)：
如罪恶妄想、无价值妄想、躯体疾病妄想、
虚无妄想，嘲弄性或谴责性幻听；
- 与心境不和谐的 (mood-incongruent)：
如被害妄想、自我援引妄想，没有情感色
彩的幻听等。



5. 精神病性症状的特点

- 持续时间短；部分患者可持续很长时间；
- 部分存在一定自知力；
- 多与心境相协调；
- 现实性或非荒谬性；
- 非原发妄想，或非许友新定义的经典妄想；



(五) 体验症状

1. 人格解体

- 较少见，一旦出现，则较为严重；
- 表现：感到自己不真实、濒临死亡的感觉、或象一块木头，；
- 极其难受，但难以用语言描述；
- 一般具有自知力；
- 注意鉴别：感知综合障碍、变形妄想、**虚**无妄想。



2. 现实解体

- 较少见；
- 表现：感到周围环境缺乏色彩，人和物都在故意隐瞒感情，或任何事物均是人造的，象舞台布景，缺乏生机；
- Lewis (1) 环境感知的变化；
(2) 意识状态改变，如迷惑；
(3) 对生动表象的回忆能力丧失；
(4) 时间体验改变。



3. 强迫症状

- 通常是抑郁发作前的前驱症状；
- 表现：强迫检查和强迫重复、强迫整理、强迫思维、强迫清洗、强迫性穷思竭虑、强迫性不完美感；
- 核心：体验到这些想法或冲动出自自身，并且意识中反对，但必须接受并屈从。



4. 癡症性症状

- 抑郁症中常见；
- 表现：耳闻噪声、背部痉挛、细微的癫痫样小发作、舞蹈样抽搐、夸张的言辞、及情感爆发等；
- 如是病前癡症样人格表现，治疗困难；
- 或强烈依恋和占有欲行为模式重现。



(六) 抑郁性木僵综合征

- 表现：不语不动躺在床上、胆怯退缩、
或无目的违拗、不进食但可喂食、
或对周围环境无任何反应；
- 严重精神抑制的极端形式；
- 缓解后记忆“非常模糊或完全消失”。



抑郁性疾病的临床分类

- 🚚 原发与继发性抑郁
- 🚚 精神病性和神经症性抑郁
- 🚚 单相抑郁和双相情感障碍的抑郁发作
- 🚚 抑郁障碍的其他类型
- 🚚 抑郁障碍的特殊类型

抑郁症至少有**10%--20%**的患者可出现躁狂发作，此时应诊断为双相障碍。



抑郁障碍的特殊类型

- 产后抑郁
- 季节性情感障碍
- 焦虑抑郁混合综合征
- 原发性和继发性抑郁障碍
- 隐匿性抑郁
- 退行性抑郁障碍（更年期抑郁障碍）
- 有紧张症表现的抑郁发作
- 不典型抑郁障碍
- 亚临床抑郁



- 严重抑郁症的表现较多但变化不大，轻度抑郁症的表现会不断变化
- 抑郁症表现痛苦的情感，还往往伴有躯体问题
- 在我国，临床上可同时见到多种诊断，
 - 抑郁症
 - 抑郁性神经症
 - 神经衰弱
 - 神经官能症



“神经衰弱”中抑郁症占多少？

按照美国标准对按我国标准诊断为“神经衰弱”的病人进行再诊断：

A Kleimann : 87% = 抑郁症。

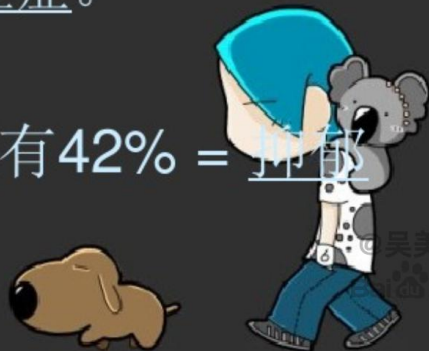
6% = 抑郁性神经症。

张明园: 70% = 单相或双相抑郁症,

10% = 抑郁性神经症。

杨权: 58% = 抑郁症。

内科医生诊断为“神经症”的病人有42% = 抑郁症



综合性医院抑郁症

精神症状——“**隐匿**”

躯体症状——“**凸现**”



患者不愿意到精神病院就诊。
临床医生多注意到躯体症状，忽视
隐匿的精神症状，对抑郁症状的识
别率低。





如何诊断抑郁症？



抑郁症诊断标准

- ICD-10
- DSM-IV
- CCMD-3



ICD-10抑郁发作诊断标准

(一) 抑郁发作的一般标准

1. 抑郁发作须持续至少2周；
2. 在病人既往生活中，无符合轻躁狂或躁狂标准的发作；
3. 不是由于精神活性物质或器质性精神障碍所致。



(二) 抑郁发作的核心症状

1. 抑郁心境：肯定异常，存在于一天中大多数时间，且几乎每天如此，基本不受环境影响，持续至少2周；
2. 兴趣丧失，或缺乏乐趣；
3. 精力不足或过度疲劳。



(三) 抑郁发作的附加症状

1. 自信心丧失和自卑；
2. 无理由的自责或过分和不适当的罪恶感；
3. 反复出现想死或自杀念头，或自杀行为；
4. 思维或注意能力降低，如犹豫不决或踌躇
5. 精神运动性改变，激越或抑制；
6. 任何类型的睡眠障碍；
7. 食欲改变（减少或增加），伴体重变化；



