



# West China Psychiatry and Psychosomatic Medicine

## 西部精神医学

2012年第1期 总2期



主办单位：四川省西部精神医学协会

承办单位：山东京卫制药有限公司

# 开篇寄语

张明园

奉西部精神医学协会之令，让我为协会新办的刊物，写篇发刊词。由于多年和西部各位的交情，以及和协会间的渊源，推托不得，自然只能接令。就象是在大戏开场之前，总得有人先热一下场子，我就写几句感想，算是开场锣鼓。

记得在多年前，协会的前身“西部精神医学论坛”的第一届年会上，我曾说过：“希望西部医学论坛能办成长命的论坛”。他们做到了，从第一届办到了现在的第八届。大概是三年以后，我又在论坛上祝愿，“希望西部年会，办成品牌年会”。也做到了。会愈开愈大，到会的人愈来愈多，内容愈来愈丰满，还有许多新意和创意。现在已经成为国内学界的品牌会议之一，不少知名专家都早早地为论坛预留时间，愿意到这个舞台上一展风采。现在。协会要办一本刊物，让更多的人有更多的时间听到协会更多的声音，这也是自然不过的事。

开篇之前，我不想议论精神医学的重要性、发展西部精神卫生事业的迫切性之类的老生常谈，只想就如何把我们这本刊物办好，谈几点个人想法，仅供参考，不当之处，欢迎指正。

协会是个科学团体，办的是科学刊物，因此，选的文章要具备科学性。读者对象，主要是精神科医师以及和精神卫生服务相关的人员，选文章应该具实用性，使得大家读后有收获、有帮助。同时，发表的文章也应该有先进性，我这里所说的先进性，不一定是应用高科技的研究，更重要的是先进的理论、先进的观念、先进的知识。这里就不再展开。

刊物要有自己的个性和特点。我看了一下刊物设计的栏目，觉得还是有些特色的。既有我们学科主流的精神医学篇，也有些其它类似刊物涉及较少的心身医学篇、社会心理篇等。我觉得，协会是从论坛起步的，精神医学论坛应该成为本刊的特色之一。每次大会的论坛都有几个大家关注的话题，同一个主题请几位资深

专家发表各自的看法，传递他们的宝贵经验，展开讨论，和听众们互动。国内外刊物中，选用这种方式的不多。世界精神科协会（WPA）的世界精神科杂志（World Psychiatry），在这方面做得很成功。每期设一个论坛，请五大洲的专家撰文。该杂志创刊不久，但SCI的影响因子已经飚升至4.0以上，远高于许多老牌杂志。

刊物要办得好，得有一支核心队伍。前文已经提到，协会及其年会办得很成功，很大程度上取决于协会的班子很用心、很齐心。看得出来，协会的班子非常用心地在动脑筋、出点子，不断地总结经验，才能不断推陈出新；班子的组成成员都很齐心，大家出力，才能将想法变成行动，才能出成品、出精品。办刊也是如此，要有一批用心齐心的编者和作者，才能编出读者喜欢的刊物。

刊物是办给读者看的，否则便成为编者和作者们的自拉自唱，自娱自乐。应该了解读者们想看什么？想知道什么？出版以后，要收集读者的反馈信息，并且根据反馈，调整刊物的策略、组织和编写。据我所知，有不少刊物，特别是赠送的刊物，送到读者手中便束之高阁。以本人为例，平均每天收到一本杂志，有时只是翻了一下，甚至只看个目录便撂下了，想想真对不起编者和作者。不过，很少有编辑部来征求意见，如果来问我，我会提出意见或建议的。

我相信，以西部精神医学协会各位同道的聪明才智和勤奋，一定会办成一本象样的学术期刊，而且愈办愈好。这是我对杂志的期盼，相信也是西部同道，乃至国内同道的共同期望。

大戏即将开始，帷幕即将拉开，闹场锣鼓已经打得差不多了，大戏就要上场。西部有著名的川剧、秦腔，也有现代的西北风，加上各地来客串的角儿们的绝活，一定会精彩纷呈，乐得思蜀，我们翘首以待。

# 开篇寄语

西部精神医学协会成立于2008年，协会成立的近期目标是希望更有效地组织社会力量，在政府的指导下积极投入到5.12灾后心理康复工作。而协会的长期工作目标是希望为西部精神医学专业人员搭建一个沟通、交流的平台；促进精神医学与医学其它学科的交流与合作；将心理卫生理念引入医学其它学科，从而为促进以人为本的医学模式的建立以及促进以问题为中心的医学理念的形成做出积极贡献；此外协会建立的宗旨还在于促进西部与东部的交流与合作。学会成立的近4年中，得到了西部十一省市同行和行政领导的大力支持，同时也得到了东部，包括港、澳、台地区专家的积极支持与响应。历年举办的“西部精神医学论坛”得到医学界较为广泛的认同。目前“论坛”已经包括了社会人文心理、精神医学、心身医学等范畴的综合医学论坛。参与的学科，除精神医学以外，还包括老年医学、神经病学、内分泌学、儿科学、妇产科学、心血管医学、肿瘤科学、消化科学、睡眠医学、康复医学、医学心理学等。

鉴于此种情况，创立本刊的目的是希望以生理-心理-社会统一的医学理念，为医学临床各学科提供一个更为广泛的平台，也为国内综合医学领域与国外的交流提供一个窗口，同时也为社会的心理卫生教育提供一个有效的讲坛。希望医学界的同道共同努力创建我们共同的“心灵诺亚方舟”。 ——孙学礼

祝愿《西部精神医学》创刊成功！——赵靖平

祝愿《西部精神医学》越办越好！——谭庆荣

合作、成长、共赢！——王高华

希望协会为多学科，多层次医师提供高质量的交流平台，促进西部精神卫生事业的发展！——高成阁

祝愿《西部精神医学》扎根西部强一方，服务全国壮天下！——郑毅

祝愿西部精神医学的火种点燃全中国，照亮全世界！——李幼辉

祝愿《西部精神医学》创刊成功！——胡建

东成西就，祝西部精神卫生事业繁荣昌盛！——王立伟



主办 Published by  
四川省西部精神医学协会

协办 Cosponsored by  
山东京卫制药有限公司

名誉主编 Reputation Chief Editor  
张明园

顾问 Counselor  
周东丰 黄竞跃 吴文源  
赵靖平 罗百益

主编 Chief Editor  
孙学礼

编委 (按拼音排序) Member of Editorial  
Committee

陈红辉 陈玉龙 杜欣柏 董碧蓉  
高成阁 胡建 黄颐 黄宣银  
季建林 况利 李幼辉 陆峥  
李军 刘铁榜 刘波 李慧春  
吕路线 梅其一 毛文君 潘小平  
瞿伟 施慎逊 施琪嘉 谭庆荣  
谭友果 王高华 王学义 汪波  
徐向东 尹其忠 张迪然 周茹英  
张宁

编辑部主任 Editorial Director  
蔡曦

编辑 Editor  
张静可 孟祥才

地址: 四川省成都市人民南路三段24号四川  
教育学院内  
邮编: 610041  
电话: 028-65008111  
传真: 028-65008111  
邮箱: 1484931680@qq.com  
网址: <http://www.chinawcpa.com>

# 目录

## ● 西部精神医学协会介绍

总会介绍	01
专家风采	02
专业委员会介绍	04
1、ADHD及其相关障碍专业委员会	
2、中青年医师心身医学专业委员会	
3、女性心身健康专业委员会	
4、老年心身健康专业委员会	
附: 筹建中的专业委员会	
理事/会员单位介绍	06

## ● 名人谈生活

巴黎圣安娜精神病学和心理中心医院	周东丰 07
------------------	--------

## ● 心身医学篇

糖尿病的多学科干预	任艳 08
对糖尿病患者抑郁症状和焦虑症状的再认识	黄颐 12

## ● 精神病学篇

1、焦虑-抑郁共病研究概述	贺建华 张娜 等 14
2、女性抑郁障碍的相关问题	孙学礼 17
3、临床治愈, 仅仅是抑郁症治疗目标吗	吴莹 19
4、汶川地震不同影响地区居民精神卫生状况流行病学调查	孙倩 孙学礼 等 22

## ● 社会心理篇

1、YY也健康, 想多了就是病	23
2、管理情绪是一辈子的养生——悲秋是一种病	25
3、开车爱发火, 这病叫“路怒症”	26
4、可怕的整形执念其实是“体像障碍”	27

## ● 第九届西部精神医学论坛

论坛背景介绍及历史回顾	28
会议通知及日程安排	30
征文通知	31
论坛征集	31
保留论坛介绍	33
《西部精神医学》内刊反馈表	35
征文通知	36



# 四川省西部精神医学协会介绍

具有独立法人资格的四川省西部精神医学协会（以下简称“协会”）于2008年10月在成都成立。其前身为中西部地区联络-会诊协作组、中西部精神卫生服务联盟、西部精神医学论坛组委会。经会员代表大会的选举，聘请张明园教授担任协会的名誉会长，孙学礼教授担任协会的会长，同时聘任了多位知名专家担任副会长及理事。截止2012年，19家国内外相关知名企业成为协会的理事单位。

协会现有个人会员1000余人，20余家团体会员单位。协会总会设在成都市，同时成立行政事务部、财务部、市场项目部、政府事务部作为本会常设办事机构。

协会成立的宗旨在于促进中西部地区心身医学及精神卫生事业的交流与合作，为综合医院心身医学工作者、精神心理相关专业的工作者及社会心理工作者提供交流平台，并通过各种形式的学术交流、专业培训及网络服务，促进心身医学、精神卫生工作者的沟通，提升中西部地区心身医学和精神心理卫生服务的水平。

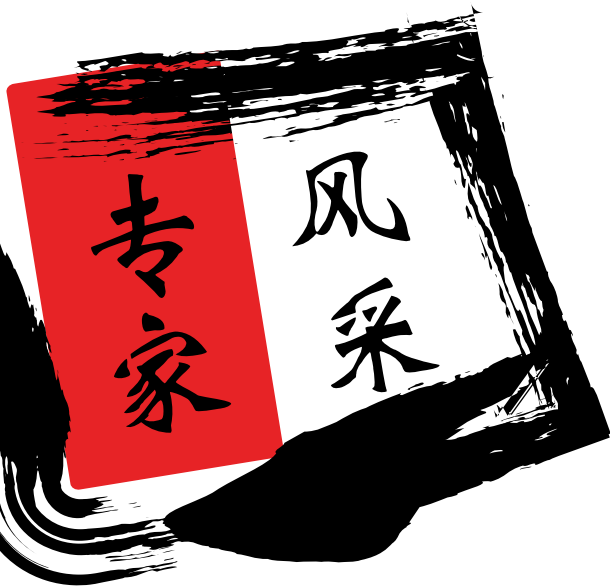
协会的主要工作内容：促进区域内心身医学精神卫生系统及其相关领域的临床研究成果、临床经验等学术交流，并在将医药新观念、新技术、新成果推广到基层，促进心身医学知识和精神卫生知识的普及；团结各级兄弟单位，形成更合理的资源互补及共享，加强区域内各单位的协作，最终共同提高中西部地区心身医学及精神卫生整体服务水平，更好的为广大人民群众服务。为了更加务实有效地开展多学科心身医学的建设，协会已经先后成立了ADHD及相关障碍专委会（涵盖儿童精神医学专业、儿科专业、儿童神经内科专业、教育学专业等）、中青年医师心身医学专委会（涵盖精神病学专业、心理学专业、神经科专业、消化科专业、内分泌科专业、泌尿外科专业、急诊医学专业、呼吸科专业、心血管专业等）、女性心身健康专委会（涵盖妇产科专业、内分泌专业、心理学专业、精神医学专业以及社会



学专业等）及老年心身健康专委会（涵盖老年健康各领域的专业范围），其他专委会正在筹建中。

每年的西部精神医学论坛是协会最高层次的学术会议，是立足西部、辐射全国的精神-联络会诊医学领域及心理领域的学术盛会，为国内外医学和社会心理研究者提供了广阔的学术交流平台，促进了我国心身疾病防治水平的提高。论坛已历经八届，涉及专业领域包括除精神科以外的多学科范围如心血管科、内分泌科、妇产科、肿瘤科、消化科等等。此外，协会还积极参与社会公益事业，开展预防宣传，普及心理科学知识，为患者提供咨询和康复指导，提高了公众的心理健康意识。

协会欢迎全世界热心于心理卫生事业的社会团体和各界人士与我们携手合作，为中国心理事业的发展、为提高全世界人民的身心健康水平做出更大的贡献。



西部精神医学协会名誉主席  
西部论坛学术委员会主席



张明园

中国残联副主席  
中华医学会理事  
中国残疾人康复协会副理事长  
中华精神科杂志名誉总编  
中国神经精神疾病杂志名誉总编  
BMJ 中文版和柳叶刀中文版编委  
澳大利亚新西兰精神科杂志国际编委  
美国临床老年杂志国际编委  
WHO/WMHS 项目顾问  
上海市精神卫生中心主任医师

西部精神医学协会主席  
西部精神医学论坛工作委员主席



孙学礼

中华医学会精神病学分会副主任委员  
国家执业医师考试命题专家委员会委员  
国家精神专科医师考试专家委员会副主任委员  
四川省精神病学学会主任委员  
中华精神科杂志副主编  
西南心理咨询师培训中心主任  
四川大学华西医院教授



高成阁

西安交通大学医学院精神与行为医学系主任、教授、硕士生导师  
西安交通大学医学院第一附属医院精神心理卫生科主任、主任医师  
中华医学会精神病学专业委员会委员  
高等教育学会医学心理专业委员会委员  
中国医师协会精神科医师分会委员  
中国心理卫生协会常务理事  
中华精神科杂志/中国行为医学与脑科杂志编委  
陕西省心理卫生协会副理事长兼秘书长  
陕西省医学会精神病学专业委员会副主任委员  
西安医学会精神病学专业委员会主任委员

哈尔滨医科大学精神卫生研究所所长、教授、主任医师、博士生导师  
哈医大附属第一医院精神卫生中心主任  
中华医学会精神病学分会常务委员  
中国药物滥用防治协会副会长  
中国药物滥用防治协会酒精滥用与酒精依赖防治研究专业委员会主任委员  
中国神经科学学会精神病学基础与临床分会委员  
中国残疾人康复协会心理康复专业委员会副主任委员



胡建

中华医学会心身医学分会委员  
《中华精神科杂志》等编委  
黑龙江省医学会精神病学专业委员会主任委员  
黑龙江省医师协会精神科专业委员会主任委员



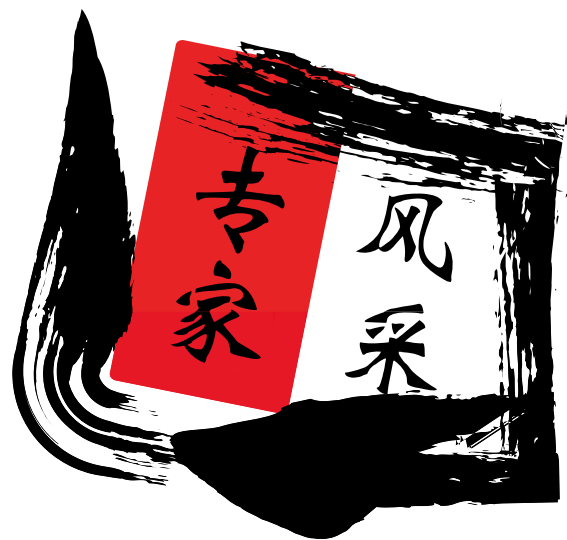
况利

重医附一院精神科副主任、教授、主任医师、硕士生导师  
中华医学会心身医学分会委员  
中华医学会行为医学分会委员  
重庆市心身与行为专委会主任委员  
重庆市生殖学会身心健康专委会副主任委员  
重庆市精神残疾专委会副主任委员  
重庆市心理学学会常务理事兼心理危机干预专委会主任委员  
重庆市老年痴呆防治协会常务理事  
重庆市计划生育协会第四届常务理事  
重庆市医学会精神病学专业会委员

郑州大学第一附属医院精神医学科主任、教授、主任医师、博士生导师  
河南省精神科医师协会会长  
河南省医学心理学会主任委员  
中华医学会河南省精神病学专业委员会副主任委员  
河南省青少年心理卫生学会副主任委员



李幼辉



谭庆荣

第四军医大学第一附属医院心身科主任、教授、博士生导师  
中华医学会精神病学分会常务委员  
中国医师协会精神病学分会常务委员  
全军医学科学委员会委员暨全军精神病学专业委员会主任委员  
中华医学会陕西省精神病学专业委员会主任委员

河北医科大学精神卫生研究所副所长、主任医师、教授、硕士生导师  
河北医科大学第一医院精神卫生中心主任  
河北省精神疾病司法鉴定中心主任  
中国心理卫生协会常务理事  
中华医学会精神病学分会委员  
中国心理卫生协会心理咨询与治疗专业委员会委员  
河北省精神科分会副主任委员  
河北省心理学会理事长  
河北省中西医结合学会精神卫生分会主任委员  
石家庄市精神心理专业委员会主任委员  
中华精神科杂志等编委



王学义

北京大学精神卫生研究所教授、研究员、博士生导师  
中华医学会精神病学分会前任主任委员  
中华精神科杂志名誉主编  
中国心理卫生杂志社社长，编辑部主任，常务副主编



周东丰



吴文源

同济大学医学院精神医学系教授、主任  
卫生部重性精神疾病管理治疗项目专家组成员  
《中华精神科杂志》副主编  
上海医学会理事  
上海市医学会精神科分会名誉主任委员  
中华医学会精神病学分会顾问  
中华医学会精神病学分会社会精神病学组组长  
上海市住院医师规范化培训专家委员会精神科专家组组长



郑毅

北京安定医院教授，主任医师  
北京心理卫生协会儿童专业委员会主任  
中国儿童心理卫生专业委员会副主任  
中国医师协会精神科分会委员  
中国神经科学会精神科分会委员  
中华医学会精神科分会儿童精神医学组主任委员  
国际儿童青少年精神医学及相关学科协会执委  
亚洲儿童青少年精神医学及相关学科协会主席  
中华精神科杂志等多家学术期刊和杂志常务编委和编委

复旦大学附属华山医院教授、主任医师、博士生导师  
复旦大学上海医学院精神卫生学系副主任  
复旦大学附属华山医院精神科副主任  
《上海精神医学》杂志常务副主编兼编辑部主任



王立伟

教授，主任医师  
中南大学湘雅二医院精神卫生研究所副所长。  
中华医学会精神科分会现任主任委员  
《中华精神科杂志》主编  
《国际精神病学杂志》和 10 多家专业杂志的编委  
亚洲神经精神药理学学院 (AsCNP) 执委和国际双相障碍学会 (ISBD) 执委  
精神分裂症国际研究学会 (SIRS) 会员



赵靖平

更多精彩下期继续...





