



West China Psychiatry and Psychosomatic Medicine

西部精神医学

2012年第2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

目录

版权 | Copyright

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	董碧蓉	杜欣柏
高成阁	胡建	黄宣银	黄颐
季建林	况利	李惠春	李军
李幼辉	刘波	刘铁榜	陆峥
吕路线	梅其一	潘小平	瞿伟
施琪嘉	施慎逊	谭庆荣	谭友果
汪波	王高华	王立伟	王学义
王雪	徐向东	谢健	许秀峰
伊琦忠	于恩彦	张迪然	张宁
郑毅	周茹英		

编辑部 Editorial board

行政主任: 蔡曦
常务副主任: 王雪
责任编辑: 王雪 孟祥才
联络编辑: 龙江 但胜刚

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: 028-85552935
传真: 028-85552935
邮箱: 1484931680@qq.com
网址: <http://www.chinawcpa.com>

名家座谈

读书和思考: 记GCGMH 张明园 01
临床常见躯体症状的启示 孙学礼 03

案例速递

一例首发症状不典型的双相障碍分析 李西荣 况俐 04
一例青少年首发抑郁障碍的报告 刘卫青 许秀峰 06

心身医学篇

心因性疾病及心因性消化病 李建生 李永胜 08
对糖尿病患者抑郁症状和焦虑症状的再认识 李建生 李永胜 11

西部精神医学论坛

第九届论坛 (成都)

获奖征文

汶川地震3年后某地震重灾区干部抑郁状况及与生存质量的关系
..... 黄国平 吴俊林 张焯 李跃 任蓉 13
难治性抑郁症与非难治性抑郁症患者临床特征及认知功能障碍对照研究
..... 李西荣 余涛 张波 赵靖平 许秀峰 高成阁 王刚 唐牟尼 孙学礼 18
强迫症患者团体心理治疗与药物治疗对比疗效研究
..... 连楠 李幼辉 宋学勤 郭慧荣 27
抑郁症患者血浆脑源性神经营养因子水平研究
..... 艾明 王俊 况利 苟芯源 王我 徐小明 32
论坛摘要 37
第十届会议通知 51

协会专家风采 (2) 52

西部精神医学协会专业委员会介绍

消化专委会 54
疼痛专委会 55

内刊编委会成立大会纪要 56

协会理事单位介绍

攀枝花市第三人民医院 57
四川省复员退伍军人医院 58
绵阳市第三人民医院 59
成都市第四人民医院 60

协会专业委员会会讯

西部女性心身医学专委会 61

读书和思考：记GCGMH

上海市精神卫生中心 张明园

[跋] 和多数正在第一线工作的同道不同，虽然还兼管各种差使，但没有硬任务，也没有考核，留下一些大块时间，可以读点自己想读的东西，还有点时间可以思考。于是，写下一些读书笔记之类。《西部精神医学》前来组稿，我就从这些笔记中找出一篇，稍加整理，撰成此文。有两点说明：这是读书笔记，不是原文，如果有读者想引用，请查原文，此其一；这也不是一篇完整的解读，未加严谨组织，想到哪里，便写到哪里，属于“随想”之类，难免挂一漏万，不一定与作者们的原旨符合。

GCGMH

GCGMH是Great Challenges in Global Mental Health 的省略语，如果译成中文就是：全球精神卫生大挑战。这是一项由美国精神卫生研究院（NIMH）和总部设在伦敦的全球慢病联盟（GACD）组织的一项全球性调查研究。文章发表于Nature(2011, 475(July):27-30)；可以从网上查到，网址为：www.nature.com/nature。

研究的目的是：确定今后10年关于精神、神经和物质使用障碍（MNS）领域的优先研究。文中的“挑战”一词，指“问题”或“阻碍”，如能解决，则能“消除”或“解决”重要疾病，或能显著提高服务水平。

研究方法为德尔费（Delphi）法，即专家调查法。调查了全球422名相关的科研工作者、政策制定者及临床专家。进行了三轮调查。第一轮，专家们提出了多达1565条不同的“挑战”，由研究工作组加以并项和简化，共154条，发回各国专家，进行第二轮投票；取其中得票最高的40条，请专家们按如下项目：减轻疾病负担、促进服务公平、直接取得效果、研究和实施可行，进行评分，第三轮优选出25条，可分为6个类别。它们是：

类别Ⅰ. 确定深层病因、危险和保护因素。

1. 可改变的社会生物危险因素；
2. 贫穷、战争、移民、灾害的致病作用；
3. MNS的生物学标记。

类别Ⅱ. 现代预防和早期干预的实施。

1. 促进心身健康的支持性社会环境；
2. 适用的早期干预，缩短未治期；
3. 发展循证的一级预防；
4. 对儿童的早期干预，减少远期负面影响；
5. 减少儿童虐待的合适策略。

类别Ⅲ. 改进治疗扩大服务可及性。

1. 将MNS筛查的基本服务包纳入基层保健；
2. 降低费用，保证有效药物供给；
3. 发展由非专科实施的有效服务；
4. 将功能损害/失能纳入评估；
5. 支付得起的有效社区服务/康复；
6. 促进儿童精神卫生服务的可及性，特别是发展中国家；
7. 发展IT技术，增加循证服务可及性。