(四) 躯体综合征

1. 兴趣丧失或失去乐趣；
2. 情感反应缺乏；
3. 比通常早醒2小时以上；
4. 早晨抑郁加重；
5. 明显的精神运动性抑制或激越的客观证据；
6. 食欲明显丧失；
7. 体重减轻（上月体重的5%以上）；
8. 性欲明显丧失。



(五) 抑郁发作的亚型

根据严重程度分轻度、中度、重度；

1. 轻度：核心症状至少2条，核心和附加症状共计至少4条；
2. 中度：核心症状至少2条，核心和附加症状共计至少6条；
 - (1) 不伴躯体综合征；
 - (2) 伴躯体综合征：躯体综合征至少4条。



吴美媛
文档



(五) 抑郁发作的亚型

3. 重度：具有全部3条核心症状，核心与附加症状共计8条；

(1) 伴精神病性症状：幻觉、妄想

A. 与心境和谐；

B. 与心境不和谐；

(2) 不伴精神病性症状。



ICD-10复发性抑郁障碍

症状学标准与抑郁发作相同

(一) 一般标准

1. 既往曾有至少一次抑郁发作，可为轻度、中度或重度，持续至少2周，与本次发作之间至少2个月的间隙期；
2. 既往无符合标准的轻躁狂或躁狂发作；
3. 非精神活性物质或器质性精神障碍所致。



(二) 复发性抑郁障碍的亚型

根据目前发作状态：

1. 复发性抑郁障碍. 目前为轻度发作；
2. 复发性抑郁障碍. 目前为中度发作；
3. 复发性抑郁障碍. 目前为不伴精神病性症状的重度发作；
4. 复发性抑郁障碍. 目前为伴有精神病性症状的重度发作；
5. 复发性抑郁障碍. 目前为缓解状态。



(三) 恶劣心境

类似于传统分类中的抑郁性神经症

- A. 至少2年内抑郁心境持续存在或反复出现，其间的正常心境很少持续几周，无轻躁狂发作期；
- B. 在此2年期间的抑郁发作，无或极少在严重程度或持续时间上符合轻度抑郁发作标准；



(三) 恶劣心境

C. 在某些抑郁期内，至少有下列症状之三：

- (1) 精力或活力减少；
- (2) 失眠；
- (3) 自信心丧失或感到自信心不足；
- (4) 集中注意困难；
- (5) 经常流泪；
- (6) 性活动或其他乐事中失去兴趣和乐趣



(三) 恶劣心境

- (7) 无望感或绝望；
- (8) 感到无能力承担日常生活中常规责任；
- (9) 对前途悲观或沉湎于过去；
- (10) 社会退缩；
- (11) 言谈比平时少。



五. 抑郁症的几个分类概念

1. 重性抑郁症 / 轻性抑郁症

(1) 重性抑郁症 (major depression):

- DSM-III概念; 完全发作的抑郁症;
- 标准与ICD-10、CCMD-3接近;
- ICD-10分轻、中、重三型。

(2) 轻性抑郁症 (minor depression):

- 常指恶劣心境和环性心境障碍;
- DSM-IV: 症状不符合重性抑郁症、病程不符合恶劣心境, 持续时间超过2周。



2. 经前期心境恶劣障碍

- DSM-IV概念：发生率2~10%；
- 情感症状：情绪不稳、焦虑、兴趣下降、易疲劳、注意不集中、进食和睡眠障碍；
- 躯体症状：乳房胀痛、水肿和头痛；
- 症状在月经开始或结束时缓解，多数周期出现，每个周期中至少1周无症状；
- 治疗：妊激素补偿。



3. 季节性情感障碍

- 反复发生于某个季节，主要是冬季；
- ICD-10暂行标准：
 - A. 连续3年或更长时间，产生3次或更多的心境障碍发作，每年起病于相同的90天内；
 - B. 缓解也发生于每年特定的90天内；
 - C. 季节性发作次数显著多于非季节性发作；
- 季节性抑郁多见，北欧国家；
- 与冬季日照时间显著缩短有关；
- 治疗：光疗。



CCMD-3 抑郁发作诊断标准

- 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。
- 1、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。



CCMD-3 抑郁发作诊断标准

2. 严重标准

社会功能受损，或给本人造成痛苦或不良后果

3. 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

4. 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



- 按照中国精神障碍分类与诊断标准第三版 (CCMD—3)
- 根据对社会功能损害的程度抑郁症可分为轻性抑郁症或者重症抑郁症;
- 根据有无“幻觉、妄想, 或紧张综合征等精神病性症状”, 抑郁症又分为无精神病性症状的抑郁症和有精神病性症状的抑郁症;
- 根据之前(间隔至少2个月前)是否有过另1次抑郁发作, 抑郁症又分为首发抑郁症和复发性抑郁症。