## ADHD及其相关障碍专业委员会

ADHD及其相关障碍专委会成立大会暨第一次工作会议于2011年7月15日在昆明成功举行，该专委会的成立旨在促进中西部地区ADHD相关知识的普及、提高规范化诊治水平、促进中西部地区相关领域间的沟通交流。专委会会议选举黄颐为第一届主任委员，周茹英、罗蓉、高成阁、蒙华庆为副主任委员，目前已有委员21人。ADHD专委会所主持的“ADHD——一生的关注”论坛在第八届西部精神医学论坛评选中获得论坛一等奖，同时获取在第九届论坛继续“开坛”的入场券。

## 中青年医师心身医学专业委员会

2011年7月23日在成都索菲特万达酒店举行了“四川省西部精神医学协会中青年医师心身医学专委会”成立大会，该专委会的宗旨是集结中青年医师为常见疾病的多学科干预模式建立、寻求恰当的临床、医学教学途径。第一届专委会主任委员由周茹英当选，李静（重庆）、周波当选副主任委员。杨友松、郑健、陈鸣、卢一平教授被特聘成为专委会顾问。



2011年12月25日中青年医师心身医学专委会CNS学组成立会议在成都胜利召开，组长由周波担任，副组长由王伟文、吴碧华、康林、刘平四人担任，指导顾问由施琪嘉、杨友松、张涛、张岚四人担任。



## 女性心身健康专业委员会

2011年9月15日，女性心身健康专委会成立大会在成都天使宾馆成功召开。会议通过杨彦春为主任委员，白文佩、胡峻梅、邓红、许良智为副主任委员。

2012年3月31日，女性心身健康专委会首次学术年会在成都世代锦江国际酒店会议厅隆重开幕。协会会长孙学礼和省内外20余名专家出席了会议，参会人数达到150余人。本次学术年会的主题是：关爱女性心身，健康幸福一生。会议获得圆满成功，探讨了以“更年期抑郁”“美丽乳房”“女性在婚姻中的角色”等女性健康不可忽视的话题。



## 老年心身健康专业委员会



2011年10月14日，四川省西部精神医学协会老年心身健康专委会成立大会在成都太成宾馆成功召开。成立大会通过董碧蓉为主任委员，陈平、甘华田，张新军、雷建国为副主任委员，白松、王晓明为特邀副主任委员。

次日，专委会召开了第一次学术会议“西部老年心身疾病与健康研讨会”。进行了“睡眠与心身健康”、“重视老年人的临床心身疾病”、“老年心血管疾病伴发情绪障碍的识别和处理”、“老年痴呆的诊治进展”四个专题讲座，之后由华西医院老年科岳冀蓉教授提供了病案，与会专家针对病因及治疗进行了积极讨论，为患者制定了下一步的治疗计划。

### 筹建中的专业委员会

睡眠健康专委会

疼痛专委会

肿瘤心神医学专委会

护理心理专委会

精神科临床量化评估专委会

司法精神病学专委会

伤残心身医学康复专委会

消化心身健康专委会

**不同关注、同等精彩**  
**让我们期待...**

# 协会理事/会员单位介绍

凡拥护本会章程，热心支持本会建设和学科发展，积极参加本会活动，支持本会工作，并且具有一定社会影响，有一定科技人员数量的医、教、研机构或医药企业单位均有条件申请成为本协会的理事/会员单位，截止2012年3月，已有18家国内外知名企业成为协会的理事单位，4家企业和医疗机构成为协会会员单位，更多单位和机构正在积极加入中。

意愿加入协会理事/会员单位者需要填写《四川省西部精神医学协会会员申请表》(www.chinawcpa.com)

申请参加本协会。通过申请和审批，符合上述条件的单位，即可取得团体会员资格。成为本协会团体会员的单位，在自主申请，自愿缴纳会费的前提下经由协会常务理事会讨论，报备上级主管部门复核后成为协会理事/会员单位，并颁发相应证书。协会理事/会员单位每届任期四年，期限内执行统一的相应会费标准。理事/会员单位若连续一年没有参与任何协会活动或未能缴纳会费，则经常务理事会讨论通过，准予取消其资格。

理事单位是具有与协会理事同等权利义务的机构(单位)，其权责如下陈述。会员单位享有除参与章程修改等决议和选举权外的其它权利。

## 权利:

1. 理事单位有权参加协会的理事大会及会员大会，对协会章程进行修改和执行的监督，有权推荐和选举理事及常务理事；

2. 理事/会员单位有权组织或参与协会机构发展，如在符合机构发展标准前提下组建或参与专业委员会、分会等机构；

3. 理事/会员单位有权参与协会的重大活动、提出建议和意见并享受相应的优惠政策。如参与协会学术年会(西部精神医学论坛)获专业人员优惠价格参会、一定免注册参会名额、免费设置展台、参与论坛申请、参与年会举办地投票和年会会务组织等；

4. 理事/会员单位有权在总会的指导下申报科研项目；

5. 理事/会员单位有权在总会的指导下组织或以优惠价格参与与专业相关的继续教育项目。

## 义务:

1. 协会理事单位有义务出席协会的理事大会及会员大会，对协会的发展献计献策；

2. 理事/会员单位有义务按时缴纳会费；

3. 理事/会员单位有义务组织发展协会会员；

4. 理事/会员单位有义务组织会员参加协会重大活动；

5. 理事/会员单位有义务派遣相关人员参与协会各种活动的组织和筹建。

## 单位名录(截止2012年3月31日)

### 理事单位:

江苏豪森药业股份有限公司  
重庆圣华曦药业股份有限公司  
辉瑞制药有限公司  
上海中西制药有限公司  
成都康弘药业集团股份有限公司  
杭州默沙东制药有限公司  
阿斯利康(无锡)贸易有限中国  
西安杨森制药有限公司  
葛兰素史克(中国)投资有限公司  
礼来国际贸易(上海)有限公司  
浙江华海药业股份有限公司  
拜耳医药保健有限公司  
灵北(北京)医药信息咨询有限公司  
诺凡麦医药贸易(上海)有限公司  
山东京卫制药有限公司  
湖南省湘中制药有限公司  
雅培贸易(上海)有限公司  
住友制药(苏州)有限公司

### 会员单位:

江苏恩华药业股份有限公司  
湖南洞庭药业股份有限公司  
广元市精神卫生中心  
自贡市精神卫生中心

## 名人谈生活

巴黎圣安娜精神病学  
和心理中心医院

周东丰

今年9月去了巴黎，开一个国际会议。令人特别激动的是参观了一家我们同行的医院。我们开会住的酒店就在这所医院的一侧，医院的大门在酒店右手边一个不起眼的巷子里。前一天，我们在酒店门口酒吧里吃宵夜聊天，两次被救护车呼叫声打断。问起酒吧老板，才知道这是送那些患了精神病需要紧急治疗的人去附近这所圣安娜医院。

我们找了机会，通过巴黎的某些机构联系，才被同意到医院参观。医院的门是人们想象不出的简朴，比我自己工作的医院要简朴很多。当然，医院并非因此不知名，要不怎么不断有急诊往这里送呢。这里有400张病床，此外这里还作为中心医院为巴黎各个区的精神专科医院提供技术支持。包括培训医师、护士、会诊和接受转诊。

很大一个院子，前院基本上是对外开放的，社区的人可以到这里散步，有些老人或孩子被车推着在这个闹中取静的院落里散步。高达数层楼的法桐树给院落带来凉爽，据说这些树就是在百年前栽种的，和医院的年龄一样老，但还是生机勃勃。院里还有一些雕塑，其中一件是个飘飘欲飞的少女，正是一位艺术家患者在这里获得康复后送给医院的作品。

和一般的收住精神病人的医院一样，我们参观者是不能进入病区的。

我们先被请进医院的图书馆。这里有着百年的藏书和杂志，有法文也有英文。主人自豪地说这是法国精神病学藏书最丰富的地方。图书馆有几层楼，即便如此，还是不能收进所有的专业书和期刊。我们处于信息爆炸时代。这里现在也使用电子图书期刊系统，馆员慷慨地

给了我一个网址，我猜大约不会用得着。我检索文献还是通过北大图书馆就免费获得了，他们的付费下载，我大概出不起钱。有些在法国精神病学历史上起过里程碑作用的人物的肖像在这里展示，例如第一个提出把精神病人当做病人而不是妖魔附体的怪物，给他们以病人的照料而不是虐待。因为这个理念而建立的巴黎第一家精神病院，为患者服务至今。

我们又去了医院的博物馆，馆长特地用午休时间为我们介绍了医院的历史，其实也是一部西方精神病学发展史。我们可以看到没有有效治疗的19末至20世纪初，约束冲动病人用的衣服，把病人双手用衣服固定在身体两侧，即便想攻击人或毁坏物品，也无能为力了。以后，有了胰岛素昏迷治疗，病人被胰岛素注射后先发生抽搐，然后昏睡，醒来就安静下来。和我们医院曾经实施的胰岛素昏迷治疗不一样，我们这里治疗中没有抽搐。还有很多种电休克仪，有治疗中保护病人防止咬伤舌头用的牙垫和防止骨折由很多人按住病人手脚的照片。还有很多照片的针、细长的探针和刀。这是20世纪40年代以来广泛使用的脑外科手术治疗的工具。看照片令人称奇，实施手术的医生不穿手术衣，不带帽子和口罩。病人麻醉后一根金属探针从双眉之间用锤子向内上方敲进去，然后就用来拨断两个大脑半球连接的胼胝体，手术就完成了。手术如此简单，一个医生一天要做几十个病人。这样的手术谈不上使病人康复，却可以使有破坏行为的病人安静下来。当然他也许从此丧失了创造力和事业心，成为一堆无害也无用的行尸走肉。还好，这个可怕的脑外科手术时代被这家医院的一项发明所取代，这是改写全世界精神病学治疗历史的伟大



事件。在这里，20世纪50年代，一个偶然的尝试，给兴奋躁动的精神病人试着给了些强化麻醉的药物氯丙嗪，病人安静下来了。一周两周给药，困扰病人的那些幻觉和妄想减轻或消失了。奇迹在这里发生了！从此精神病学开始了抗精神病药物治疗的新纪元，至今已经过去60年了。这里，紧身衣完成了历史使命，电休克被彻底改良了，脑外科手术改为深部脑区电极植入由病人自行控制放电的深部脑刺激治疗。药物治疗成为治疗的主流，同时还辅以各种心理治疗。漫步在这个博物馆，就是在读一本精神病学的发展史。

我庆幸从业于那个历史里程碑时代的20年以后，我实践过电休克治疗并目睹了它的改进，没有抽搐，没有堕入昏迷前的恐惧，一次深睡眠而已。我实践过胰岛

素昏迷，没有抽搐，只有意识渐渐地下降，昏迷了再唤醒，这也已经淡出了我们的医疗实践。我经历了使用氯丙嗪的年代，曾经是每位精神分裂症患者的首选药物，也经历了从传统药物到新型药物的更新换代。不仅改变了精神分裂症患者的疗效减少了不良反应，也使我们从仅仅控制患者的异常行为到帮助患者全面康复并回归社会。幸好我没实践过脑外科手术，但是我国自80年代不知为什么又兴起了这种或各种各样所谓改良的手术，一直到21世纪。我实在觉得损毁大脑的无论哪个部位都是毫无道理的，何况深部脑刺激治疗在我国已经有了应用，损毁性治疗应当永远进入博物馆了。每次有机会参加脑外科手术治疗精神疾病的论证，我都百分之百投了反对票。

## 心身医学篇

# 糖尿病的多学科干预

四川大学华西医院内分泌科 任艳

中国健康教育中心近日公布的“中国慢病监测及糖尿病专题调查”结果显示：我国18岁及以上居民糖尿病患病率为9.7%，60岁及以上老年人患病率高达19.6%，全国约有成年糖尿病患者9700万人。然而，公众普遍缺乏预防控制糖尿病的意识及相关知识和技能，对糖尿病的危害、治疗、并发症等认知水平较低，接受治疗的依从性不足。18岁及以上糖尿病患者中，仅有36.1%知道自己患有糖尿病；患者的血糖达标率偏低，在接受糖尿病治疗的患者中，也仅有三分之一患者血糖得到控制。同时，我国18岁及以上居民吸烟、过量饮酒、不合理膳食和身体活动不足等行为危险因素普遍存在，超重与肥胖、血压升高、糖耐量受损等生物因素近10年迅速升高。如果不能有效控制这些危险因素，未来我国糖尿病患者将急

剧增多。

糖尿病的表现除了与高血糖有关的“三多一少”以外，还会有各种急性、慢性并发症的出现。于是，糖尿病的诊治就无法局限于单一学科的干预模式，临床医学、预防医学、营养学、心理学、运动医学等各专业均在糖尿病的发生和转归上起着各自不同的作用。以下就目前常见的各学科干预给予简单的介绍。

## 1、原发病的治疗

1.1 内分泌科：肩负着糖尿病的初诊和主要的降糖药物及急性并发症和慢性并发症的主要治疗。糖尿病是一种慢性病，需要终身治疗，目前医学水平主要是通过各种方法控制血糖，血糖波动会造成机体器官的损害，加

速并发症的发生。糖尿病的治疗，要根据糖尿病病人的个体情况来定，首先要了解患者的血糖、胰岛功能、有无并发症等情况，才能制定出具体的治疗方案。

## 2、心身的相互影响

2.1心理因素对糖尿病产生的影响——人格特征：糖尿病患者的人格特征研究发现：敏感的个性、较低的社会支持以及采取较多的消极应对方式常常相互作用，从而影响糖尿病的发生与发展。李娜、王作振、江孙芳等研究发现：糖尿病患者的16种根源特质中显示有时过分冲动，心神不安、神经过敏；有时却太固执，缺乏耐心，依赖、幼稚、不安全感强，优柔寡断。Meuter对500例糖尿病患者的个性特征进行研究后，认为糖尿病患者具有较少的进取性，大多缺乏自主性，多趋向于抱怨生理不适。许秀峰等通过对82例糖尿病患者进行明尼苏达多项人格测验(MMPI)后指出：糖尿病患者应唤起水平低，倾向于用否定和压抑来处理压力，更具有谨慎、保守、过于自制、情绪不良、躯体不适主诉较多等人格特征。Lustman等的观点是一致的，其通过对糖尿病患者的调查发现，他们具有乐观、寻找一些有趣的事情、回避痛苦事件和不善于延迟满足，要求马上得到满足的行为特征。女患者N值偏高，说明其常焦虑、紧张，情绪起伏较大，遇到刺激易有强烈的情绪反应。许秀峰、陈晓岗等对糖尿病患者进行MMPI个性测验发现糖尿病患者有情绪不稳、过分关注自己的身体和多种躯体不适等类似神经质的表现。且不同病程、不同用药途径患者间无显著性差异，说明个性有很强的稳定性，进一步支持人格是个体社会化过程中逐步形成的相对稳定的因素，是一个入习惯化的思维特点和行为方式。

2.2糖尿病防治过程中，在重视药物治疗与群体健康教育的基础上，结合病人的心理、个性、应对方式等特征，加强个性化教育，提高其社会支持度，可期望获得更好的效果，提高患者的生活质量及改善其健康状况。此外，还要对糖尿病患者的家庭成员进行心理干预和治疗。