类别Ⅳ. 提高疾病负担的知晓

1. 减少污名、歧视、排斥的合适方法；
2. 造成患病、诊疗、结局差异的文化社会经济和服务因素的证据；
3. 适用的、具信效度的、可评估不同个体和群体的精神卫生状况和服务的模型和工具；
4. 可共享的标准化监测数据库。

类别Ⅴ. 人力资源建设

1. 地区中心建设；

2. 可持续的培训，扩大队伍构成；
3. 在所有的卫生工作人员培训中，加强精神卫生教育。

类别VI.卫生系统改革和政策响应

1. 建立全球MNS服务基本标准，并付诸实施；
2. MNS和慢病服务整合，投入均等化；
3. 将MNS纳入国家发展和国家救助计划。

其中，排序最靠前的5位，依次为：循证的一级预防，消除偏见，基本服务

包纳入基本保健，社会经济文化和服务对MNS发病、诊疗和结局的影响，儿童精神卫生服务。它们应该是今后优先研究的起点。

GCGMH还对各个类别，提出了一些可供选择的研究实例，如类别III改进治疗扩大服务可及性中举例为：基层保健日常诊疗中的简易筛查工具的有效性研究，非专业/专科人员提供的对严重MNS服务的有效性研究，改变当前单纯药物治疗模式的研究，游戏机等电子媒体在认识矫正中的应用研究，导致最佳结局的心理社会干预的跨文化研究等。

作者认为，MNS的突破性进展依赖于基因组学、神经科学、社会文化环境因素致病作用的重大发现，尚须假以时日。然而，上述优先研究，如能得到充分支持，精神卫生服务应该有重大进展。需要整合国内/国际资源，以期得到及时和持续的投入。

几点随想

首先，这是一项很重要的研究。它整合了全球专家的意见。以调查专家的地区分布看，亚洲占24%（我国也有数十人参与），北美和非洲各占20%，中南美18%，欧洲16%，澳洲2%。其中，女性占35%。具相当代表性。

其次，调查对象包括各类研究人员，基础研究的占36%，精神卫生服务者25%，流行病学研究者17%，临床研究者16%，政策研究者8%。自然，不同领域的人员有不同

的取向，以第二轮甄选的排序靠前的40项为例，基础科学家提出的有8项（20%）未进入第三轮，如神经科学的整合，MNS的基因组学，快速起效药物研制，疾病内表型检出等。但无论如何，80%是一致的，它们应该是更优先的选题。

文章还指出，在MNS中，疾病负担最高的是：抑郁症、焦虑症、精神分裂症、双相障碍、酒药使用障碍、儿童精神障碍、偏头痛、痴呆和癫痫。它们是需要重点研究的靶疾病。

在总结部分作者着重提出，几项原则：终生法研究，大卫生理念，循证研究和重视环境因素。上述原则，对于选题和设计，均具有重要意义。

本研究目标是国际共识。我们常说国际接轨。因此，我们要了解世界。最近，国际上有些大动作，我们都应该加以关注。美国的精神障碍分类诊断标准——DSM-V，大概会在2013年11月正式公布；稍后WHO的ICD-11也将颁布；WHO还正在制订至2020年的精神卫生行动规划。本文，则为精神卫生研究方向的纲领性文件，科研工作者当然应该对之特别关注，临床工作者也应该对此有所了解，这样才不会落后于全球化的时代潮流。

本研究是全球性的，由于发展中国家占全球的绝大多数，所以，应该适用于包括中国在内的发展中国家。但是，我国是个大国，有自己的特点，各地区的发展又相当不均衡。我觉得，最好应该有我国自己的共识，地区的共识。本研究的方法不复杂，主要借助电子邮件实施，化费不大。如能依样画葫芦，或稍加改进，应该不难。自然，这就依赖于目前仍在一线的同道们抉择了。

临床常见躯体症状的启示

四川大学华西医院 孙学礼

医学临床各个学科都会面临患者的各种躯体症状。按照常规的临床思维模式，症状总是有相应的病理基础，因此躯体症状就成了提示各种躯体病理改变的线索，同时也成为启动诊断及治疗流程的基本依据。为了更好地执行上述的诊断及治疗过程，医学临床上将躯体症状按系统进行分类，如消化系统症状、呼吸系统症状、心血管系统症状、泌尿系统症状、神经系统症状等。这样就便于临床医师循着症状的线索进行分诊、对相应系统进行查体及实验室检查并规划治疗方案。这种传统的思维方式存在几个问题，其一，出现在某个系统的症状不一定就提示那个系统的问题，因此当循着症状在相应的系统发现不了问题的时候，诊疗活动就没法进行下去，而将患者转诊到其它学科则意味着诊疗活动的重新开始，从而浪费诊断资源及时间；其二，有的症状的归类存在重叠，因此很难将其定位在某一个系统，如可以将呕吐归为消化系统症状，也可将其归为神经系统症状，当按一个系统疾病治疗无效情况下，就只能改变治疗方向，这就意味着对某患者的治疗重新开始，从而浪费治疗资源及治疗时间；其三，“一个原因必然导致一个结果”，这是一元化思维模式，这种思维模式可以使临床思维绝对化、固定化和“标准化”，但事实上一个原因不止导致一种结果，反之一个结果可以由多个原因引起，缺乏多元化的思维模式以及从多个角度去考虑一个问题的习惯必然会导致临床及科研思路的僵化，从而影响到对疾病的认识和治疗。如某患者下腹疼痛，月经失调，检查发现了子宫肌瘤，立刻行肌瘤切除手术，但事与愿违，术后患者疼痛加剧，甚至无法起床，几乎酿成医疗纠纷，经抗焦虑治疗2-4周后，患者疼痛消失，顺利出院并恢复工作。该案例说明，虽然症状出现在下腹部，但问题出在患者的精神方面，至少说明多方面原因共同导致患者的疼痛，而仅按一个系统的问题进行治疗必然得不到预期的结果。