抑郁症的诊断与鉴别

- 抑郁症的诊断主要依靠诊断标准和量表的评定
 - 诊断标准包括症状学标准、病程标准、严重程度标准和排除标准
 - 量表的评定更方便、直观（尤其是症状的严重程度）



吴美媛
文库



注意具有以下高危因素的患者：

1. 既往有抑郁发作史或焦虑发作史；
2. 家族中有抑郁症患者；
3. 病前或病中存在应激创伤性生活事件；
4. 目前正处于产后时期；
5. 存在躯体疾病（脑卒中，帕金森并或多发性硬化）；
6. 存在物质滥用（如烟酒等）；
7. 社会经济条件差；
8. 老年人或女性。



提高抑郁障碍识别率的要点

1. 在倾听躯体诉述时不要忽略情绪表现
2. 注意识别病理的心境与正常的情绪反应
3. 注意大量的躯体症状可能掩盖了抑郁心境
4. 注意显著的紧张焦虑掩盖了抑郁心境
5. 不要将抑郁心境当作是对严重的躯体疾病的反应
6. 不要将抑郁心境看作是对环境的反应
7. 熟悉对抑郁症的诊断标准和处理原则
8. 注意合病诊断原则



临床检查和诊断抑郁障碍的实用提纲

- 首先，临床症状是否有抑郁症状？
- 如果是，是否足以构成抑郁综合征？
- 能否排除其他障碍和居丧反应，现在是否存在抑郁发作？
- 发作是轻度，还是重度？
- 是否有精神病性症状？
- 如果有，是否与情绪协调？发作是否有忧郁（躯体症状）？
- 有无其他特点（激越、迟滞、惊恐发作、强迫和癔症特点）？
- 发作是否有慢性化趋势，是否持续超过两年？
- 是否为单一发作，或本次发作属反复发作或双相发作中的一次？
- 如果抑郁症状不符合抑郁综合征或抑郁发作，病人是否有心境恶劣，环性心境障碍或复发短暂性抑郁障碍？是否为一次抑郁发作的部分缓解？



鉴别

功能性抑郁

- 原因不明
- 有家族史
- 有生物学症状
- 有发作史
- 抗抑郁药

器质性抑郁

- 躯体因素
- 无家族史
- 无生物学症状
- 无发作史
- 躯体疾病好转而减轻



吴美媛
文库



鉴别

神经症性抑郁 (恶劣心境)

- 有心理因素
- 病程长达2年
- 抑郁症状有起伏
- 无家族史
- 无自杀
- 不影响工作

重性抑郁

- 无明显原因
- 病程2周
- 抑郁症状无起伏
- 有家族史
- 有自杀 (10~25%)
- 影响工作



抑郁症的评定量表是临床诊断与评估过程中有用的工具

- Hamilton抑郁量表（HAMD）最为流行
- 抑郁自评量表（SDS）
- Montgomery-Åsberg抑郁量表（MADS）
- 流调用抑郁自评量表（CES-D）
- 应该注意，在使用量表时，**必须结合病史、精神检查，并与诊断标准和定式检查相配合，才能发挥其应有的作用**



吴美媛
© 文档





- 抑郁症是一种常见的疾病
- 抑郁症有三大症状群：核心症状，心理症状群，躯体症状群
- 抑郁症的诊断主要依靠诊断标准
- 抑郁症的评定量表是临床诊断与评估过程中有用的工具
- 抑郁症至少有10%--20%的患者可出现躁狂发作，此时应诊断为双相障碍。



如何治疗抑郁症?



吴美媛
文库



药物治疗

- 抗抑郁药物（主要治疗方法）：
- 单胺氧化酶抑制剂（MAOIs）
- 三环类抗抑郁剂
- 选择性5-HT重吸收抑制剂（SSRIs）
- 5-HT和NE再摄取抑制剂（SNRIs）
- NE和特异性5-HT能抗抑郁药（NaSSAs）
- 其他抗抑郁药：安非他酮、曲唑酮等



物理治疗

- 电抽搐治疗（ECT）及改良电抽搐治疗（MECT）
- 严重消极自杀言行或抑郁性木僵
- 抗抑郁药治疗无效者



心理治疗

- 认知治疗:

- 教育阶段: 是个体认识到认知、情绪和行为之间的关系
- 行为激活或快乐事件日程安排: 增加个体生理的活动性, 以及对社交和其他有益活动的参与程度
- 认知练习: 形成并练习一些认知或行为策略, 以帮助自己进行行为假设检验或应对以前的问题情境
- 行为假设检验: 个体有意识地检验其消极假设的正确性, 并否定这些假设

- 行为治疗

- 人际心理治疗
- 家庭治疗





谢 谢 大 家



吴美媛
文库