2.3糖尿病患者合并抑郁和焦虑的情况亦不容忽视（见文章“糖尿病患者的抑郁和焦虑症概述”）。

## 3.糖尿病并发症的治疗

急性并发症和慢性并发症的预防、早期治疗目前主要为内分泌专科治疗，而晚期并发症主要由相应的专科同时治疗，因此需要更多学科介入。并发症发生主要的病理原因，实际是对应器官的血管粥样硬化病变，只是肾、眼、足病是以微小血管为主，脑、心脏病是以中血管为主，但其病理基础都是动脉粥样硬化。2010年，据美国糖尿病协会(ADA)统计数据显示，3年以上的糖尿病患者，出现并发症的几率在46%以上；5年以上的糖尿病患者，出现并发症的几率在61%以上；10年以上的糖尿病患者，出现并发症的几率高达98%。

3.1糖尿病足病：由于糖尿病患者的血管硬化、斑块已形成，支端神经损伤，血管容易闭塞，而“足”离心脏最远，闭塞现象最严重，从而引发水肿、发黑、腐烂、坏死，形成坏疽。

3.1.1骨科：目前，对糖尿病足患者一般采用截肢、搭桥或干细胞移植手术，由于“糖尿病足”患者大多数年岁已高，手术创伤面大，伤口很难愈合，很容易感染和复发，而且患者截肢后，两年内死亡率为51%，因此，“糖足”病的传统治疗风险非常高，许多患者得了此病后，很容易丧失生活的信心。目前，我国糖尿病足发病已出现“中青年化”，最年轻的患者只有38岁。临床显示，发生糖尿病七年以后，就会发生“糖尿病足”的危险。

3.1.2中医：服用中药调理脏腑、恢复体质、止血生肌、提高机体免疫力、加快伤口愈合。

3.1.3激光：通过净雪激光治疗仪的低强度的特定强度的激光照射，改变血液流变学性质，降低全血粘度及血小板凝集能力，净化血液，清除血液中的毒素、自由基。

3.2糖尿病肾病：是糖尿病全身性微血管病变表现之一，临床特征为蛋白尿，渐进性肾功能损害，高血压、

水肿，晚期出现严重肾功能衰竭，是糖尿病患者的主要死亡原因之一。糖尿病肾病的治疗除了有效控制原发病外还需要积极有效的抗高血压、控制蛋白尿及终末阶段的肾病管理。

3.2.1肾脏内科：抗高血压治疗、控制蛋白尿治疗及透析治疗。终末期糖尿病肾病病人只能接受透析治疗，主要有两种方式：长期血透和不卧床持续腹膜透析。近来绝大多数终末期糖尿病肾病病人采取腹膜透析，因为它不增加心脏负荷及应激，能较好控制细胞外液容量和高血压。还可腹腔注射胰岛素，操作方便费用节省，但某些病人因长期腹透吸收大量葡萄糖而致肥胖和高血脂。关于透析时机的选择宜稍早于非糖尿病病人。

3.2.2泌尿外科：肾或肾胰联合移植。

3.2.3中医：活血化痰等治疗。

3.3糖尿病眼病（糖尿病视网膜病变及糖尿病所致其他眼部病变）

3.3.1眼科：糖尿病可以引起各种各样的眼部疾病，如角膜溃疡、青光眼、玻璃体积血、视神经病变，最常见的是视网膜病变，糖尿病视网膜病变的患病率，随糖尿病病程发展而有所不同。糖尿病患者视网膜病变的发生率为21~36%，对视力影响最大。随着糖尿病病程的延长，对眼睛的影响越来越明显，除了常说的糖尿病视网膜病变，还有近视、眼睑下垂、白内障、麻痹性斜视等表现。激光治疗、白内障手术等是目前治疗糖尿病的主要方式。

3.4糖尿病脑血管病变

3.4.1慢性脑病——神经内科：指糖尿病引起的认知障碍和大脑的神经生理及结构改变。长期、大量的临床实证研究表明：胰岛素分泌不足或高胰岛素血症均从不同方面对认知功能造成不良影响。此外，低血糖还可以诱发情绪的改变，产生焦虑、抑郁以及对再次发生低血糖的恐惧，同时又反过来影响血糖的控制质量。反复发作的严重低血糖会使认知功能的损伤累加、对低血糖的敏感性降低，从而产生慢性后遗症。糖尿病最常出现的脑血管病变是缺血性脑卒中，在我国人群中发生率高于

欧美人群。糖尿病脑病是中老年病人常见的并发症，轻则出现反应迟钝、记忆力下降，严重则出现脑血栓、脑中风及老年痴呆等情况。

3.4.2急性脑病——内分泌科、ICU等：糖尿病性脑病系糖尿病的严重并发症，它主要包括糖尿病性酮症酸中毒昏迷及糖尿病性高渗性非酮症性昏迷。

3.5糖尿病性心脏病

3.5.1心血管科：是指糖尿病病人所并发的或伴发的心脏病，是在糖、脂肪等代谢紊乱的基础上所发生的心脏大血管、微血管及神经病变。糖尿病性心脏病所包括的范围较广，包括在糖尿病基础上并发或伴发的冠状动脉粥样硬化性心脏病，心脏微血管疾病及心脏自主神经病变。

3.6糖尿病皮肤病

3.6.1皮肤科：患糖尿病以后，有30%~80%的病人有皮肤损害。常见的有皮肤感染、皮肤瘙痒、感觉异常、下肢出汗减少或无汗、糖尿病性大疱病、糖尿病性黄瘤、糖尿病性皮疹、糖尿病性病等。

3.7糖尿病口腔病变

3.7.1口腔科：主要包括

(1)口腔粘膜病变：表现为口腔粘膜干燥，常有口干、口渴，唇红部可见爆裂。牙龈、舌粘膜的糜烂及小溃疡、疼痛，容易发生感染性口炎、口腔白色念珠菌病。

(2)龈炎、牙周炎：糖尿病患者常出现牙龈充血、水肿、糜烂、出血、疼痛。牙周部位可发生牙周脓肿、牙周袋形成，并有脓性渗出。

(3)龋齿：在糖尿病患者中普遍存在。

(4)牙槽骨吸收、牙齿松动脱落：随患者年龄增高而更为普遍。

(5)腭部炎症：进展的龋齿根尖炎及牙龈炎向多颗牙齿蔓延，引起发热、疼痛、肿胀及吞咽疼痛等症状。

(6)牙根面龋：主要表现为牙龈萎缩，多颗牙同时龋坏，对冷热刺激敏感、疼痛。治疗不及时易发生牙髓炎及牙根尖周炎，导致治疗更复杂。



(7)其它：易出现拔牙后愈合时间延长，拔牙后发生疼痛及炎症等。

3.8糖尿病神经病变：累及周围神经、自主神经、颅神经、脑和脊髓，其治疗涉及相应的学科如神经内科、神经外科及自主神经支配系统的相应科室如消化科、心血管科、呼吸科、泌尿外科等。其表现主要包括：

3.8.1周围神经病变：四肢末端感觉障碍，下肢多于上肢，呈对称性表现可多样，例如肢体麻木、感觉异常、蚁爬感、灼热感、感觉过敏、呈“手套”或“袜套”样感觉异常，并伴有不同程度的感觉减退甚至消失，部分人会出现肢体疼痛，夜间加剧。通过神经系统检查，可发现四肢呈“手套”或“袜套”样感觉障碍、腱反射减弱或消失、神经传导速度减慢等。由于感觉减退或消失，足部容易受伤（如被热水袋烫伤、被鞋磨伤等），加上血液供应、神经营养障碍等综合因素，严重者可发生关节变形（神经源性关节）、足部溃疡和缺血性坏疽（称为糖尿病足）。

3.8.2自主神经病变：又称为植物神经病变，主要表现为消化系统、泌尿生殖系统、心血管系统等神经支配功能障碍。胃肠道食道和胃的功能障碍可引起吞咽不畅、上腹胀、呃逆，严重者顽固性呕吐，称为“胃轻瘫”。肠功能紊乱可引起慢性腹泻，尤于下半夜多见，俗称“五更泻”；亦可表现为腹泻、便秘交替出现。泌尿生殖系统可引起排尿障碍、尿潴留或尿失禁，并且容易发生泌尿道感染。男性病友可并发阴茎勃起功能障碍（阳痿），女性病友可并发月经紊乱。心血管系统可引起心率异常，表现为安静时心动过速或者心率固定，也有的表现为夜间心率减慢不明显。还可引起体位性低血压，有的伴有眩晕，有的则无明显症状，但严重者可视力障碍，甚至晕厥。最危险的是无痛性心肌梗死，可导致心源性休克、心衰和猝死。除此之外，糖尿病可引起颅神经、脊髓和大脑病变，但相对少见。

无论糖尿病，还是心血管并发症，基因遗传的影响只占10%，90%是后天不健康的生活方式造成的，比如吸烟、运动少、饮食不合理、精神紧张等。合理的膳食结

构和适当的运动是有效预防和治疗糖尿病不可或缺的因素，相应的营养学、运动医学和心理咨询学的介入无疑是糖尿病管理的重点内容。

糖尿病通常与肥胖并存，约90%的2型糖尿病患者合并肥胖或体重超重。近年来，随着减肥外科在国内外的蓬勃发展，越来越多的肥胖病人接受减肥外科手术（胃旁路手术等），从2004年，我国胃肠外科界引入手术治疗糖尿病的概念，手术方式和手术技巧日臻完善。2010年11月在比利时召开的IDF（International Diabetes Federation，国际糖尿病联盟）会议重新对手术治疗2型糖尿病的适应症进行了界定：针对亚洲人，如果BMI（Body Mass Index，体重指数）大于32.5且合并糖尿病，手术应当作为首选的治疗方法。

[综述]

# 对糖尿病患者抑郁症状和焦虑症状的再认识

四川大学华西医院心理卫生中心 黄頔

## 1. 现状概述

无论在内分泌科医生还是精神科医生目前已经形成共识,即糖尿病患者容易同时合并抑郁症状和焦虑症状。这一现象越来越受到关注。Garvard等1993年全面回顾了20项关于抑郁情绪或抑郁综合征在糖尿病中发生率的研究,发现在9项对照性研究中,符合诊断标准的重型抑郁发生率在8.5%~27.3%(平均14%);用抑郁症状量表进行的对照研究表明:在糖尿病患者中具有临床意义的抑郁症状发生率高达21.8%~60.0%(平均32.4%)。糖尿病患者中抑郁患病率是美国普通人群患病率的3倍。国内孙学礼等(2004年)的研究表明:糖尿病患者中29%具有明显抑郁情绪。此外,糖尿病患者中也存在着明显的焦虑症状。国内2004年的一项研究发现:2型糖尿病患者中出现明显焦虑情绪者为32%。以上的调查结果,多数是以2型糖尿病患者作为对象。

## 2. 糖尿病患者出现抑郁和焦虑症状的危险因素

导致上述现象出现的原因一直是人们关注的焦点,研究发现以下一些因素可能是糖尿病患者出现抑郁和焦虑症状的危险因素:①糖尿病的病程:国内外的研究结果表明,糖尿病的病程越长,抑郁或/和焦虑的发生率越高;②糖尿病并发症:Leedom(1991年)发现已经出现各种并发症的患者,其抑郁和焦虑的发生率明显高于没有并发症的患者;美国匹兹堡糖尿病流行病学研究发现,有大血管并发症的病人抑郁症状较重、生活质量下降。多于四个并发症的患者抑郁症状得分较高,并且随并发症数目增多抑郁症状的频率增加。③HbA1c水平:HbA1c水平反应了血糖的控制情况。一般认为,HbA1c高出15%以上是抑郁发生的危险因素;④体型肥胖者:Eaton发现发现体重指数(BMI)在糖尿病患者发生抑郁的危险性中所占的比例为8%。⑤年龄和性别因素:Peyrot等研究表明,性别、种族、婚姻状

态是2型糖尿病患者发生抑郁的独立危险因素。青春期糖尿病患者心理问题较为多见,因此抑郁和焦虑发生的几率更大。此外,女性患者比男性患者容易发生抑郁。⑥遗传因素:双生子研究发现,单卵双生的糖尿病患者发生抑郁的患病一致率为65%,而双卵双生仅为14%。存在抑郁症的糖尿病患者中抑郁症家族史比无抑郁症的糖尿病病人更普遍。⑦社会心理因素:糖尿病患者病前个性存在明显缺陷者在病后比个性健全者更易出现抑郁问题。其可能的原因是神经质和情绪不稳定的人格特征,会降低对精神压力的耐受性,易产生紧张不安、焦虑、抑郁等负性情绪体验。

以上危险因素提示临床医生可以通过这些特征来进一步搜寻糖尿病患者的抑郁或焦虑情绪,同时可以为进一步了解糖尿病发生抑郁和焦虑的机制提供线索。

## 3. 糖尿病与抑郁和焦虑症状共存的原因初探

### 3.1 社会心理因素导致抑郁和焦虑情绪的产生

糖尿病病人可以由于糖尿病并发症造成的功能丧失,或是对失去生命的威胁产生心理反应,从而直接进入抑郁状态。包括以下几方面:①糖尿病作为一种慢性内科疾病对患者所带来的应激影响;②糖尿病带来的种种限制对患者生活的影响,例如对于饮食种类和进食量的限制;③患者对糖尿病可能引起严重躯体并发症威胁的过分担心;④糖尿病患者存在着人格方面偏移,主要体现在患者具有焦虑以及强迫人格特征,与此相对应的发现是糖尿病患者存在明显的述情障碍。由此而导致患者对于外界生活事件的态度和应对方式出现问题,因而在面对同样的生活事件产生比一般人群更为明显的负性情感体验。⑤近期的负性生活事件的影响,研究表明负性生活事件同糖化血红蛋白HbA1c之间有中度到显著的相关关系。种种事件包括:婚姻、亲子关系、职业、

### 3.2 糖尿病造成的躯体脏器损害导致负性情感的产生

糖尿病造成的一个或多个脏器损害, 或治疗中的其它原因, 可导致抑郁情绪、焦虑情绪或抑郁综合征、焦虑综合征的产生。这种产生负性情感体验的因果关系颇为复杂。

### 3.3 糖尿病的某些病理生理改变导致负性情感的产生

Geringer总结了联系糖尿病和抑郁、焦虑症状的生物学证据, 提出糖尿病引起抑郁或焦虑的机制中可能存在两种基本方式: ①糖尿病所特有的生物学改变引起抑郁和焦虑症状, 主要包括两个方面: 一是糖代谢紊乱、二是神经内分泌的异常。②这两种疾病可能有共同的生物学异常。关于前者, Berstein根据自己的研究认为糖代谢紊乱直接可以使患者产生抑郁或焦虑。关于后一点, Lustman在了一项应激与糖尿病的研究中发现, 糖尿病患者存在着血浆皮质醇增高的现象, 而近两年来对于抑郁障碍和焦虑障碍的研究均表明, 患者存在HPA轴的活性过度, 包括部分患者出现血浆皮质醇的增高, 而血浆皮质醇增高, 可以通过影响神经元的可塑性使中枢神经系统的某些结构受到损害, 从而产生抑郁和焦虑等负性情感。

### 3.4 糖尿病和抑郁症或焦虑症分别独立存在于同一患者?

即所谓的“共病”现象。为什么糖尿病和抑郁或焦虑具有较高的共病率? 首先是两者存在着许多共同的危险因素, 如类似的不良人格特征(焦虑型人格、强迫型人格等)、遗传因素、幼年的精神创伤等。其次, 两者可能存在着共同的病理生理过程, 就目前的研究所能提供的信息, 至少两者均存在中枢神经系统某些区域的5-HT和NA的相对不足或者绝对缺乏; 也存在下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴的活性过度, 导致出现共同的地塞米松抑制试验异常、ACTH的降低、血浆皮质醇的增高和INS抵抗。皮质醇分泌节律紊乱可引起脑内高亲和性盐皮质激素受体和低亲和性糖皮质激素受体之间激素作用的失衡, 进而导致5-羟色胺(5-HT)系统的功能障碍, 这些改变既和抑郁情绪的产生有关, 又和糖代谢紊乱有关。提示糖尿病和抑郁障碍可能并非两个独立的疾病, 它们之间存在一定的生物学同源性, 即一种病理生理过程同时促进了两种疾病发生。

3.5 抑郁和焦虑症状先于糖尿病存在, 并导致糖尿病的发生?