临床上任何分类、诊断的目的都是为更有针对性地

治疗，同时也是为了为临床诊疗提供正确的思路，而以上几点说明按系统来认识躯体症状的传统方式存在缺陷和误区。“躯体症状是与组织损伤和潜在损伤相关的不愉快的主观感觉”。这是目前临床上对躯体症状较为公认的定义，从该定义理解，躯体症状实质上是一种“感受”，而这种“感受”的产生既与“损伤”或“潜在损伤”有关，又与个体的体验有关。换一句话说，根据该定义的提示，任何躯体症状的产生都不是纯生物源性的，而总是与其认知、情感、个性等心理元素相关。基于这种思路，本人认为从心身医学的观点综合评价，躯体症状大致可以分为：①生物性躯体症状，即主要由物理、化学、生物因素所产生的局部损伤直接导致的神经末梢刺激或由于局部组织损伤后的生化反应所导致的对神经末梢的次级刺激；②情感性躯体症状，在这种情况下，躯体症状本身就是负性情感的表现。根据“述情”理论，躯体症状是器官对外界环境的述求。一般情况下，这种“述求”一般见于负性情感，常见的负性情感主要是抑郁和焦虑，因此又可将“情感”症状分为“抑制性情感症状”和“激惹性情感症状”。顾名思义，前者主要指的是躯体功能受到抑制的各种表现，如厌食、饱胀感、头昏、不清醒感等，最典型的抑制性躯体症状是功能性消化不良所表现出的症状；后者则是指的局部激惹所表现的功能失调，如疼痛、肠激惹综合征所表现出的症状；③认知性躯体症状，此处的“认知”又两个含义，一是指个体对躯体感知的“解读”。躯体的各种感受总是存在的，只有当个体在认知层面将某种“感受”作负性解读的时候，这种“感受”才能成为“躯体症状”。如当某个体疲劳后接受保健按摩的时候，很多人会要求下手重一点，从而获得舒服及放松的感觉，在这种情况下，疼痛是被需求的，在认知层面此时的疼痛是被作“正性”解读的，而当疼痛被作为负性信息解读的时候就成了某种损伤的“预警信号，也就成为躯体症状。精神病学对幻觉所下的定义是在没有客观刺激作用于感觉器官的情况下在

相应的感觉器官所出现的知觉体验，对照幻觉的定义可以发现，有的躯体症状符合幻觉的定义，这就是认知性躯体症状的第二层含义。如双侧具有知觉性质的耳鸣可以作为幻觉理解并作为幻觉治疗。认知性躯体症状的特征为症状的性质及部位相对固定，症状清晰、生动；④想象性躯体症状，此处所指的“想象”就是患者的暗示或自我暗示所产生的症状，该类症状的特点应该是症状多变性及症状的“超常性”，如某患者感到有两根火柴棍成十字架支撑在自己的咽喉部，使自己不能自如地进行吞咽，非常痛苦。

以上对躯体症状的分类的意义在于其一，有利于拓展临床思路，并有利于在对躯体症状的理解中更好地贯彻心身统一的观点；其二是有利于从躯体症状的认识中寻求诊断躯体疾病及精神疾病的方向；此外，有利于确定对躯体症状的治疗方向，如对“抑制性症状”的抗抑郁治疗、对“激惹性症状”的抗焦虑治疗、对认知性症状改善认知的药物和心理治疗、对生物性躯体症状的局部及全身病变

的治疗等。值得注意的是即使是从以上角度理解躯体症状也应因人而异和贯彻“多元化”的思维模式。如同样的疼痛可能是激惹性躯体症状，可能是认知性躯体症状，也可能是想象性的躯体症状，所以在对于具体患者的躯体症状性质的判断中应注意患者症状的组合、病史、生活经历、人格特征、情绪等因素。即使是对于局部损伤或潜在损伤所导致的“生物性躯体症状的治疗也同样应注意上述非生物学因素。因为即使是在生物学病变存在的情况下，决定躯体症状存在的因素也绝非仅仅是生物学因素。如同样的损伤，有的患者疼痛仅持续几天，而有的患者则可存在数年。总之心身统一的观点以及多元化的临床思维模式是认识躯体症状和治疗躯体症状的重要前提。