临床上对于糖尿病患者病史的询问发现, 在出现明显的糖代谢紊乱以及明显的糖尿病临床症状以前, 有部分患者已经应激的生活事件以及情感障碍的表现。对糖尿病合并焦虑或抑郁症状患者予抗焦虑剂和抗抑郁剂合并治疗后, 患者的抑郁和焦虑情绪得到改善, 前面所描述的生化、免疫指标也趋于恢复正常, 同时患者的血糖也随之下降。提示负性情感特别是抑郁和焦虑的存在应该被视为糖尿病重要的危险因素, 对于2型糖尿病更是如此。研究表明重症抑郁障碍可能会增加发生2型糖尿病的可能性。曾患抑郁症的病人在今后13年中患2型糖尿病的风险增加2.2倍。提示在某些情况下, 抑郁症可能是II型糖尿病的前奏, 并在2型糖尿病的发生发展中扮演重要的角色。有人在糖耐量和INS释放试验中发现, 抑郁可导致空腹血糖中INS水平降低, 血糖升高。所以很可能糖尿病患者在患病前就比一般人更容易出现抑郁情绪, 正是抑郁使他们易患糖尿病。

### 3.6 抑郁、焦虑症状作为糖尿病综合征的固有症状?

目前总是习惯将躯体症状和精神症状截然划分开来, 就象在描述许多精神障碍临床表现的时候总是习惯说“伴随”躯体症状, 而在描述躯体疾病的时候也同样习惯使用“伴随”一词来描述在躯体疾病中所出现的精神症状。但从另一种思路看待这个问题, 即从一元化的思维模式来看待这个问题, 也可以将一种疾病的躯体症状和精神症状或者其它方面的症状看作是同一疾病综合征的有机组合体。

## 小结

糖尿病患者普遍存在抑郁和焦虑是事实, 分析具体原因应该落实到每一个具体的患者。由于抑郁和焦虑情绪对于患者的治疗以及预后产生明显影响, 积极寻求具体患者产生抑郁和焦虑的原因以及进行必要的治疗干预应该成为糖尿病治疗中值得关注的重要问题之一。对糖尿病的研究还提示, 医学学科之间的相互渗透和相互结合是今后的重要发展方向。对于糖尿病患者中所存在的抑郁及焦虑问题的研究还有许多基础和临床方面的问题需要进一步澄清。例如二者共病的机制问题、糖尿病患者抑郁和焦虑情绪的具体治疗方式问题等, 都值得进一步研究。



[综述]

# 焦虑-抑郁共病研究概述

贺建华 张娜 龚云涛

**【摘要】**焦虑障碍和抑郁障碍是精神科常见的两种疾病，二者常相互伴随，相互影响。本文回顾了近十年来焦虑-抑郁共病的相关研究文献，就共病的流行病学、临床特点和治疗做了系统回顾和分析，试图为焦虑-抑郁共病的认识和治疗提供一个全面的参考。

## 【关键词】焦虑障碍 抑郁障碍 共病

焦虑障碍与抑郁障碍在国内外三个精神障碍分类体系如DSM-IV、ICD-10和CCMD-3中都属于两个独立的疾病单元，但是，在实际工作中，二者常常同时存在，即所谓共病。早在1970年，美国耶鲁大学Feinstein首次提出“共病 (comorbidity)”这一概念，将其定义为“同一患者患有某一疾病之外的其他任何已经存在或发生在此疾病过程中的疾病”。Winokur认为，共病这一概念被广泛应用于精神病学领域，是用来描述一种疾病的多种形式或多种综合征共存于同一个体，将共病的概念扩大到了共存的综合征。目前，精神病学领域中，共病指的是：多个独立的精神疾病共存的现象，是指同一病人符合一种以上疾病的诊断标准，这多个诊断涉及到病人的全部症状，体征和病程，即一人多病的现象。本文将对焦虑-抑郁共病展开讨论。

**文献检索方法：**本文采用两种方法进行对焦虑-抑郁共病相关文献检索：一是采用“共病”、“抑郁障碍”、“焦虑障碍”、和“焦虑-抑郁共病”作为关键词检索MEDLINE数据库和中文期刊全文数据库中1990到2010年的文献；另外直接用“焦虑-抑郁共病”为关键词对过去五年内的《抑郁和焦虑》、《临床精神病学》杂志进行检索。

## 1. 焦虑-抑郁共病的流行病学研究

### 1.1. 焦虑-抑郁共病的整体流行病学调查

上个世纪90年代初美国首次开展大规模的全国共病调查研究 (National Comorbidity Survey, NSC)，该调查收集了1990年至1992年间，15-54岁年龄段，经DSM-III-R诊断为精神疾病的8098例患者人群信息。研究采用修订版的终身患病率，12个月的综合国际诊断访谈

(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)形式，评估了疾病时点患病率与DSM-III-R诊断疾病的相关性。

该调查结果显示在年轻人群中，焦虑障碍和抑郁障碍的12个月时点共病率为56.1%，而在抑郁障碍患者的终生共病率中，广泛性焦虑障碍为17.2%、惊恐障碍为9.9%、广场恐怖障碍为16.3%、单纯恐怖障碍为24.3%、社交焦虑障碍为27.1%、创伤后应激障碍为18.5%。同时大规模的初级卫生保健 (Primary health care) 调查研究还发现，初级卫生保健中的共病率远高于社区。初级保健中超过75%的抑郁患者共患有不同类型的焦虑障碍，共病率高达59.2%和57.5%。美国、欧洲各国及澳大利亚等国先后开展了各自的全国性调查研究，每个研究均采用国际通用的综合国际诊断访谈形式，评估了终身或不同时间点的共病率。尽管各国的研究数据略有差异，但总体均显示抑郁和焦虑障碍多以共病形式出现，单纯疾病形式所占比率少。Stein研究报道，没有同时共患其他精神障碍的“单纯”焦虑障碍仅占1/3。2002年，荷兰精神卫生调查显示，仅有39.5%的情感障碍和59.3%的焦虑障碍是以单纯的一种精神障碍形式出现的，重性抑郁障碍与焦虑障碍共病是最常见的共病形式。

### 1.2. 广泛性焦虑障碍与抑郁共病

广泛性焦虑障碍 (General Anxiety Disorder, GAD) 作为众多焦虑症中最常见的焦虑障碍，也是其他精神疾病最常见的共患疾病，所以在多数共病调查中重点报告了GAD与情感障碍的共病率。

### 1.3. 老年患者的焦虑-抑郁共病

老年人群随着年龄增长，生活方式的改变，或伴随

各种躯体疾病，常常会伴发抑郁或焦虑障碍。针对老年这一特殊人群，国内外均发表了不少抑郁焦虑共病的研究报道。对于老年患者而言，焦虑-抑郁共病率在国外报道达30%~53%。Lenze等研究显示，老年抑郁障碍患者共患焦虑障碍的终生患病率为35%，时点患病率为23%，其中主要是广泛性焦虑障碍为27.15%、惊恐障碍为9.13%、恐怖障碍中社交恐怖障碍为6.16%、单纯恐怖障碍为8.18%，共患强迫障碍和创伤后应激障碍很少。近年来，研究发现，不论在社区人群还是专科就诊者中，老年焦虑-抑郁共病患者的患病率都比年轻人高。而且，与单纯抑郁患者比较，共病者合并其它内科疾病如冠心病风险更大，可能有更高的自杀率和死亡率，所以老年焦虑-抑郁共病带来的不良结局可能比想象的还要严重。

## 2. 焦虑-抑郁共病的临床特点

### 2.1. 焦虑-抑郁共病的整体临床特点

上世纪90年代，Sartorius对14个国家26000例初级卫生保健患者进行研究，结果显示，抑郁障碍和焦虑障碍之间存在关联，阈值下混合性焦虑抑郁障碍为1%~2%，平均为1.3%。自此，焦虑-抑郁共病逐渐引起了人们的关注。与单纯焦虑或抑郁障碍相比，焦虑-抑郁共病具有以下特点：临床症状更严重、病程慢性化、病程更长、复发率增加、合并物质滥用及躯体疾病的危险性更高，同时，焦虑-抑郁共病患者的药物治疗效果差、治疗费用高、社会功能损害严重、致残率及自杀率高、预后差，最终对医疗资源消耗增加。还有研究显示，焦虑-抑郁共病患者的预后与构成共病的两种障碍发生的先后次序有关，不是所有的共病患者预后都差，患有原发性抑郁障碍和继发性惊恐障碍的共病患者可能具有内源性特征，能够完全康复，预后并不比单纯抑郁障碍患者差。

### 2.2. 广泛性焦虑与抑郁共病的临床特点

鉴于GAD与MDD的高共患病率，不少研究重点调查了GAD与MDD共患病的关系。研究发现，焦虑疾病多于情感疾病首次发作之前出现，因此不少学者认为，GAD可能是个体共患MDD的一个前驱症状。实际上，临床观察中发现个体在发生GAD后，患有MDD的可能性要远高于无焦虑障

碍的个体。尽管一项前瞻性、队列研究报道三分之一的共病患者是以MDD首发的形式出现，三分之一以GAD首发出现，三分之一两种疾病同时发作，更多的学者倾向于GAD是患有MDD的风险极高的预测因子。

### 2.3. 老年焦虑-抑郁共病患者的临床特点

关于老年焦虑-抑郁共病患者的研究结果与年轻患者相似，Lenze研究发现，与无焦虑症状的抑郁障碍患者相比，老年共病患者的病情更严重，共病患者表现出较多的躯体不适主诉和社会功能及生活质量下降。国内对78例老年抑郁障碍患者的研究发现，共病患者的老年抑郁量表总分、汉密尔顿抑郁量表和焦虑量表总分均高于单纯抑郁障碍患者，而单纯抑郁障碍患者的生活质量量表(SF-36)中躯体功能、社会功能得分均高于共病患者，提示共病患者的病情更重、自杀风险更大、生活质量更差。此结果与Goldstein和Lenze等的报道一致。Lenze的研究还发现，如果这些病人在抑郁症状缓解后仍残余有焦虑症状，将可能导致以后的复发风险增加。

### 2.4. 其它焦虑-抑郁共病患者的临床特点

对于焦虑-抑郁共病的孕妇而言，研究显示，患共病的孕妇常可出现早产，或者新生儿可能检测出较高的皮质醇和去甲肾上腺素水平及较低的多巴胺和五羟色胺水平。

## 3. 焦虑-抑郁共病的治疗

### 3.1. 药物治疗

抗抑郁药，包括选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(Selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)、去甲肾上腺素和5-羟色胺再摄取双重作用抑制剂(Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI)、三环类抗抑郁剂及单胺氧化酶抑制剂均对治疗焦虑-抑郁共病有效。新型抗抑郁剂如SSRI和SNRI类因其具有较少的不良反应和较高的耐受性，而被推荐为一线用药。对焦虑抑郁患者应尽早采用抗焦虑治疗，在抑郁患者中，焦虑症状的共存常与自杀企图密切相关，同时研究还发现不仅焦虑是自杀的危险因素，焦虑引起的心因性疼痛是导致患者自杀念头形成的主要因素。针对此类患者人群，可选用对疼痛有缓解作用的

SNRI类药物如文拉法辛、度洛西汀等进行治疗。早期焦虑症状的缓解有助于提高患者服用抗抑郁剂的依从性，从而减少可能的停药，有利于长期治疗及预后。

与不伴焦虑症状的老年抑郁障碍相比，老年焦虑-抑郁共病患者对抗抑郁药物治疗的反应较差。Dew等研究发现，老年抑郁障碍患者中，基线水平焦虑症状严重预示该患者对药物治疗的反应差，治疗后患者可能只有部分效果或根本不起效。原因可能为：一、共病患者未能完成治疗疗程，老年焦虑-抑郁共病患者合并躯体症状的比例较高，对治疗药物的不良反应更敏感，造成其依从性下降从而过早地中断治疗。要求抗抑郁药物治疗起始剂量应从小剂量开始，从而减轻药物的早期不良反应，避免病人中止治疗。同时，Hegel等研究认为，在药物治疗早期，患者可能认为其各种不适的躯体症状为药物的不良反应，造成过早停药或者换药治疗。二、共病患者疗效差可能与剂量不足和病程长有关，焦虑-抑郁共病患者抗抑郁药物的治疗剂量和维持剂量都比一般患者要高。老年焦虑-抑郁共病患者对抗抑郁药物治疗的起效反应时间较长，通常需要10周或更长，可能需要数月时间加至治疗剂量。因此，老年焦虑-抑郁共病患者适合“低剂量起始、缓慢加量”的治疗原则，同时根据个体化原则增加至足够的治疗剂量，疗程要足够长，此点应引起临床医生的足够重视。

焦虑-抑郁共病患者常合并用药，其中苯二氮卓类抗焦虑药物最为常见。共病患者是否需要联合应用苯二氮卓类抗焦虑药物作为辅助治疗尚缺乏大规模的临床研究资料支持。研究发现，有严重焦虑症状的共病患者联合使用苯二氮卓类药物辅助治疗是合适的，因为有的抗抑郁药治疗发挥疗效稍晚，早期使用苯二氮卓类药物对于改善共病患者的症状有所帮助。同时，老年共病患者大多愿意接受辅助性的苯二氮卓类药物治疗，从而使患者在治疗过程中保持较好的治疗依从性。但是，服用这类抗焦虑药可能增加认知功能损害的危险，并导致意外跌倒的风险增加，长期应用还需考虑耐受性和成瘾性。故临床医生应该谨慎评估苯二氮卓类药物的获益和风险，

同时，还应该注意，老年人群使用苯二氮卓类药物的推荐剂量要比年轻人更低，且尽量使用半衰期较短、不会引起蓄积、不良反应小的药物，如劳拉西泮等。

丁螺环酮是一种作用于五羟色胺和多巴胺受体的非苯二氮卓类抗焦虑药物，抗焦虑作用明显，常被用于治疗广泛性焦虑。但该药的抗抑郁作用较弱，故常被用于焦虑抑郁障碍的辅助治疗。

### 3.2. 心理治疗

在治疗焦虑-抑郁共病患者时还应考虑心理治疗。临床上对这类患者药物治疗虽常为第一选择，而心理治疗仍然占有一定地位。不论是单独应用心理治疗或与药物联合应用都是非常需要的。SSRI和SNRI类药物和认知行为心理治疗(Cognitive behavior therapy, CBT)联合治疗抑郁障碍和广泛性焦虑障碍、强迫障碍、惊恐障碍、社交恐怖障碍、创伤后应激障碍或广场恐怖障碍等焦虑谱系疾病的共病疗效肯定。Lenze等研究发现，仅采用CBT对认知功能受损的老年焦虑-抑郁共病患者可能疗效欠佳。如前所述，老年焦虑-抑郁共病患者如治疗后有残留症状可能导致疾病复发，因此建议老年共病患者在心理治疗和/或联合抗抑郁药治疗症状缓解之后，仍应继续同时维持药物治疗，而不是仅接受单独的心理治疗。

## 4. 小结

综上所述，焦虑-抑郁共病是精神科常见的疾病存在形式。共病会加重患者的疾病状态，并降低患者对治疗的反应。对焦虑-抑郁共病的全面认识有助于提高临床医师的诊断和治疗水平，有助于改变诊断和治疗脱节的现状。对于焦虑-抑郁共病目前有多种药物和治疗方法可供选择，研究显示SSRI和SNRI类抗抑郁剂为一线治疗选择，在药物干预的同时合并心理社会干预将获得更理想的临床效果。相信随着对焦虑-抑郁共病认识的加深和更多深入开展的开展，焦虑-抑郁共病的诊断识别和治疗将会得到很大提高。

参考文献：略

作者单位：

1首都医科大学安贞医院神经-精神心理科（贺建华，张娜）；

2辉瑞投资有限公司医学部（龚云涛）

[述评]

# 女性抑郁障碍的相关问题

四川大学华西医院 孙学礼

相关研究以及临床观察发现，女性抑郁障碍的发生率是男性的1.7-2倍。鉴于抑郁障碍是目前精神病学界以及社会密切关注的精神疾病之一，其疾病负担在青壮年群体中占总疾病负担的第二位，抑郁障碍的自杀风险为社会总自杀风险首位等情况，女性抑郁障碍发生率明显高于男性的情况值得关注。

## 一、女性抑郁障碍发生率高于男性的可能原因

### (一) 抑郁障碍内分泌机制研究的启示

近年来的研究表明，抑郁障碍存在的神经内分泌改变包括以下情况：

#### 1.1 关于丘脑下部-垂体-肾上腺轴（HPA）的异常：

早在20多年前，研究就发现部分抑郁障碍患者存在地塞米松抑制试验（DST）异常的情况（即出现阴性反应），提示HPA轴活性过渡的情况，近5年来进一步的研究发现，部分抑郁障碍患者除了DST试验异常外，还存在CRH、ACTH增高、血浆皮质醇增高以及肾上腺增生等变化，这些变化与DST试验的结果一致，均提示部分患者的HPA轴活性明显增高。这种增高的意义在最近5年中被继续研究并被部分学者作了进一步的说明。目前认为，HPA轴活性过高的原因来源于各种外界（如应急、精神刺激等）和内在因素（如遗传、个性因素以及对于生活事件的反应模式等）所导致的中枢神经系统某些部位5-HT和NE的相对缺乏或绝对的缺乏，而所导致的HPA轴活性过渡的直接结果是患者血中皮质醇的增高，这种增高又导致了中枢神经系统的神经毒性作用，这种毒性作用就是使中枢神经系统某些区域的神经元可塑性下降。所谓可塑性主要是指神经元在对于外界刺激作出反应后的自身修复能力，可塑性下降所导致的直接结果是神经元树突、轴突以及胞体的萎缩。Fuchs等（2002年）发现，海马、杏仁核以及前额叶皮质所受到的影响最为明显，并且在动物的应急试验中发现这些区域的神经原及神经胶质细胞数量的减少、上

述结构提及的缩小以及血流量、糖代谢等异常的情况。采用fMRI技术对于抑郁障碍患者的研究具有相同的发现。有学者将库欣综合征、抑郁障碍以及应激状态患者的海马体积变化以及临床上认知功能改变和受损情况，特别是记忆力受损的情况作了比对研究，其结果进一步证实了皮质醇的增高影响神经元可塑性并造成海马、杏仁核、前额叶皮质体积的萎缩进而影响到患者的认知功能之间的关系。认知功能受损在病理性抑郁情绪的产生中起到至关重要的作用。从病理心理学的角度看，患者之所以产生抑郁情感主要是因为患者不能赋予自己行为的意义，因而产生“三无症状”（无望、无助和无价值）从而进一步成为产生“三自症状”（自责、自罪和自杀）的基础。而“三无症状”产生的关键是患者不能赋予自己行为的意义，故而感到“什么都没有意思”，甚至感到生活是“度日如年”，不能正确地赋予自己行为的意义主要受到认知功能的影响。根据这些情况，有学者在2003年提出了导致抑郁障碍的“血清素（5-HT）-去甲肾上腺素（NE）-HPA轴链”的病理生理假说。这个假说至少强调了以下几个问题：①抑郁障碍的发生与多个病理生理环节有关，并非某个特定环节决定；②治疗抑郁障碍也同样涉及到对于其病理生理各个环节的干预，而干预5-HT或NE等环节并非治疗抑郁障碍的唯一环节；③由于研究结果提示HPA轴活性改变对于中枢神经系统病理变化的重要影响，说明在抗抑郁的治疗中调整HPA轴功能状态的重要性；④抗抑郁药物的遴选除了关注对于5-HT以及NE的功能外，降低HPA轴的活性成为目前学界十分关注的又一个重要问题。

#### 1.2 丘脑下部-垂体-甲状腺轴（HPT）活性的异常：

研究发现，部分抑郁障碍患者存在HPT轴功能低下的情况。这个问题最明显的证据是实验室检查发现部分患者有T3、T4、TSH降低的情况，同时还发现有的患者TRH试验中TSH反应曲线低平。归纳这些结果表明部分抑郁障碍患者

HPT轴功能低下, 并认为这种功能低下构成了抑郁障碍的又一个病理生理特征。这一点在甲减患者的迟钝、精神动力缺乏、情感低落以及整个代谢水平降低的表现中也能得到映证。同时, 在精神科的临床工作中, 对于部分患者给予甲状腺素治疗取得较好效果也说明这一问题。

3. 丘脑下部-垂体-性腺轴 (HPG) 活性异常: 近年来的研究还发现, 又部分抑郁障碍患者, 特别是中老年患者或处于青春期、产褥期以及围绝经期的女性患者存在HPG轴功能的异常。具体表现为HPG轴的功能低下, 血中雌激素水平低于正常。这种神经内分泌变化的结果形成了性功能低下、疲劳综合征以及情感低落的基础。产生这种情况的直接原因被认为促性腺激素释放激素 (GnRH) 释放的波动频率减慢所造成的低雌二醇血症, 而造成GnRH释放异常又与高皮质醇有关, 即与HPA轴的活性过度有关。

4. 雌激素对围绝经期女性的影响: 从以上的研究看, 三个神经内分泌轴均在抑郁障碍的发生中起到作用, 而性腺轴的病理变化中, 女性受到的影响比男性更为明显。根据华西医院张波等2006年的研究表明, 雌激素在女性抑郁障碍的发生中, 尤其是在围绝经期女性抑郁障碍发生中起到重要作用。在同一研究中, 发现围绝经期女性抑郁患者的雌激素水平明显低于同样处于围绝经期的正常女性, 雌激素水平与HAMD抑郁量表评分有负相关的关系。该研究说明在此时期雌激素水平的降低并非生理现象, 而是与抑郁障碍相关的病理现象。女性在围绝经期雌激素本来处于降低的状态, 这就不难理解这一时期为抑郁障碍发生的“易感时期”。

5. 雌激素对女性经前期及产褥期的影响: 成年女性雌激素的周期变化一般是在卵泡开始发育时, 雌激素分泌量很少, 至月经第7日, 卵泡分泌雌激素量迅速增加, 于排卵前达到高峰。排卵后卵泡液中雌激素释放至腹腔, 使循环中的雌激素出现暂时下降, 排卵后的1-2日, 黄体开始分泌雌激素, 使循环中雌激素水平又逐渐上升, 约在排卵后7-8日黄体成熟时, 循环中的雌激素水平形成了低于排卵期第一高峰的第二个高峰。此后, 由于黄体萎缩, 雌激素水平急速下降, 在月经期达最低水平。同样的雌激

素变化也可见于女性的孕期, 在妊娠的后期, 雌二醇的水平可以高于正常水平的100倍, 而雌三醇则可高于常态的1000倍, 在分娩后1周内降至常态水平。以上所描述的女性在月经周期以及围产期中雌激素的变化, 结合围绝经期中关于雌激素参与抑郁障碍发病的研究结论为基础进行推理可知, 经前期及产褥期是女性抑郁障碍发生的另外两个易感时期。关于这方面可以立题进行进一步的研究。

6. 其它内分泌激素对女性的影响: 从以上所描述的近年来的研究表明, HPA轴和HPT轴参与了抑郁障碍的病理生理过程, 而HPA轴和HPT轴对性腺轴构成多重影响, 如甲状腺素对于青春期前的个体来说, 影响性成熟, 对于青春期及成年期来说则是影响性激素的分泌, 也包括雌激素的分泌; 又如肾上腺素、皮质醇等也对性腺轴的功能构成多重影响。也就是说神经内分泌的整体变化对于女性的影响比男性更为明显。

## (二) 心理社会因素对女性抑郁障碍发生的影响

心理社会因素在抑郁障碍的发生、发展及转归中起重要作用已得到业内的公认。当今社会的女性所面对的问题及冲突包括以下方面:

1. “强势”女性所面临的问题: 所谓“强势”女性在此指的是职业女性, 这部分女性的特点是一般受教育程度高, 职业生涯规划的目标高, 社会化程度高。所面临的问题是: ①在当今男性化社会竞争中面临更大的工作压力; ②面临较高社会职业需求与从传统女性角度对家庭生活需求之间的矛盾; ③在较高教育背景的基础上, 仍然存在传统女性对男性的心理依赖, 但由于自身受教育程度的提高和在接受“标准化”教育的当今社会, 同等情况下的男性很难担负起这样的角色。这种情况的结果是, 这部分女性缺少稳定的家庭支持系统及情感依托。

2. “弱势”女性所面临的问题: 再此所指的所谓弱势女性是那些受教育程度较低, 其原生家庭由于经济情况差又不能为其提供良好生活条件的那部分女性。这部分女性的生活主要有这么几个途径: ①在经济上以及心理上全部依赖男性生活, 即所谓“嫁汉、嫁汉, 穿衣, 吃饭”, 当然也可以是“妻凭夫贵, 母凭子贵”, 这似乎是一种典



型的传统文化模式下的女性生活，但这种生活模式在现代社会中所带来的结果首先是缺少社会生活，缺少与外界的交流及社交，此外总是将自己的生活寄托在别人身上，因此缺乏安全感。②自己从事社会“底层”的工作，如色情服务等，这种生活模式的结果是缺少自尊、没有安全感和被社会边缘化。

3. 女性的“空巢”现象：女性的社会退休年龄低于男性，此外女性在家庭中对子女的关注一般高于男性。工作岗位职责的结束是社会层面的“下岗”而子女的长大成人和走向社会则是母亲角色的“下岗”，作为结果，女性应比男性更容易出现“空巢现象”，如果夫妻关系不协调，以子女的养育及成长作为主要内容家庭更是如此。有的中年女性为了缓解这种情况所产生的负性情绪，便出现了我们经常看到的母亲陪着子女读大学，母亲过分干预子女的婚姻、恋爱的现象。

作者认为，以上生物及心理两方面的情况，是造成女性抑郁障碍的发生率高于男性的原因。

## 二、预防及治疗女性

鉴于上面所描述的情况，对于女性抑郁障碍的预防及治疗应注意以下问题：

(一) 从社会层面来说，应注重提高女性的整体教育

水准。

(二) 无论是对正常女性还是对抑郁障碍患者，应鼓励参与社会活动，特别是鼓励中青年女性接受职业培训和具有较为稳定的社会职业。

(三) 在治疗方面，应考虑到性腺轴，特别是雌激素对于女性的影响，因此无论是对于男性抑郁患者还是女性抑郁患者，除了进行临床症状的评估以外，内分泌的监测应作为常规，以便作为遴选抗抑郁剂的依据之一。降低HPA轴活性的抗抑郁剂包括阿米替林、帕罗西丁、舍曲林、西酞普兰、艾司西酞普兰、文拉法辛等，作用于HPT轴的药物包括丙咪嗪、氯丙咪嗪、氟西丁、文拉法辛等。由于SNRI类药物如文拉法辛可以同时作用于三个内分泌轴，我们暂且称其为“广谱抗抑郁剂”；又由于从文献复习中目前还没有发现专门针对性腺轴的抗抑郁剂，因此对于女性抑郁障碍患者，特别是对于雌激素有明显改变的女性抑郁患者建议使用文拉法辛等SNRI类抗抑郁剂。此外，对于如象围绝经期、产褥期等特殊时期的抑郁障碍调整内分泌的治疗应该予以关注，这就需要将传统的“精神专科”治疗与妇产科的治疗结合。而多学科参与的对于抑郁障碍的研究也是必要的。

---

# 临床治愈，仅仅是抑郁症治疗目标吗？

本文刊登在《前沿》第15期 作者：吴莹

众所周知，抑郁症是一种常见、慢性且容易复发的精神疾病，发病率较高，在全世界范围内约8-12%的人群在一生中会患有抑郁症。抑郁症会给患者带来极大的健康负担和经济负担，同时也会严重影响患者的社会功能和生活质量。世界卫生组织预计，至2020年抑郁症会成仅次于缺血性心脏病的全球第二大影响伤残调整生命年(disability-adjusted life year, DALY)的疾病。

然而抑郁症治疗状况却不容乐观，在我国尤甚：费立鹏等学者于2001-2005年对我国四地区进行的流行病学调

查显示，有91.7%的心境障碍患者从未寻求治疗。

不仅治疗率低，抑郁症的高复发率往往导致患者难以维持长久的良好治疗结局：Keller等的研究显示在6个月的随访期中约有30%的抑郁症患者复发，在随访至12个月时更是约有高达40%的患者疾病复发。Solomon等的研究同样显示，约有65%的抑郁症患者为10个月的随访期中复发。

导致抑郁症高复发率的原因之一即很多患者在治疗后并非达到了完全无症状的状态，而仅仅是部分症状消失，仍有部分症状残留，如疲劳感，躯体性、精神性焦虑，睡眠障

碍, 性功能障碍, 抑郁情绪, 睡眠障碍及内疚、罪恶感。

因此, 对于抑郁症的治疗, 临床治愈 (remission) 这一概念具有相当的重要性, 其不仅牵涉到抗抑郁药治疗的效果, 更是与疾病的转归、患者的全面康复休戚相关。本文即全面综述自临床治愈概念提出以来的发展与变化, 以及抗抑郁药治疗的临床治愈状况。

## 临床治愈概念的形成

由于病因尚不明确, 抑郁症的治疗从初始至今仍处于对症治疗的阶段, 因此症状的改善一直是治疗是否有效的评判标准。但在开始使用药物对抑郁症进行治疗的早期, 对于治疗结局, 即抑郁症状改善的程度始终缺乏明确的定义和具有可操作性的标准。

自上世纪80年代初期, 有学者开始使用不同的评估标准对心境障碍的治疗结局进行定义, 也有学者开始使用诸如HAM-D之类的标准化评定量表对抑郁症治疗结局进行量化评估, 但由于不同的量表对于疾病症状的侧重点不同, 因此在比较这些使用不同量表的研究时难以进行精确的评估, 而且由于缺乏相应的条目, 对于患者功能恢复的评定往往仍然需要依赖临床判断。直至上世纪90年代初期, 在英文文献中所见的有关治疗结局的名词、定义以及标准仍存在分歧。

1991年, Frank等出于统一术语以便进行学术交流的目的将抑郁症不同的治疗结局进行了以下的定义:

**有效 (Response):** 患者从完全症状发作状态 (fully symptomatic) 康复, 但仍存有最低程度的症状。

**临床治愈 (Remission):** 患者已不符合症状标准且不具有最低程度的症状。

**复燃 (Relapse):** 患者在临床治愈期间重新回到完全症状发作状态, 是目前疾病发作的一次再现。

**康复 (Recovery):** 持续的临床治愈状态; 标志着本次疾病发作的中止。

**复发 (Recurrence):** 康复期出现一次新的抑郁症发作。

同时Frank等也提出了具有可操作性的标准, 均基于标准化的评定量表: 如对于无症状 (asymptomatic) 的定义为HAM-D17 $\leq$ 7或BDI $\leq$ 8, 康复的定义则为HAM-D17 $\leq$ 7持续6个月及以上或BDI $\leq$ 8持续4个月及以上。

1992年左右出现首个在抑郁症急性期药物治疗中引入临床治愈作为评估标准的随机对照研究, 之后在整个90年

代类似的研究层出不穷。同时, 1993年出版的美国临床实践指南首次将临床治愈作为抑郁症治疗的目标。

该阶段的临床研究大多将抑郁症治疗结局分为有效、完全有效或部分有效、临床治愈或部分临床治愈、康复或部分 (不完全) 康复, 所使用的评定标准包括MADRS、CGI等, 不同研究对于同一定义的时间标准往往不尽相同。

该时期对于有效比较具有代表性的定义为标准化评定量表如HAM-D、MADRS减分率大于50%, 对于该定义的分歧较少, 往往作为评估抑郁症急性期治疗改善的严格指标而被广泛使用。但临床治愈的定义却存在争议, 虽然不少研究均不约而同的使用了HAM-D17作为评价临床治愈的工具, 但所使用分数标准却是从7分到11分不一而足。

进入21世纪至今, 国际上对于临床治愈的定义趋于一致, 绝大多数学者均认同临床治愈代表了最低程度的无症状及正常社会功能的恢复, 且在抗抑郁药治疗的临床研究中使最频繁的临床治愈标准为HAM-D17 $\leq$ 7、MADRS $\leq$ 10或CGI=1。

从使用HAM-D评定来看, 之所以取7分作为临界值, 源于文献显示门诊抑郁症患者的HAM-D17评分均值介于18至22分, 假使某患者的HAM-D17评分 $\leq$ 7, 则不太可能会符合抑郁症的诊断标准; 类似的情况是具有代表性的非抑郁对照组的HAM-D17评分一般介于1至3分, 如果没有抑郁症则不太可能出现评分大于7的情况。因此7分可以区分绝大多数的抑郁及非抑郁患者。

## 为什么需要临床治愈?

目前有大量的研究显示, 与达到治疗有效相比, 达到临床治愈可以帮助患者获得更佳的长期治疗结果。Paykel等及Van等发现未达临床治愈的患者较完全临床治愈患者在达到临床治愈后的10-15个月内更可能出现疾病的复发。Thase等同样发现, 相较未达临床治愈的患者, 达到完全康复 (HAM-D $\leq$ 6持续2个月) 的患者出现复发的可能性较低。

类似的情况出现在未达临床治愈而有残留症状的患者中, 有研究显示残留症状是早期复发的有力预测因素, 并预示着患者两次发作之间的康复时间较短; 而且相较于没

有残留症状的患者，其疾病复发的可能性更是高出约3倍。

除了影响治疗结局，未能达到临床治愈及残留的抑郁症状更会影响患者生活质量的恢复。Miller等对慢性抑郁患者接受抗抑郁药物治疗后的社会功能情况（包括社会适应能力、生活质量、工作能力、人际交往能力等）进行了研究，结果显示达到临床治愈的患者相较于仅达到治疗有效的患者其社会功能的恢复更为全面，且仅达到治疗有效的患者在研究结束时仍存在一定的社会功能缺损，而达到临床治愈的患者则与正常对照者相差无异。一项在美国进行的涉及超过2万人群的大规模流行病学调查也显示，症状未完全康复的抑郁症患者在多种社会功能上的缺损与抑郁发作患者类似。Mintz等所进行的回顾性研究则显示达到临床治愈的患者不仅能获得社会功能的恢复，在情感缺损方面（如应激、无兴趣、对工作场所不满等）也较未能达到临床治愈的患者康复得更好。还有研究显示获得临床治愈的患者较未获得者能够更快找到工作，且旷工时间更短。

此外还有文献显示，部分临床治愈和残留症状还与患者的心血管疾病风险及死亡率增高有关，以及可能导致自杀、物质滥用的风险增高。

## 临床治愈与用药选择

目前美国、英国、加拿大以及我国有关抑郁症的防治指南均已将临床治愈作为治疗的目标，现有的指南却并未对如何选择药物进而达成临床治愈做出明确的说明，且目前常用的药物并非能完全达到令人满意的临床治愈率，如STAR\*D研究第一阶段显示经西酞普兰治疗后使用HAM-D评定的临床治愈率仅28%。而在现有抗抑郁药物研究中涉及临床治愈数目较多且治疗结果较理想的为文拉法辛，以下即逐一概述。