以上是本人不成熟的初步想法，还需要得到更广泛的证据，特别是心理学研究证据支持，希望得到不同的看法与更多的讨论。

案例速递

一例首发症状不典型的双相障碍分析

李西荣 况 俐 重庆医科大学附属第一医院心理卫生中心

病例介绍：

一般资料：女性，18岁，未婚

主诉：情绪不稳5+年，加重1周

病史介绍：患者5+年前无明显原因出现凭空闻声，敏感多疑，感觉有人跟踪自己，觉得陌生人议论自己，有时觉得自己的想法不说出来别人都知道，觉得自己是世界上最伟大最乖的人，感觉全世界的人都认识自己。于重医附一院（我院）精神科就诊，诊断为“精神分裂症”（具体用药不详）。治疗1周后效果不明显继而辗转于多家医院就诊（表1，根据家属记忆及既往就诊资料编制），均诊

断为“精神分裂症”，先后服用过奥氮平（最大量25mg/日*2月）、利培酮、阿利哌唑（30mg/日*2月）、氯氮平（50mg/日*3日）、丙戊酸镁、芮达（9mg/日*4月）、氟哌啶醇（肌肉注射）、善思达（100mg/月）及电休克治疗，脑外科手术治疗等。总结患者既往就诊记录，患者幻听、夸大妄想等症状一般能够得到较好控制，外院坚持服药，但在未减量时病情往往又出现波动，症状表现基本相同。患者5年前退学在家，在家期间个人卫生及自我生活料理尚可，与父母之间存在亲情，但有时容易发脾气，患病后和外界同龄人交往减少。

5+月前（2012年5月）患者开始出现整天到处走，即使脚走肿了也不停，情绪不稳定，容易发脾气，容易兴奋，听到音乐就又唱又跳，一天数十次更换衣服，反复照镜子，穿着奇装异服，曾将指甲油涂在眉毛上外出。自己是世界上最伟大最乖的人，感觉全世界的人都认识自己。治疗方案：赛乐特：20mg qd，芮达9mg qd，舒思500mg qn，美抒玉100mg qn，并结合电休克治疗31次，经上述治疗2+月后病情好转出院，院外坚持服药，在家生活自理，喜欢在家打游戏或外出逛街，有时关心父母，出院后近1月情绪稳定，药量无变化。

本次入院前1周患者病情波动，主要表现为听到音乐就兴奋、坐不住，要到处走来走去才感到舒服，觉得自己的想法不说出来别人都知道，觉得自己是世界上最伟大最乖的人，全世界都认得到自己，觉得表哥喜欢自己，有时容易发脾气等，遂来我院治疗。

既往史：无特殊。

个人史：足月顺产，幼时发育正常。病前性格偏内向，学习成绩一般，人际关系较好。

体格检查：查体未发现明显异常。

精神检查：意识清醒，定向力正常。衣着适时整洁，面部表情自然，接触可。交谈中语速较快，语调略高，语量增多。未引出幻觉，引出夸大妄想、钟情妄想。思维反应灵敏，情绪显兴奋，对自己的病情和前途有一定担忧。情感反应协调。一般常识正常，记忆力和智力未发现明显异常。

辅助检查：血、尿、大便常规，血生化，血皮质醇，心电图，脑电图均无明显异常。甲状腺功能检查有轻度甲低表现。头颅CT平扫：双侧脑室前角旁小圆形低密度影，右侧颞枕交界区可疑小片状稍高密度影。

入院诊断：双相障碍，目前为有精神病性症状的躁狂

治疗经过：入院后停用赛乐特、心得安及芮达，将喹硫平渐加量至800mg/日，予以氨磺必利0.4中、0.6晚，请内分泌会诊建议甲低暂不做特殊处理。治疗1周后患者夸大妄想、钟情妄想渐渐开始减少，约两周后基本消失。入院第一周后患者情绪渐出现明显波动，感觉兴奋，耳朵

塞着耳机边听歌边在病房走廊内跳动，喜欢和异性交往，主动与病房异性接近，甚至出现一次与男性患者亲吻。起床早，睡眠需求减少，喜欢打扮，在病房内数次更换衣服，需求不能被满足即对陪伴发脾气。随后开始出现情绪低落。情绪表现极不稳定，有时一天中数次情绪转变，经常上午查房时看到很高兴，有说有唱，中午又看到表情悲伤，独自坐在走廊长凳上发呆；甚至有时问诊中也能感受到患者情绪从高涨瞬时摔入低落。于是给予德巴金500mg bid，拉莫三嗪25mg qd治疗。加药初期患者情绪仍然不稳定，情绪低落的时间所占比例也有所增加，一月后将拉莫三嗪逐渐加量至50mg bid后患者情绪渐渐稳定，未再出现在走廊内唱歌跳动，不主动接近异性，情绪也没有明显低落表现，数天中都没有明显情感高涨和情绪低落的转换。如患者病情稳定考虑逐渐停用德巴金及氨磺必利，最终以拉莫三嗪和喹硫平维持治疗。