首个有关临床治愈的二次研究文献源于Thase等学者，其对8个随机双盲对照研究（5个与氟西汀对比，1个与氟伏沙明对比以及2个与帕罗西汀对比）进行的合并分析显示文拉法辛临床治愈率为45%，SSRIs为35%，安慰剂为25%（组间比较均为 $P < 0.001$ ）；文拉法辛自第2周起临床治愈率优于SSRIs，自第3周起优于安慰剂，SSRIs 则自

第4周起优于安慰剂。Smith等对32个随机双盲对照研究进行的荟萃分析显示，文拉法辛临床治愈率高于氟西汀、氟伏沙明、帕罗西汀、米氮平及阿米替林等药物，比值比为1.36（95%CI 1.14-1.61）；也高于SSRIs药物，比值比为1.43（95%CI 1.02-1.58）。Nemeroff等进行的COMPARE研究将Thase等的研究进行了拓展，共纳入了34个随机双盲研究，共计8874例患者，结果显示文拉法辛较SSRIs临床治愈率高5.9%（95%CI 0.038-0.081），与每个SSRI逐个比较，文拉法辛的临床治愈率较氟西汀高6.6%（95%CI 0.030-0.095）。Bauer等于2009年发表的荟萃分析纳入了63个随机双盲研究，结果显示文拉法辛治疗抑郁症临床治愈率高于SSRIs药物，比值比为1.19（95%CI 1.06-1.34），且文拉法辛治疗难治性抑郁症临床治愈率高于其他抗抑郁药物如安非他酮、氟西汀、西酞普兰等，比值比为1.35（95%CI 1.19-1.54）。另一篇同样发表于2009年的文献纳入31个随机双盲研究进行荟萃分析，研究重点为抗抑郁药对不同严重程度患者的治疗情况，结果显示第2周起，轻中度抑郁患者组（基线时HAM-D17 $< 25$ ）文拉法辛治疗的临床治愈率优于SSRIs，差异具有高度统计学意义；同样于第2周起，基线时HAM-D17 $< 30$ 患者文拉法辛治疗的临床治愈率优于SSRIs，差异具有统计学意义，从第4周起差异具有高度统计学意义。

除随机对照研究的二次分析，也有不少文献显示文拉法辛治疗抑郁症在实际临床状态下具有较高的临床治愈率。

Baca等进行的前瞻性、开放性研究显示文拉法辛治疗抑郁症患者的临床治愈率在第8周时为47.8%，24周时为73.8%，均优于基线（ $P < 0.0001$ ），且生活质量量表QLDS显示文拉法辛在第4、8、24周的评分均优于基线（ $P < 0.0001$ ）。Ros等在西班牙所进行的前瞻性、观察性、多中心、实际临床状态研究显示，经过16周的文拉法辛治疗，抑郁症患者抑郁症状的临床治愈率为66.3%，焦虑症状的临床治愈率（HAM-A  $\leq 5$ ）为57%。Agüera-Ortiz

等同样于西班牙进行的多中心、随机、开放性、实际临床状态研究，纳入120例年龄大于60岁的门诊抑郁症患者，分别予以文拉法辛缓释剂及其他常用药物（西酞普兰、帕罗西

汀、氟西汀等)治疗,结果显示在第12及24周文拉法辛组的临床治愈率为8.6%、36.5%及50%,常用药物组为21.4%及28.9%,24周时差异具有统计学意义( $P=0.048$ )。

而Entsuah等及Khan等进行的文献二次分析则显示,文拉法辛治疗抑郁症患者并不存在性别差异,男性及女性患者均具有较高的临床治愈率。

综上所述,临床治愈无异为抗抑郁治疗目标的最佳选

择,达到临床治愈不仅会降低患者复发的风险,更能带来一系列诸如生活质量改善、降低疾病负担的益处。

而在现有的抗抑郁药物中,文拉法辛无疑具有较多且较高等级的循证医学证据佐证,其不仅临床治愈率高,且治疗依从性佳、持续用药率高,不仅可以作为一线用药更可以为在经其他药物治疗却难以达到临床治愈的患者提供更多的选择,值得广大精神科医生在选择药物的过程中参考。

# 汶川地震不同影响地区居民精神卫生状况流行病学调查

孙倩, 孙学礼, 李静, 黄明生, 杨彦春, 徐佳军, 黄明金, 宋辉 四川大学华西医院心理卫生中心

## 目的:

1、调查评估汶川地震后不同影响地区的受灾群体的心理卫生状况的差异与各自特点。

2、掌握汶川地震后各类精神障碍的患病情况、分布特点及发病的影响因素。

3、探讨汶川地震后受灾群体的整体心理健康状况与个体的差异,受灾群体的心理状况与以往灾难后的差异,为灾后精神卫生服务提供科学依据。

## 方法:

本研究采用横断面调查,选择汶川地震具有代表性的极重灾区都江堰、北川、青川三地的安置点,选取年龄 $\geq 16$ 岁的居民作为调查对象,框架覆盖20万灾区居民。评估首先以自编一般情况调查表和一般健康问卷12项(GHQ-12)进行筛查,将受访者分为高危组、中危组、低危组,随后采用美国精神障碍诊断标准DSM-IV,以DSM-IV-TR轴I障碍临床定式检查病人版(SCID-I/P)为诊断工具确诊,共计14186人完成面对面访谈,其中都江堰9457人、北川1867人、青川2862人。

## 结果:

1、GHQ-12全量表评定结果为:高危组1978人(13.9%),中危组2070人(14.6%),低危组10138人(71.5%)。

2、汶川地震后各类精神疾病总的时点患病率为

11.01%,常见精神疾病的患病率依次为:PTSD(2.17%)、抑郁障碍(1.97%)、广泛性焦虑(1.85%)、酒精依赖(1.34%)、睡眠障碍(1.28%)、焦虑抑郁混合障碍(1.28%)、适应障碍(0.44%)、躯体形式障碍(0.24%)。女性患病率明显高于男性,50-69岁年龄组、藏族、文盲、离异、无业人群患病率明显较高。都江堰灾区居民广泛性焦虑、睡眠障碍患病率较高,北川灾区居民PTSD患病率较高,青川灾区居民酒精依赖患病率较高。

3、汶川地震后精神障碍发病的危险因素为:女性、中老年、低文化水平、离异、地震前有躯体基础疾病、有亲人在地震中遇难、地震中目睹人员伤亡、财产损失严重、地震后没有得到及时心理救助。

## 结论:

1、汶川地震受灾群体精神障碍疾病谱有所改变,不同地域、不同亚文化背景下的受灾群体患病情况有所差异。

2、灾难后早期的心理危机干预、高度的社会支持、尽早恢复正常文化生活等有利于受灾群体的心理康复。

3、建立健全五级精神卫生服务体系,建设有文化特征的心理卫生服务社区,对灾后心理康复有重要意义。

4、继续在未来数年开展精神疾病流行病学调查,取得宝贵资料,总结救灾经验,为今后可能发生的灾难事件提供精神卫生服务决策依据。

# YY也健康，想多了就是病

转载自《成都商报》西精协专家点评内容 记者 黄文娟

——她幻想自己中了500万大奖，然后买房、买车，周游列国；

——她梦想自己能隐身、分身，一边上班一边旅游；

——他希望大家有个哆啦A梦，能够随心所欲；

——他幻想自己拥有读心术，随时深刻领会客户的心思；

——……

“生活有时很精彩，生活有时也很无奈，人生不可能事事顺心，所以“万事如意”只能是一种美好的祝愿。于是，一些人开始在日渐枯燥麻木的生活中天马行空，在幻想中给自己找点乐子，高举YY的旗帜，度过那段心情不知如何抒发的时光。他们快乐地吼着，“我思故我在”。

“幸福是什么？幸福就是猫吃鱼，狗吃肉，奥特曼打小怪兽”。是的，每一个人都有自己的乐趣，和自己开开玩笑，没有什么大不了。

“现在一起来看看，他们都YY着什么，你是不是也做过同样的白日梦。

## 一、幻想中500万

人物：杨小Y

“对我来说，其实要不了三亿，也用不了一亿五千万，只要五百万就刚刚好，能想象看到中奖后心脏突然狂跳狂喜却又必须压抑的心情。穿一身平时绝对不会穿的衣服、帽子，化个谁都认不出来的妆，或者戴个面具，先去把钱领了。然后突然消失在周围人的世界里（爽一点的，也可以对曾经挤兑过你的上司发泄发泄：一、把平时没说的说出来，痛快点；二、把辞职信甩到他脸上，附带轻蔑的表情）。

“500万的分配也想过了，一年内不打算做任何事，买房、环游世界。丽江住一个月，阳朔住一个月，拉萨住一个月，江南住一个月，希腊、埃及、意大利……然后做自己想做的事，开个客栈或水吧。剩下的钱用来炒股，给妈妈钱炒股，在老家买幢大房子给家里人住。给自己买个车，不用太贵的，10多万的就可以了。学点想学的，越剧、黄梅戏、琴什么的，再用这些学到的东西，赚点零花钱。然后……混

吃等死吧。”

## 二、幻想能隐身、分身

人物：杨小Y

“我希望能有个可以隐身的斗篷，哈哈，你懂的。

“或者让我分身也好啊。在领导面前还端坐在电脑面前打字的我，另一个我其实已经飞去了马尔代夫，穿着比基尼惬意地晒太阳喝饮料。哎，一边上班一边旅游，能分身就好咯。”

## 三、拥有读心术

人物：大力哥

“有时候辛辛苦苦地跟进客户，淘神费力写了方案，他们却不停地说这不对，那要改，真希望能像刘德华演的《我知女人心》一样，能读懂人心。我没想要挖出终级八卦，只希望能晓得啥子能让客户动心。

## 四、把高楼幻想成大自然

人物：安迪

“我有一种高楼冲动，喜欢到楼顶去看看。上了楼顶，才感觉自己终于看清了头顶的这片天。我还会幻想自己是处在自然界里，周围的那些楼都是高低不同的小山，会感觉神清气爽。”

## 五、想有个哆啦A梦

人物：莎莎

“我喜欢哆啦A梦，我们小时候喊的叮当猫、机器猫，有时会假设自己要是有了它的帮助会怎么怎么样。它包包里面的东西好多，以前读书时就想，要是记忆面包一类的，成绩次次都考第一，好洋气。长大了就想，要能通过叮当猫的任意门随便哪里都能去就好了，比如早上可以晚点起床，门一开就是办公室，或者在周末时，门一开就到了三亚、塞班岛……”

## 六、幻想自己是超人

人物：小毛

“美国的电影看多了，就会想自己要是超人该多好。世



界上的任何人、任何武器对自己都不会造成威胁。统治世界的事情自己不做，但只要有我一个人，世界就会和平。看谁做坏事，就可以代表老百姓去惩罚他；看到哪个国家的老百姓受穷，就去帮助他们；看见哪个国家侵略别人，就去惩罚那个国家，让地球人都过上天堂般的生活。”

## 七、幻想自己是外星人

**人物：邹同学**

“这个想法经常出现，而当时邹同学一定是坐在教室里。呵呵，最好是上课的时候，窗外突然飘来一群外星人，然后叽里咕噜地用别人都听不懂的语言与自己对话，然后邹同学就跟着外星人飞走、飘远……教室里留下目瞪口呆的老师和同学。每当这样一想，那叫一个爽啊！”

邹同学有时候一想怎么会有我这个深奥哲学问题的时候，就很奇怪自己为什么也是和其他人一样，为什么不是一个生活之外的旁观者呢？

## 八、幻想下辈子变动物

**人物：安妮**

“熊猫多好啊！想吃就吃，心情不好可以不想吃，反正一堆人伺候着，看上哪只公熊猫了，估计也能得偿所愿。还可以去日本住一段，去美国住一段，到处旅游。”

**人物：何妹儿**

“我总觉得猫这个动物，无声无息的，洞察人类的一切。幻想自己有一天早上醒来，伸个懒腰，嘴里发出的声音居然是‘喵’，吓了自己一跳，忙用手去捂自己的嘴巴，结果发现是一只毛手，展开一看，还有爪子！不得了，爬起来去照镜子，里面赫然是一张猫脸！”

## 九、其他

“家人生病，幻想自己若是学医的，或是有万能药。”

“房贷、车贷都背在身上，真想自己怎么不是个富二代。”

“遭遇堵车，巴不得立即长出翅膀变鸟人。”

注释：“YY”这个词诞生于网络，随着被人们广泛运用，这个词语表达着幻想、猜测、臆想等意思。

## 专家解读现实压力下产生的心理防御

**给幻想一个积极出口**

为什么会出现这种幻想？这是人对于压力的一种应对。

遇到一件事，如果能意识到并进行处理，就是正常应对，如果在潜意识里不由自主地这样幻想，就是一种心理防御。现在，诸如幻想这种心理防御现象越来越多，就说明社会节奏、环境给人们的心理压力在增加。这就要倒推回去，压力是什么？压力，就是需要额外付出精力去应对的事。

心理防御，又分成熟、不成熟等几种，它们本身的存在是有意义的，所起的作用是能在一段时间内缓解压力，给内心一个缓冲。所以，出现这种心理反应，与两方面有关：

一、应激事件的大小。二、个体承受能力。应对能力强的人就很少甚至不会有这种幻想。一般来说，从小时候到成年，使用不成熟心理防御的现象是递减的。

所以，若是频繁陷于幻想，说明这个人是有压力的，现实应对能力是有问题的，此时应更积极地识别自己的状态。另外，幻想与妄想的区别，在于对现实的判断与检验能力，如果越想越真，甚至认定自己的想像是真的，这就是生病了，叫做妄想。

幻想是让自己暂时地愉悦，一会就过去了。四川人本性乐观，可以运用一些更为成熟的心理防御方式应对现实压力。建议：一、给幻想一个积极的出口，比如升华，就堵车提出自己的方案，或是像一些小发明的产生；二、把被动变为主动，比如最近很累了，又喜欢用‘想’的这种方式，就可以把幻想转换成能调节植物神经的冥想，成为一种防止身心疾病发生的技能；三、对于停不住的要去做白日梦的人，就需要识别自己的压力状态，提升自己的抗压能力以积极的应对方式去解决它。

**冥想：让脑子轮个班**

每天做10—15分钟冥想，能让大脑一直活跃的部分休息下来，让脑子各部位“轮班”工作，睡觉都不能达到这个效果：

相对比较安静的环境，最好有轻音乐；闭眼，坐或躺在一个比较舒适的沙发、椅、床上；做3—5次深且均匀的呼吸，联想自己深深吸进的是新鲜氧气与能量，深深吐出的是浊气与压力；先做松弛训练，关注到身体的某个部位。如腰痛，感觉腰部肌肉收紧，保持3—5秒钟，然后全部放松。肌肉系统松弛之后，就跟随音乐幻想，想自己在山间、在海边，鸟的羽毛是什么颜色，什么样的叫声，越细节越好。

# 管理情绪是一辈子的养生—— 悲秋是一种病

转载自《成都商报》西精协专家点评内容 记者 何箐

“秋风秋雨，真的可以愁煞人！”有些人出现沮丧、抑郁情绪，被形象地称为“秋雨病”。专业上，有一个“季节性情感障碍”的说法，情绪随着季节的变化大起大落，春夏天表现为躁狂，秋冬季表现为抑郁，一些情绪波动比较严重的病人，甚至会一年定期住两次院。“秋天雨量大、气压低，人和动物一样，代谢逐渐放缓、精神活动也放缓，情绪下滑，如果控制不好情绪，下落速度很快，容易出现抑郁。

## 能量保持，应该从夏天开始

我们会发现，身边的一些人情绪长期稳定，一些人则波动很大，这和他们各自的心境稳定性有很大的关系。心境是什么？就是情绪或情感的背景。“心境障碍”的发病率为1%，其中有明显家族遗传因素的人不到一半，“遗传”的含义分两种，一是基因水平的遗传，包括以此形成的气质基础，二是生长环境——幼年时在情绪波动大的人的养护下长大，成年后的情绪起伏也比较大。“秋雨病”的表现则很多人都有，尤其天性多愁善感的人、心境不稳定的人，他们在秋天就容易出现抑郁情绪，“通常来说，感性的人比理性的人更易伤春悲秋。”

大部分人都认同，情绪是需要管理的，我们应该学会控制情绪的能量。其实，能量保持夏天就应该开始，夏天要避免太过亢奋、繁忙，要保持一个相对稳定的情绪状态。夏天保持住能量，“悠着点”，秋天就不会面临情绪急速下滑带来的不适。之前不知道这个秘诀的人，可以从下一个夏天开始实践。

## 自我犒赏，假期的心情每天都有

预防“秋雨病”，应对情绪变化的方式训练非常有必要，松弛训练、瑜伽、户外减压等活动都是有效方法。例如，秋天来临，因为生理、心理的影响，工作效率有所降低，面对这种情况，一些人选择了自责，压力也进一步增

大；另一些人则选择了积极正面的态度，在感觉自己情绪能量不足时，给自己更多愉快的体验。这种自我犒赏机制非常有必要，建议大家采取类似方式来主动应对秋天的低落情绪。自我犒赏机制是一种正性情感能量的累积，让人不会遇事太慌乱。

如何自我犒赏呢？简单说来，假期的心情应该每天都有，要把每件事当作喜欢的事情来做，让每一天都是愉快的。比如，有人喜欢夏天而不喜欢秋天，因为夏天可以穿裙子，要愉快的话，就可以这样想：秋天可以穿其他漂亮衣服，秋天是收获的季节、可享受安静。看事情的角度，决定对事情的评价和相应的情绪体验。任何事情都可以有正面、负面的评价，即使是地震灾难，也有体验亲情、感受友爱等正面情绪的机会。如果我们努力寻找正面的情绪，就能每天都保持假期的心情。

## 真正的心理保健，不光在秋天

为什么老年人是“秋雨病”预防的重点人群？人生之秋与一年之秋重叠，容易产生共鸣，所以老年人在秋天的感触更多，更要注意预防“秋雨病”。

老年人对一生的评价有“丧失观”和“毕生发展观”两种截然不同的情况，丧失观就类似于“秋雨病”的症状，觉得人生即将结束而感到落寞彷徨焦虑抑郁，而拥有毕生发展观的老年人就非常积极，人到老年，虽然身体机能有所减退，但智慧、人生阅历都在人生顶峰，它让人充满自信、精力充沛。老年人应该多从这个角度去看待自己。

当然，很多老年人出现“丧失观”，也跟其年轻时没有积极管理好情绪有关，真正的心理保健不光在秋天，同样也不光在老年。所以只要大家主动应对，不管是一年四季还是人生旅程，每天都能有好心情。每个人都应该积极管理情绪，从现在做起，主动应对，不要像落叶那样只看到“秋风扫尽”，不见“春来复苏”。

# 开车爱发火，这病叫“路怒症”

转载自《成都商报》西精协专家点评内容 记者 何箐

“一点堵车或碰擦就有动手冲动”

“哪个车要是插了队，恨不得一脚油冲上去”

“看见行人不走人行道挡了车，立马摇下车窗伸出头去大骂”

“哪个车稍微开得有点影响自己，马上要甩一盘子去示威”

“见不得谁来超车，若是好车超了自己的车，骂的是“有钱了不起啦”

“若是比自己的车还逊的车超了车，骂的是“你一个××车胆敢超我”

……

“路怒症”概念最早来自国外心理学。“路怒”(road rage)是形容在交通阻塞情况下，开车压力与挫折所导致的愤怒情绪，发作者会骂骂咧咧火气冲天，严重的会袭击他人的汽车，有时无辜的同车乘客也会遭殃。路怒症发作的人经常会口出威胁、动粗甚至毁损他人财物，也就是攻击性驾驶。研究表明，相当多的司机都有这些症状，但并非每个那么做的人都明白自己这是一个病态。

## 开车的时候为什么容易愤怒？

路怒症潜台词：“我不是好惹的！”

首先，愤怒来源于“没办法”，因为此时开车不能按照自己的意志来进行，没办法的办法就是攻击。例如小狗遇到陌生人，也许这陌生人对小狗是友好的，但小狗不知道，怕陌生人伤害它，不知道会产生什么结果，它没有其他办法，只有选择攻击——狂吠。开车时的愤怒和小狗的狂吠都是攻击的表现，他们都在告知对方——“我不是好惹的”。

大多数人“路怒症”的表现主要是言语的辱骂、粗鄙的手势、故意用不安全或威胁安全的方式驾驶车辆

等，这实际上是一种发泄，不是实际攻击，而是假想的攻击。想快快不了、想不被超车却偏要被超车，开车不如自己的意，产生挫折感，但又无法进行实际攻击，于是就转而进行假想的攻击。

愤怒的另一个重要原因是嫉妒。这个嫉妒在于人家做了你想做而不敢做的事情——违章，且没有因此受到惩罚，而你也没有因为遵纪守法而得到表彰。其实每个人都有一种不按规则办事的冲动，但由于教育背景的不同，你就是做不出违章的事情来，一旦看见别人做了违章的事，就产生嫉妒的情绪，进而愤怒。

焦虑也是产生愤怒的因素之一，因为自己的焦虑而进行无目的的攻击。例如在2008年地震的当天，一男子开车急着赶路，但塞车厉害大家都只能缓慢行驶，这个人突然冲下来跑到前面一辆车旁拉开车门大骂。实际上他这是无目的的攻击，并不是针对前面的驾驶员，他也知道这个状况不是前面的驾驶员造成的，这只是他自己焦虑而引发的愤怒和攻击。

## 3-6年驾龄，路怒症高发期

路怒症跟驾龄有无关联？答案是肯定的。3-6年驾龄的人，是路怒症的高发人群。驾龄2年内的新手，他的标准仅仅是不撞车、不熄火、坡道起步不下滑、停车顺当等，只要做到这些，他就很满足了，愤怒对于他来说，好像还没得什么资格。当驾龄达到一定时间，新手成为熟手后，他就觉得自己有话语权了，希望能够按照自己的意志来设计出行模式，希望展示自己良好的车技，最容易因为各种各样的情况而愤怒、攻击。如果能按自己的意愿开车行驶，充分展示车技，产生成就感；谁要是插进来或者用其他方式妨碍了自己，那就立刻产生强烈的失败感。再多开一段时间的车，愤怒越来越少、越来越小，因为他会逐渐接受现有的模式。因此驾龄3-6年的

人是路怒症的高发人群，两头的人情况要好得多。

## 性格特征的影响

人格不成熟、以自我为中心、焦虑人格等都易出现愤怒的情绪，或者愤怒的程度更深一些。

## 缓解路怒症，认知最重要！

恋爱中的人开车，如果恋人坐在旁边，他的脾气可能要好得多，也许他希望和恋人在一起的时间长一点。但是如果想在恋人面前展示车技又实现不了，那也有可能更愤怒。

◇轻音乐可以让人舒缓焦虑，车内播放轻音乐可以降低路怒症的发生。但若是对音乐毫无兴趣的人，说不定相声更合他的口味。不过，开车时注意力也不能过度分散，取一个中间值是非常重要的。

对于急于赶路的情况，要尽量避免。

明确自己为什么产生愤怒和攻击，实在需要攻击则指向一个无关的目标，而不是会引起冲突的目标。

开启车载导航，关注路况信息，哪里堵车哪里顺畅都在掌握中，这样情绪也会平和得多。

“开车就应该快”、“路路都应该畅通”，这是很多人的想法，但现实是：交通拥堵是现代社会的最大弊端，很多大城市都有这样的通病。成都10年前不这样啊。有人感叹，和过去一比，挫折感更强。

如果认识到“道路不是你个人的”、“你开车就得承受和他人共享道路所带来的不便”、“违章的人首先伤害的是自己”、“现在的情况就只能这样”、“动比不动好”……情况就要好得多。

---

# 可怕的整形执念其实是“体像障碍”

转载自《成都商报》西精协专家点评内容 记者 吴晓颖

因为各种各样的原因，整形已经成为一种社会风尚，给眼睛、眉毛做一下，享受心中小小的愿望，这种算是心理健康的一群人。也有出于社会层面的需要，比如为了挽救婚姻去隆胸，作为解决当下困难的方式，我们认为这都是可以理解的。但是，也有另外一群人，已经把通过整形来改变自己作为一种“事业”。她们每天盯着自己的外表，对整形抱有非常可怕的执念。

当这种力量过强的时候，一部分人还会伴随出现“体像障碍”。在普通的生活中，绝大多数人会认可自己的外形，但是有一部分人对自己的外形总是不满，觉得不够完美，并以为别人对自己的体貌也不满意，她们会迫切地、无止境地采取措施改变，这就是“体像障碍”。有“体像障碍”的人，永远非常敏感地知觉到自己达不到的细节，在整形美容上，对局部的调整和完美

化形成更高的要求，一发不可收拾，停不住了。比如隆鼻，高那么一毫米，就差那么一点，她就会在心里一直想一直想。

“体像障碍”已经是一种精神症状，它源自内心的焦虑不安和恐惧。有一位著名的节目主持人，就曾经在她写的书里描述过她的恐惧。她对瘦非常执着，觉得胖是一种很可怕的事情，于是通过各种各样的方式保持瘦的状态，稍微有点肉就一定要减下来。

如果你发觉自己对身体的不完美处于焦虑的状态，并且对整形不能自拔，就需要去咨询心理医生。

# 第九届西部精神医学论坛



学术委员会名单: 主席: 张明园 委员: (按姓氏笔画排序) 高成阁 胡建 李建林 况利 李惠春 李幼辉 刘铁榜 陆峥 梅其一 潘小平 施慎逊 孙学礼 谭庆荣 王高华 王学义 魏镜 吴文源 许秀峰 张宁 张玉堂 赵靖平 郑毅 周东丰

西部精神医学论坛(以下简称“论坛”)最初组织于2004年9月,成都。在中华医学会、中华精神科杂志和华西医院的鼎力支持下,由孙学礼教授和张伟教授牵头组织举办的首届“论坛”,召集参会专业人员400余人,覆盖13个省市地区,旨在搭建西部省市精神医学学术平台,引进国内外本领域先进的知识和经验,促进和加强西部地区精神病学临床、教学工作的实践水平。此次论坛的成功召开为组织者明确了思路,树立了信心。

2005年9月,“论坛”在论坛组委会和重庆市医学会的主办及重庆医科大学附属一院的承办下在重庆成功举办。参会500余人,覆盖15个省市地区,首次组织西部各省市青年医师进行精神病学讲课比赛,相互吸取教学经验,为年轻医师的专业和教学能力提供了展示的平台。同时,本次“论坛”的总结和反馈给予组织者发展“联络-会诊精神医学”的尝试设想。

2006年3月,在第二届“论坛”结束后6个月,“联

络会诊精神病学协作组”在西安诞生,协作组随后更名为“中华医学会精神病学分会联络会诊协作组”,与刚刚组建的“中西部地区精神卫生服务联盟”一起协助论坛组委会在西安举办了第三届“论坛”。此次“论坛”同时获得华西医院心理卫生中心的协办并由西安交通大学附属第一医院精神卫生中心、第四军医大学附属医院精神科、西安市精神卫生中心联合承办,并且得到了陕西省医学会和陕西省心理学会的支持。此次“论坛”吸引来自西南三省一市、西北五省及广西、河南、湖北等地区的800余位专业人士参加。会议内容涉及精神病学、神经科、内科、外科、教育心理、临床心理、高校教育等多领域学科。

随后,2007年的第四届、2008年的第五届“论坛”继续沿着发展联络会诊精神医学、精神病学和社会心理学的基本路线前进,分别于昆明和成都圆满举办,参会专业人员覆盖更多省市自治区,已经初步形成接近全国



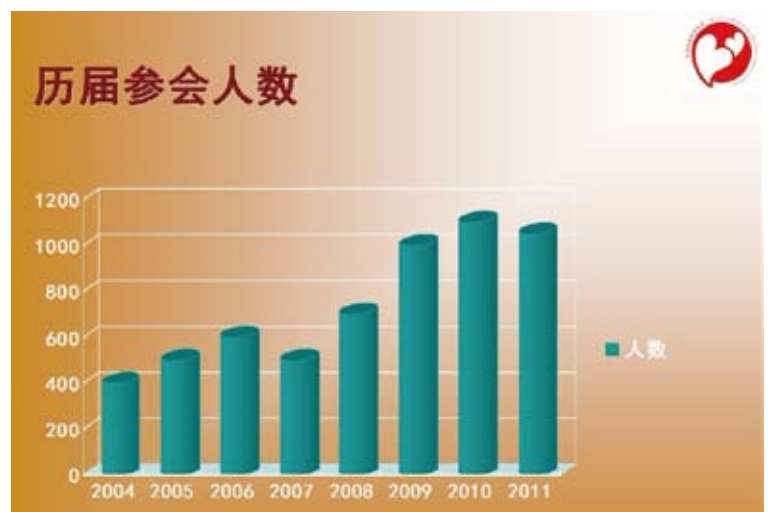


工作委员会：主席：孙学礼 委员：（按姓氏笔画排序）陈红辉 陈玉龙 邓红 杜欣柏 高成阁 黄颐 黄宣银 瞿伟 孔德荣 况利 李进 李幼辉 刘波 吕路线 毛文君 蒙华庆 师建国 孙华 谭庆荣 谭友果 汪波 王高华 王晓萍 徐向东 杨彦春 伊其忠 张波 张迪然 张海燕 张玉堂 郑敏 周茹英

规模的学术盛会。

随着“论坛”的顺利发展，成立一个相对固定的论坛组织机构已刻不容缓。2008年11月，具有独立法人资格的四川省西部精神医学协会在成都成立。协会注册于四川省民政厅，学术领导单位为四川省科协。整合了中西部地区联络-会诊协作组、中西部精神卫生服务联盟与西部精神医学论坛组委会。经会员代表大会的选举，聘请全国政协委员、中残联副主席张明园教授担任协会的名誉会长，孙学礼教授担任协会的会长，同时聘任了多位知名专家担任副会长及理事。2011年，会员人数突破千人。

协会成立后，2009年7月，经历从乌鲁木齐到峨眉山的紧急迁址，第六届“论坛”成功举办，参会人数达1000余人，覆盖除西藏自治区以外的所有省市地区；之后，2010年1月，在上海成立论坛学术委员会，张明园教授任委员会主席。学术委员会负责“论坛”的学术架构和学术内容质量把关。同时，前论坛组委会等组织



者整合成立论坛工作委员会，负责“论坛”的会务组织工作。在论坛组织机构基本确立后，2010年和2011年，协会在相应兄弟省市学术组织和单位的支持下先后在郑州和昆明举办了第七届和第八届“论坛”，均得到业内人士普遍好评，联络会诊医学的内容已涉及多学科范围如心血管科、内分泌科、妇产科、肿瘤科、消化科、儿科、神经内科、外科、老年科等等。

# 第九届西部精神医学论坛参会通知

由四川省西部精神医学协会主办、四川大学华西医院承办、成都市博览局协办的“第九届西部精神医学论坛”将于2012年7月19日-22日在成都市新会展中心（四川省成都市世纪城路198号）召开。论坛以心身医学、精神病学、社会心理学三个板块为主题，展开学术交流与专业讨论。大会分为专题讲座、论坛、工作坊、教学版、公共讲座等形式，特邀来自精神医学、医学各其它学科、心理学、教育学等领域的国内外资深专家参会，传承人文与医学、心身健康、精神健康、环境与健康之间的关系。

参会注册费用（含会务费、资料费）：

会员参会：

820元/人（6月15日前，以汇款日期为凭）

850元/人（6月15日后，以汇款日期为凭）

非会员参会：

970元/人（6月15日前，以汇款日期为凭）

1000元/人（6月15日后，以汇款日期为凭）

欢迎加入协会，协会入会费用：100元/年/人

参会报名详见协会网站（[www.chinawcpa.com](http://www.chinawcpa.com)），论坛注册系统将于近期开放，敬请关注。

会议将授国家I类继续医学教育学分9分

## 会议日程（草案，更新见协会网站）

日期	时间	会场		
7.19	08:00-22:00	报到		
	18:00-19:30	VIP晚宴、开幕100人		
	19:30-20:30	理事单位会议		
	21:00-22:00	开幕式、西部精神医学协会理事大会		
7.20		一会场	二会场	三会场
	08:30-09:30	专题讲座01	专题讲座02	专题讲座03
	09:30-09:50	专题讲座04	专题讲座05	专题讲座06
	09:50-10:10	茶歇		
	10:10-10:30	专题讲座07	专题讲座08	专题讲座09
	10:30-10:50	专题讲座10	专题讲座11	专题讲座12
	10:50-11:30	专题讲座13	专题讲座14	专题讲座15
	11:30-13:00	卫星会01	卫星会02	卫星会03
	13:00-15:00	论坛01	论坛02	论坛03
	15:10-17:10	论坛04	论坛05	论坛06
	17:20-18:50	卫星会04	卫星会05	卫星会06
7.21	08:00-10:00	论坛07	论坛08	论坛09
	10:10-12:10	论坛10	论坛11	论坛12
	12:20-13:50	卫星会7	卫星会8	卫星会9
	13:50-15:50	论坛13	论坛14	论坛15
	16:00-18:00	论坛16	论坛17	论坛18
	17:00-18:30	卫星会10	卫星会11	卫星会12
	19:00-20:30	工作坊1	工作坊2	
7.22	08:00-08:40	卫星会13	卫星会14	卫星会15
	08:40-10:40	教学版01：糖尿病多学科干预	教学版02：形形色色的焦虑	教学版03：关注青少年人格发展
	10:40-12:00	公开讲座：压力与亚健康	公开讲座：情绪管理	公开讲座：亲子关系管理
	12:00—	撤离		

# 第九届西部精神医学论坛征文通知

第九届西部精神医学论坛预定于二零一二年七月在四川省成都市召开，本次会议由西部精神医学协会主办。会议征文内容：

## 板块一：精神病学

1. 精神疾病治疗新技术；
2. 精神病院的管理及相关法律问题；
3. 精神病患者的康复和回归；
4. 司法精神病学的理论和实践；
5. 精神病学教学法研究；
6. 精神科合理用药。