专家点评：况利 重庆医科大学附属第一医院心理卫生中心

本案例是一个18岁年轻女性患者，因“夸大、情绪不稳5+年”入院。5+年中多次诊断“精神分裂症”，先后服用多种抗精神病药物治疗，并往往在病情好转维持治疗情况下出现病情波动。本次入院诊断考虑“双相障碍，目前为有精神病性症状的躁狂”，经过住院治疗和观察，考虑修正诊断“双相障碍，目前为快速循环发作”。该患者的疾病发展和诊疗过程复杂，值得我们分析和总结经验教训：

1. 双相障碍的误诊：双相情感障碍由于其发作严重程度不等，临床表现各异，可有共病及药物诱发转相等问题，病程循环，给临床诊断带来了困难。特别是处于高发年龄阶段的青少年双相情感障碍因其表现的不典型性，复杂性发生误诊的可能性非常大。如本案例5年前即发病，精神病性症状为初发主要表现，给诊断带来了很大困难。这个案例提示我们，有精神病性症状的青少年患者，如果抗精神病药物治疗维持效果不好，反复复发，且精神衰退

不明显的，要格外注意双相障碍的可能性；同时也提示我们一定要以纵向的思维和发展的眼光来审视在青少年期诊断为精神分裂症患者的病情演变过程。

2. 双相障碍治疗方案的选择：既往治疗方案或所选药物对制定新的方案有重要参考价值，因此在治疗过程中药物使用一定要足量足疗程。很多学者认为，快速循环患者要停用抗抑郁药，因为抗抑郁药会使这类患者的情感变的更不稳定。双相抑郁选择拉莫三嗪有效。拉莫三嗪有发生皮疹的风险，因此加量需要缓慢。有学者认为，与丙戊酸盐合用可能增加拉莫三嗪皮疹的发生率，更需要特别关注皮疹的问题，同时尽量减少治疗药物种类。考虑本案例轻度甲低表现，必要时可以考虑使用小剂量甲状腺素。第二代抗精神病药，如喹硫平、奥氮平、利培酮等也可以单独或联合使用。

3. 手术治疗的选择：大脑局部手术治疗精神疾病的方法选择应该慎之又慎，或是尽量不用。原因有三个：一是精神疾病病因复杂，至今没有完全明确其发病的机理及是否存在病理改变或病理改变的部位；二是要用发展的眼光来看待精神疾病，有很多病例，特别是儿童青少年起病，首发症状不典型，容易存在误诊；三是目前手术方式和效果不确切，容易造成不必要的并发症。

4. 康复治疗：近年来，精神疾病患者的康复治疗日益受重视。对于青少年起病，病程迁延的患者尤其要重视其康复治疗。该案例患者13岁发病后即停学，正常的社会学习、人际交往、技能训练均受阻，因此其病情稳定后的康复治疗和心理支持治疗甚至职业规划或指导显得尤为重要，这些也将成为能够有效防止病情复发的保护性因素。同时对其家属的疾病宣教和心理支持治疗也很重要。

表1 患者患病以来就诊及治疗资料（2007年7月至2012年11月）

医院	诊断	住院时间	治疗方案（药物剂量为最大日量）	病情变化
本院	Sp	1周	门诊，不详	不明显
重庆某部队医院	Sp	3月	奥氮平20mg/日，启维不详	好转
重庆某部队医院	Sp	1月	奥氮平20mg/日	不明显
武汉某专科医院	Sp	3月	利培酮片（剂量不详）	好转
重庆某专科医院	Sp	1月	阿利哌唑20mg/日，氯氮平50mg共3日	不明显
北京某中医院	Sp	8月	阿立哌唑30mg/日，中药	不明显
上海某综合医院	Sp	10天	微创手术（具体手术方式及部位不详）	不明显
北医某专科医院	Sp	2月	阿立哌唑5mgqd，丙戊酸镁0.25qd，利培酮2mgqd，恒德37.5mg/2周	好转
北医某专科医院	Sp	3月	氟派定醇肌注2周，阿利哌唑30mg/日，芮达9mg/日或善思达100mg/月。	好转
本院	Sp	近3月	舒思500mg，赛乐特30mg，芮达9mg，心得安10mg tid，安坦2mg tid	好转

注：Sp=精神分裂症

一例青少年首发抑郁障碍的报告

昆明医科大学第一附属医院精神科 刘卫青 许秀峰

患者张XX，男，15岁，高一学生，因疲倦贪睡、被动懒散、兴趣丧失4个月于2012年10月首次入住精神科治疗。

患者半年前跟随家人从外地移居至本市，转学就

读于某中学。当时患者曾向家人抱怨过生活和学习不甚适应，父母未予重视。四个月前，家人发现患者早晨常常要睡到8、9点钟才肯起床，磨蹭很长时间才去学校上

学，且在学校仍然无精打采，上课和课间的大部分时间都在睡觉，为此曾多次被老师批评。但患者对老师和父母的批评教育置若罔闻，仍旧终日昏昏沉沉，每天用于睡觉的时间多达13-15个小时。患者在家的时候对以往喜爱的上网、打游戏、打篮球等活动也逐渐丧失了兴趣，也较少主动与父母交流，常常把自己一个人关在房间里，却又不能完成家庭作业。偶有一个人发呆、唉声叹气的表现，家人问其原因，患者称“做任何事情都没有动力，觉得生活没意思”。为此，家人曾于1个月前带患者到“某医院睡眠中心”求治，行“24小时动态脑电图”、“脑磁共振”等检查均未发现异常，行“心理治疗”后症状亦未有显著改善。父母遂带患者来精神科求治。自发病来，患者饮食量较前稍减少，二便无异常；尽管睡眠增多，但无走路或活动中入睡；无明显的情感高涨；无莫名感到周围环境对自己有威胁或感到别人的行为对自己产生威胁；近3个月体重增加3公斤；无冲动、毁物、伤人、自伤、自杀行为。

既往体健，无肝炎、结核等传染病史，无高热抽搐、颅脑外伤、意识障碍史。无药物过敏史，按时完成预防接种。个人史无特殊。否认家族中两系三代内有精神病、自杀、药物滥用者。

入院查体：体温：36.5℃，脉搏：80次/分，呼吸：20次/分，血压：120/75mmHg。体查及神经系统检查未见异常。精神状况检查：神清，定向力正常，接触尚合作，回答问题较迟钝，语速慢，语调低，表情变化少；否认幻觉、妄想；思维联想速度稍慢；情绪稍显低落，自诉“感到疲乏，对什么事情都打不起兴趣，没有动力”，曾有过自杀的想法，但是没有采取实际行动；意志活动减退，自主活动减少；近记忆力下降，理解、计算能力可；自知力缺乏。

HAMD评分26。

入院诊断：抑郁障碍

诊疗经过：入院后进行血尿常规、肝肾功能、电解质、血糖、心电图、脑电图等均未见异常。入院后给予氟西汀治疗，逐渐增加剂量至30mg/天，治疗3周后，

患者疲乏感消失，对外界的兴趣增加，并开始出现轻度的兴奋多动和“自我感觉良好”体验。随即更改诊断为双相情感障碍，并逐渐停用氟西汀，同时开始碳酸锂系统治疗。碳酸锂最高量达1.25g/天，此时血锂浓度为1.12mmol/L，高剂量治疗2周后，患者情绪逐渐平稳，过度兴奋多动的表现减少，未有明显不良反应。出院后继续服用碳酸锂1.25g/天巩固治疗。

专家点评：许秀峰

对于青少年首次发作抑郁障碍，要考虑是否有双相情感障碍和精神分裂症的可能。本患者初始发作，病前有搬迁和转学这一生活事件，发病时症状更多表现为精神运动性迟滞的症状，如睡眠过多、乏力、思维速度慢、说话速度慢等特征，而情绪低落的主观感受并没有成为患者就医的主要症状，在考虑患者可能患有抑郁障碍的同时还必须对精神分裂症的诊断有所考虑。在抑郁障碍的诊断中，从患者的临床症状、病程和疾病的严重程度均符合抑郁发作的诊断标准，但患者以精神运动性迟滞为主要临床相，就必须考虑患者可能患双相情感障碍，其主要关注点是1. 患者发病年龄为青春期，是双相情感障碍的高发阶段；2. 患者主要临床表现以精神运动性迟滞为主。因此在临床治疗过程中选择了既符合青少年抗抑郁，有极少导致药源性躁狂的氟西汀进行治疗，但在治疗过程中患者还是出现了躁狂发作，因此修改临床诊断为双相情感障碍，改用碳酸锂进行治疗，两周后其病情逐渐好转，出院后持续进行碳酸锂的巩固治疗和维持治疗。由于患者在疾病的发生发展过程中，情感障碍的主观感受不多，结合其发病年龄，有理由在其临床过程中认真持续评估是否有精神病性症状的发生和存在，这是十分重要的。

心身医学篇

心因性疾病及心因性消化病

山西省太原市中心医院消化科 李建生 李永胜

一、心因性疾病提出的背景

在消化系统疾病中，有一种疾病其患者数约占消化科日常门诊量的60%左右，这就是“功能性消化不良”（Functional Dyspepsia，FD）。FD经过国内外学者20余年的研究，在理论上虽然也有不少进展，在临床个体化治疗中给予促进动力、抑酸等治疗[1]，但总体病因不明、机理不清，进而导致疗效较差，尤其是对一些病情较重的患者更是束手无策。我们在治疗FD的过程中发现部分患者同时合并有失眠和神经衰弱等现象，于是就加用了一种治疗神经衰弱有效的药物“氟哌噻吨美利曲辛”辅助治疗，结果发现其不仅对神经衰弱有效，而且能很好的改善和消除FD的症状；此后，我们对伴有心烦、易怒等情感异常的FD患者也给予治疗，同样有十分高的疗效；最后，我们对不伴有失眠和情感异常的FD患者也给予治疗，疗效也能达到80%左右。由于上述的经验，我们把“氟哌噻吨美利曲辛”的使用范围扩展至食管反流病和功能性腹痛等功能性疾病，以及消化性溃疡和以间接胆红素增高为主的黄疸等器质性疾病，使用疗效同样神奇。