## 板块二：联络-会诊医学

1. 心身健康与健康管理的；
2. 心身疾病的教学法研究；
3. 心身疾病的危险因素研究；
4. 心身疾病的临床综合干预；
5. 心身疾病的全面康复。

## 板块三：社会心理

1. 女性及儿童青少年心理健康；
2. 灾后危机干预；
3. 网络与生活；
4. 恋爱、婚姻家庭及性心理；
5. 环境与心理；
6. 民众心理教育。

请将论文及摘要、正文、参考文献以E-mail形式发往论坛秘书组邮箱2353075698@qq.com；zb\_73@126.com（投稿咨询电话：028-65008111 18980602051张老师）并注明同意以何种形式（全文/摘要）在论文集（U盘）上登出。论文征集截稿时间：2012年5月11日前（以电子邮件日期为准）。大会论文将在第九届西部精神医学论坛上进行评奖，设一等奖2名，奖金各3000元；二等奖4名，奖金各2000元，三等奖6名，奖金各1000元。

## “第九届西部精神医学论坛” 论坛征集通知

第九届西部精神医学论坛将设专题论坛18个。内容涉及临床精神病学，社会心理学和联络会诊精神病学三大板块。根据2011年第八届西部精神医学论坛参会代表评选结果，以下6个论坛或其讨论方向将在本次会议中保留：躯体疾病与情感障碍——三国演义之煮酒论英雄，ADHD——一生的关注，精神分裂症康复之路，双相情感障碍，性伤害及其危害，佛学与心理健康。

现特征集论坛创意，包括论坛题目，可能的讨论方向，论坛组织形式及设想，与论坛内容有关的讲者等。

诚挚邀请有意组织论坛的专家向会议提交论坛设计计划表（见附件），论坛学术委员会讨论通过后邀请论坛设计者参加会议筹备会作进一步讨论。

经过审稿通过参加“第九届西部精神医学论坛”的论坛将于7月与上届保留的6个论坛同场竞技，评选出今年的前六强。其中1-2名将分获RMB10,000元奖金，第3-6名分获RMB5,000元奖金。欢迎踊跃申报！

论坛设计书提交截止时间：2012年5月11日前（以邮戳或收到电子邮件日期为准）

文件形式：四川大学华西医院心理卫生中心（成都市电信南街28号 邮编：610041）张波

电子邮件：张波18980602051

邮箱：zb\_73@126.com

郑敏 13540033097

邮箱：lilymingzheng@hotmail.com

## “第九届西部精神医学论坛”论坛计划书

论坛申请人 (坛主, 限3名以内)	姓名		
	单位		
	联系方式	电话	
		电子邮件	
拟申请论坛题目			
拟讨论的内容简介			
论坛框架			
拟邀请嘉宾简介			

# 第九届西部精神医学论坛 保留论坛介绍

在2011年7月昆明举办的第八届论坛上，14个学术论坛竞相争辉，经过参会代表与部分专家的评议，以下6个论坛获得“优秀论坛”称号，同时获得直接参加第九届论坛的资格。以下为该6个论坛的精彩回顾。

## 1. 躯体疾病与情感障碍——煮酒论英雄

坛主：张明园、孙学礼、礼来公司

内容：孙学礼教授率先发言，建议采用灵活的交流方式，增加互动，并就常见躯体疾病的心理学背景做了简单阐述，提醒注意在消化内科、内分泌科、心内科等住院和门诊病人中，有相当比例的伴有心理问题，并有较多的属于心身疾病范畴，是近年来研究的重点和热点，为各学科交叉提供了契机；两位坛主和与会嘉宾还对常见心身疾病的诊断和治疗提供了建议。与会代表就各自领域的心身疾病相关问题进行了提问，两位主持人渊博的知识，精彩的回答赢得了在场人员的热烈掌声。会议结束后经评比，该场论坛获得了最高的评价。

## 2. ADHD——一生的关注：

坛主：黄颐、周茹英、杨森公司

嘉宾：郑毅、金星明、殷青云

内容：就ADHD的概述、父母教育、药物治疗、社区干预等方面的问题进行了深入探讨，总结出下一步针对ADHD关注的思路：1、加强西部精神医学会网站ADHD专委会网页建设及相关宣传工作，搭建以网络为基础的专业资源共享平台，及ADHD评估和干预健康宣教网站；2、促进ADHD规范化诊疗流程的建立，提高西部地区相关专业医生的ADHD诊断和治疗水平；整合多方优势资源，探索多学科间沟通交流、协作、转诊模式，使患者最终受益；3、评估ADHD患者家长、教师需求，为探索适宜的ADHD综合干预模式奠定基础；4、推广ADHD父母训练等。

## 3. 性伤害及其危害

坛主：孙学礼、Zvika

嘉宾：胡建教授

内容：孙学礼教授首先向与会人员介绍了Zvika教授和胡建教授的一般情况和研究方向，随后Zvika做了题目为

“The Healing of The Body”的专题讲座，着重介绍了荷兰受性侵犯男性儿童的心理特点，并介绍了其主要治疗方法——舞蹈治疗对该类儿童的治疗作用。由于该治疗方法对国内精神病学界相对较新颖，因此引起了大家浓厚的兴趣。与会人员提出了“性侵犯心理治疗的原理”等问题，孙学礼教授和Zvika教授对大家的提问分别作出解答。接着，胡建教授发表了以“性创伤和文化”为题的讲座，主要讲述了性文化的历史和现阶段国内主要的性观念，也引起了听众的极大兴趣。

## 4. 精神分裂症康复之路

坛主：张明园、中西制药

嘉宾：刘波、朱紫青

内容：涉及康复的定义，目标，时间，手段等。康复的定义争论在于是否包括精神科药物治疗，专家认为应该包括的理由是：部分患者本来就是终身或者间断服药维持治疗，药物在其康复道路是一个非常重要并且一直存在的“武器”，不应该被排除在其他手段之外；另外专家认为不包括药物的治疗的理由是：康复作为一门单独的学科存在，应该与精神科用药区别开，强调其学科专业性。康复的标准包括：医学康复、教育康复、社交康复、职业康复，专家就康复近期和远期目标等展开了激烈的讨论。有人认为精神分裂症患者自知力不完整，缺乏判断能力，融入社会可能带来潜在危险，因此需要住院治疗，完全康复后才接触社会。而也有专家指出治疗精神分裂症的根本目标是最大努力地使精神分裂症患者恢复其社会功能，减少精神残疾，而长期住院治疗反而不利于其精神康复，因此提议让患者在治疗的同时多与社会接触。也有人认为应根据病人具体情况个体化制定是否也是一种有效可操作方案。并且就康复时间争论的焦点是终身还是有时限，专家意见也不统一。康复手段大家更是各抒己见，临床常用的精神分裂症的康复方法主要有社会功能训练，行为矫正疗法，运动疗法和综合性工娱疗法等。由张明园教授主持，刘波、朱紫青教授和台下参会者就精神分裂症康复之路展开了激烈的辩论。坛主张明园主席最后总结论坛中提出了我国目前精神康复中遇到的问题和难点，还有待进一步商榷

讨论。

## 5. 双相情感障碍

坛主：张明园、阿斯利康公司

嘉宾：孙学礼、许秀峰、林本堂、王刚、季建林

内容：主要内容包括预测性诊断，具体用药方案等。

专家们认为预测性诊断有十分重要的意义，尤其对于自杀预防十分重要。相当一部分双相情感障碍病人在开始被诊断为抑郁症，导致治疗决策的错误。专家就双相情感障碍预测性诊断提出以下几点：1) 双相情感障碍家族史，2) 抑郁伴随强迫症状，3) 抑郁伴随精神病性症状，4) 抑郁伴随迟钝、贪睡症状，5) 甲状腺功能紊乱，6) 小于20岁的抑郁症。

用药方案国际公认的一线治疗药物包括丙戊酸盐等心境稳定剂，但在联合使用抗精神病药和抗抑郁药物专家产生较大争议。孙学礼主席认为双相情感障碍中躁狂本来就是疾病的一部分，而不能单说是药物引起的抑郁转躁，治疗上倾向拉莫三嗪加抗精神病药和抗抑郁药联用，药物配伍中剂量的选择则根据病人所处具体状态调整。王刚教授认为在双相障碍治疗中主张心境稳定剂联合喹硫平，有研究证明其疗效优于心境稳定剂联合抗抑郁剂或者安慰剂。并且应用抗抑郁剂可能诱发转躁狂或轻躁狂发作，或使循环频率增加，或促发快速循环发作而使治疗更加困难。因此，双相障碍抑郁发作时应慎用抗抑郁剂。徐秀峰执行主席认为个体化处理，他的个案证明抗抑郁剂疗效很好，没有转躁狂。季建林教授指出FDA批准氟西汀联合奥氮平治疗双相情感障碍，同时美国指南中也指出慎用抗抑郁药，抗躁狂药有预防作用。林本堂教授指出抗精神病药对治疗躁狂发作有效，而喹硫平兼具稳定心境的作用，它能够快速起效控制躁狂行为，广泛改善各种精神症状，改善兴奋、激越、情感高涨或低落等不稳定的心境状态，其良好的耐受性更为患者安全持久地回归社会提供保障，助其重燃和谐人生的希望，因此在台湾常将喹硫平和抗抑郁药联合用于治疗双相情感障碍。坛主张明园主席作出了总结发言：目前在不同地域治疗双相情感障碍的大体思路是一致的。各位教授在具体治疗方法上有独到的见解，总结了各自的临床经验并行之有效。像今天这样的探讨在对未来治疗双相情感障碍以及其他精神疾病很有益处，希望以后还能举办更多这样的经验性讨论。

## 6. 佛学与心理健康

坛主：胡建

嘉宾：惟海法师、静波法师

内容：大家主要就佛学与人际关系进行了探讨。惟海法师认为，佛教对世界的认识是建立在如实见的基础上。佛教对世界本质的认识来自“缘起法”，缘起法包括四点：无常恒不变性、无独立主宰性、无实在性、因缘所生—唯识所现。常恒不变是大家非常容易产生的一种错误认识。我们习惯把一切看成是永恒的：我们希望生命永恒、希望家庭永恒、希望事业永恒，总是生活在对于永恒的期待中。正是这种错误的概念，给我们的生活带来很多事与愿违的痛苦。无独立主宰性：我们总认为事物是独立存在或可独立自主的，基于这种见解，就会产生两种错误认识。无实在性：虽然说万物在本质上是无我的，是空的，但存在的假相还是有的。以佛法的观点来看，人生的烦恼都是因为对空及有的关系不能正确认识而起。唯识思想是佛教最重要的理论之一，它揭示了心与境的关系，认为心境相依，境不离心，也就是说，能认识的心与所认识的境是相互依存的。佛法对“世间”的理论，向我们揭示了世界的本质是无常、无我、无自性、唯识的。假如我们能够用这四种智慧去审视世界，就可以从烦恼中解脱出来，生活得洒脱自在。静波法师认为，人类内心都是有主观的潜在期望：“世上每件事情都能符合我们的心意”——这就是佛教所说的“我执”。一旦领悟世上很多事情不是自己能够主宰，自然面对挫折时能够坦然、淡然。人生就是苦的，是种常态。与人相处，做到己所不欲勿施于人，这是基本底线，然而别人会怎么对自己，则不能“我执”。静波法师同时认为，“惜缘”很重要，所谓：你我相识皆有缘，面带笑容结人缘，布施欢喜种善缘，你对我错相惜缘。顺我逆我消孽缘，生老病死了尘缘，果报好坏皆因缘，慈悲喜舍修佛缘。能够认识是种缘分，平易近人，乐于助人，放弃偏执，不斤斤计较，坦然面对不公正待遇，甚至亲人朋友的死亡。当然，缘起时惜缘，缘灭时随缘。佛讲的还是要超然。也有参会者认为，佛教就是还原论，把复杂的东西简单化。人与人之间关系也是如此，除去隔层，相处自然容易。“放空”自己，一切都自然而然。坛主胡建最后总结说大师们的说法是统一的，获得良好的人际关系的前提还是在自身的修炼，佛告诉我们境由心生，世间本无事，只是庸人自扰之。其实佛学和心理学的理论是相通的，大家可以进一步体会参透，在此就不点破了。



## 《西部精神医学》内刊反馈表

- ☺ 您对本刊的总体印象如何：  
 A. 可以带来很多的感触  
 B. 还可以  
 C. 一般般，很多方面需要改进（改进建议：）  
 D. 不理想
- ☺ 您觉得本刊文章的深浅度如何：  
 A. 把握地很有分寸  
 B. 内容太深  
 C. 内容太浅  
 D. 内容太杂
- ☺ 您认为本刊文章的排版设计如何：  
 A. 很庄重  
 B. 有创意  
 C. 太花哨  
 D. 很沉闷  
 E. 一般，有待改进
- ☺ 您对本刊内容阅读程度是：  
 A. 几乎全部都读  
 B. 大部分都读  
 C. 大约阅读一半  
 D. 只读一部分内容  
 E. 只读很少一部分内容
- ☺ 您认为本刊的针对性如何？  
 A. 针对性非常强  
 B. 有一定的针对性  
 C. 针对性较弱  
 D. 没有针对性
- ☺ 您最感兴趣的版块：  
 A. 精神病学篇  
 B. 心身医学篇  
 C. 社会心理学篇  
 D. 名人谈生活  
 E. 其它
- ☺ 您阅读本刊的最大感受是什么：\_\_\_\_\_
- ☺ 您对本刊的最佳意见和建议，及希望增添的内容：\_\_\_\_\_
- ☺ 您的姓名：\_\_\_\_\_ 联系方式：\_\_\_\_\_ 感谢您的参与，若您是幸运读者，我们将及时与您联系！
- 投递方式：\_\_\_\_\_

1、邮寄地址：四川省成都市人民南路三段24号四川教育学院A栋21楼2号；邮编：610041；收件人：西部精神医学协会。

2、登录西部精神医学协会网站（www.chinawcpa.com），进入下载专区下载内刊反馈表，发至协会邮箱2353075698@qq.com。

# 征文通知

本刊为四川省西部精神医学协会主办、内部发行的兼具专业与科普知识的学术刊物，报道有关心身医学、精神病学和社会心理学方面的实践经验和科研成果，介绍新理论、新技术、新成就和新观念。主要以医药卫生人员和心理工作者、健康管理相关人员为读者对象，诚向广大读者征集专业医学论文及具有独到见解的散文。

## 投稿须知

### 1. 文章要求：

i. 科研论文：欢迎有关论著（摘要）、专家论坛、病例报告、临床病理(例)讨论、个案报告、新技术、新理论、学术讨论、综述或述评、讲座、国内外学术动态、评论、书评以及学术活动消息等各类稿件。

ii. 文稿应具有创造性、科学性、逻辑性，重点说明某个或几个问题，有理论或实践意义。文字务求精炼、通顺，数字准确无误，书写工整规范。目前暂时不对文章字数进行限制。

iii. 文题力求简明、醒目，反映出文章的主题。中文文题一般以20个汉字以内为宜。对文章中的各主要结论，均必须至少有一位作者负责。

iv. 来稿一律文责自负。根据《中华人民共和国著作权法》的有关规定，本刊可对来稿做文字修改、删节。

v. 稿件刊出后酌付稿酬，含纸质版和网络版的稿酬；另赠当期杂志。

b) 科普文章：代表个人观点，阐述清晰，视角新颖独特，特别欢迎教育心理、认知心理、管理心理、工程心理、文艺心理、社会心理、心理测量、医学心理、心理卫生和咨询、体育运动心理、司法心理及心理学在其它领域的运用等方面的文章。

2. 投稿形式：请将电子文本发E-mail至协会邮箱，文章采用Word格式。

3. 截稿日期：本年度将于10月发行第二期期刊，截稿日期为2012年8月5日。

4. 协会收到文章后，将组织专家评审文章，对录用文章将发录用通知。

### 5. 投寄论文联系方式

Email: 2353075698@qq.com

协会网址: www.chinawcpa.com

联系人: 张静可

电话: 028—65008111 13541204571



# 突破束缚 让心飞翔

## 迅速、高效、全面缓解抑郁焦虑

【通用名称】草酸艾司西酞普兰片

【成份】本品主要成份为草酸艾司西酞普兰

【适应症】用于治疗抑郁症。

【用法用量】用法：口服，可以与食物同服。

用量：每日1次。常用剂量为每日10mg，根据患者的个体反应，每日最大剂量可以增加至20mg。通常2-4周即可获得抗抑郁疗效。症状缓解后，应持续治疗至少6个月以巩固疗效。

【禁忌】对草酸艾司西酞普兰或任一辅料过敏者禁忌使用。禁忌与非选择性、不可逆性单胺氧化酶抑制剂（MAOI）合用。

【规格和包装】5mg（以 $C_{16}H_{17}FN_2O_2$ 计）x14片/盒，铝塑包装；5mg（以 $C_{16}H_{17}FN_2O_2$ 计）x21片/盒，铝塑包装；10mg（以 $C_{16}H_{17}FN_2O_2$ 计）x7片/盒，铝塑包装。

【批准文号】国药准字H20080599、国药准字H20103327

生产企业：山东京卫制药有限公司

地址：山东省泰安市高新技术产业开发区配天门大街

网址：www.jewimpharma.com

邮编：271000

电邮：CNS@jewim.com.cn