那么“氟哌噻吨美利曲辛”是如何起作用的呢？这的确引发了我们的很多思考。该药物从药理学角度讲是用于治疗轻中度焦虑、抑郁的；而焦虑、抑郁多数为心理现象，心理现象的本质又源于心理活动，因此，我们认为该药物的治疗机理是通过调节神经递质来改变心理活动的。那么该药能够改善消化系统症状其机理就有两种解释：其一，消化系统症状是焦虑、抑郁引发的。这是难以让人理解的，因为精神症状不是病因，它不可能引起其它症状，另外很多没有焦虑、抑郁的FD患者使用该药物后症状也得以改善，说明它是通过神经递质来改善心理活动，进而达到临床效果的；其二，消化系统症状其实也和精神症状一样也是一种心理现象，这也能

够解释为什么该药物能够治疗不伴有精神症状的FD患者了。

综上所述，如果多数FD的症状是心理现象，那么就必然诞生一种崭新的理论体系，该体系就是“广义医学心理学”（General Medical Psychology）体系。

“医学心理学”是通过情绪、认知和行为等心理现象来研究心理活动的科学，其主要由精神心理学家来研究。而“广义医学心理学”认为身体各系统的部分临床症状及现象也为心理现象，如：腹泻、便意感、胸憋、气短、高血压和高血糖等，其主要由非精神心理学家来研究。“广义医学心理学”体系建立后，“心理”再也不是“精神”的同义语了。“心理”是大脑与意识有关的机能[2]，心理活动始于心理因素的推动，心理因素必然成为部分精神疾病和身体疾病的一类重要的病因，这就必然导致心因性相关学科疾病体系的建立，如：心因性消化病（The Digestive Disorder Caused By Psychological Factors）。

自1818年德国精神病学家 Heinroth 在关于失眠的论文中提出了“心身概念”之后，到1948年美国精神病学家 Dunbar 在《心身诊断和治疗纲要》一书中，对心身概念进行了系统的论述，并随着心身关系的深入研究和不断实践，美国心身医学研究所于1980年将这类疾病正式命名为心身疾病（Psychosomatic Diseases），[3]其至今仍为医学界的主流概念。但是，我们认为“心身疾病”应当成为历史了，为什么这么说呢？首先，我们要看“心身疾病”的概念：心身疾病是指心理、社会因素在疾病的发生、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和躯体功能性障碍。[4]那么由心理因素引起的精神疾病又该如何命名呢？显然其不够全面。不过我们认为心身疾病的提出表明心理为一类病因，其揭示了心身疾病存在的普遍性和认识的重要性是有历史意义的。但

是，它也存在着很多问题，如在原有心理学指导下，精神科医生将“精神”与“心理”混为一谈，非精神科医生认为心理是精神科的事，致使医学模式的转变成为一个不能让人理解的口号。因此，必须建立“广义医学心理学”体系，以推进医学模式的转变，进而使其成为一次医学革命。

二、心因性疾病

心因性疾病(The Disorder Caused By Psychological Factors)是指心理因素在疾病的发生、发展过程中起重要作用的一类身体或精神疾病，它不仅包含了心理因素导致的身体功能性疾病和器质性疾病，也包含了心理因素导致的精神功能性疾病和精神器质性疾病。其实，人们很早就发现心理因素与身体健康之间有着千丝万缕的联系。

心理与精神的关系是否明确是认识心因性疾病的基础，即心理是大脑与意识有关的机能，部分精神症状是心理的一部分反映，而且比较容易鉴别。心理活动的物质基础是大脑，心理失衡可以主要以精神或身体不适表现出来，但大多数情况是兼而有之。

“心因性疾病”概念的提出是医学模式转变的里程碑。传统的“生物”医学模式对医学的发展起了很大的促进作用，但它也存在着很多的误导，直接影响人类的健康和生存质量。因此，只有建立“生物—心理”医学模式才能将医学的发展引向更加成熟而完善的境界。

医学模式的转变仍然存在着理论瓶颈。1977年，美国纽约州罗彻斯特大学精神病学和内科学教授恩格尔(O. L. Engel)在《科学》杂志上发表的题为《需要新的医学模式——对生物医学的挑战》一文中提出“生物—心理—社会”医学模式[5]至今已有35年了，仍有许多的医生还不知道何谓“医学模式”，更谈不上医学模式的转变了。这是什么原因呢？首先是学术界，“心理”与“精神”的概念认识不清，把二者混为一谈；其次是理论界，“广义医学心理学”体系难以建立。人们怎么也不会将腹胀、胸憋、高血压和高血糖理解为心理现象，

其实这仅仅是观念问题，理解起来十分容易，只要理论联系实践、关注患者病痛、明确存在问题、学习相关书籍(如：精神病学、医学心理学等)，便可得出结论；最后是客观检查的误导和传统生物医学思维方式(即证据结合推理)的束缚。

心因性疾病是建立在“生物—心理”医学模式基础上的。传统的“生物”医学模式下的病因主要有生物因素、物理因素、化学因素和遗传因素；而“生物—心理”医学模式下的病因除上述四种因素外，还包括心理因素(如生活事件、天气变化等)。

“心因性疾病”概念的提出明确了心理因素为“生物—心理”医学模式下的重要病因；揭示了许多精神疾病也为心因性疾病，便于心因性疾病发病机理的研究；改变了现有“抗焦虑、抑郁及精神分裂症”药品的说明书，最终推进了医学模式的转变。

对于心因性疾病大部分可以找到相应的心理因素(或称为心理应激源)作为病因或诱因；可以有或无明确的病理生理过程；可以有或无异常的检查结果，而异常的检查结果却不一定有临床意义，或者说它不是引起临床症状的原因；可以具有某种人性特征作为易感因素；可以伴有或无情绪、认知和行为异常；发病可以是单系统也可以是多系统；可以发生于运动系统，也可以发生于感觉系统，但多见于植物神经支配的系统和器官。

“心因性疾病”的存在形式可以归纳为：1、心理因素引发的身体功能性疾病；2、心理因素引发的身体器质性疾病；3、心因性疾病伴发器质性疾病；4、心因性疾病加重器质性疾病；5、心因性疾病由器质性疾病而引发。各种形式之间又可以相互影响和转化。但是，临床医生必须有推断心理因素为因或果的能力。

人们在现实生活中需要承受的压力越来越大，人们在面对形形色色的压力的同时会作出各种各样的反应，人们作出的这些反应其本质归根结蒂就是心理因素的产物。一部分心理因素将演变为心理失衡，这种心理失衡最终将导致疾病的发生。其发病机制大体上可归纳为：

各种心理因素作为应激源作用于“心因性疾病”易感者或已患者，刺激机体产生一系列心理反应，各种心理反应又分别作用于“边缘系统”和“下丘脑—垂体—肾上腺轴”。影响到“边缘系统”则引起精神现象；影响到“下丘脑—垂体—肾上腺素轴”等则引发很多身体现象，而后者像精神现象一样也为心理现象。上述各环节又通过5-羟色胺、去甲肾上腺素、多巴胺等神经递质为中介物形成完整的中介程序来相互影响。精神现象主要表现为：焦虑（阳性情感）和抑郁（阴性情感）；身体现象则主要表现为：头痛、胸憋、气短、腹胀、腹痛、高血压和高血糖等。在植物神经系统，则主要表现为兴奋与抑制。以胃肠为例：交感神经兴奋时，胃的紧张性下降，出现动力障碍和感觉过敏症状（如上腹饱胀、暖气等），最终导致功能性消化不良；而在肠道恰恰相反，交感神经兴奋时，肠道肌肉紧张性上升，出现动力增强症状（如排便感等），最终引起肠易激综合征。同时，交感神经兴奋也可引起“升糖激素”分泌增加，最终导致“糖尿病”、“甲状腺功能亢进症”和“高血压”的出现与加重。

三、心因性消化病

面对疾病谱的变化，特别是“心因性疾病”的迅猛增加，必须加强对“心因性疾病”的重视和研究，尽快适应医学模式的转变。目前，在消化领域由于“心因性疾病”的概念在大多数消化科医师中尚未建立，对于属于“心因性疾病”范畴的绝大多数功能性胃肠病和部分器质性消化病，由于“动力性疾病和功能性疾病”思维模式的禁锢，以及单纯“生物”医学模式的束缚，为临床诊治工作带来了许多困难。同时，为数不多的具备了“心因性疾病”观念的消化科医师，在对上述疾病的诊治工作中合理应用“神经递质调节药物”，取得了“神奇”的疗效，进而推动了消化系统疾病治疗观念的改变，并为“心因性消化病”这一崭新理论的提出奠定了实践基础。

“心因性消化病”除包括绝大多数功能性消化病外

还应该包括部分器质性消化病，如：功能性消化不良、胃食管反流病、功能性腹痛、消化性溃疡和黄疸（主要指间接胆红素增高）等。

近30年来，我们对“胃功能性心因性疾病”的认识大致可以分为“胃神经官能症、非溃疡性消化不良（NUD）和功能性消化不良（FD）”三个阶段。FD是指具有上腹痛、上腹胀、早饱、暖气、食欲不振、恶心、呕吐等上腹不适症状，经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征[6]。就其表面症状而言大致同动力障碍和敏感性增高有关，如果深究其本质就会发现导致绝大多数FD发病的真实病因是心理因素，但由于医患的观念还受传统的“生物”医学模式的影响，常常将其忽略。如果医生仅仅着眼于表面症状，一味片面使用促进胃动力药物和抑制胃酸药物，疗效极其有限，而且容易陷入人云亦云的地步；有些少数认真、负责的消化科医师可能也会发现其病因同心理因素有关，必要时也会使用“抗焦虑、抑郁药物”，但由于“本位主义”的存在或者仍缺乏对“心因性疾病”的必要了解，没有意识到心理因素为消化系统疾病的病因，加之药品说明书明确注明该类药品为抗焦虑、抑郁以及抗精神分裂症药物的局限，故很少坚持使用或不敢坚持使用这类药物，其实这些消化系统疾病不是精神问题的后果，而是心理因素的后果。他们常常按照传统的“生物”医学模式，对疾病的诊断仍然片面追求“一定的临床表现、一定的客观证据、一定的病理基础和一定的治疗效果”四方面的依据，可是我们在实际临床工作中却发现：有许多用“生物”医学模式难以解释的症状和体征、难以找到令人满意的客观证据、到目前为止还尚未找到其病理基础者，使用神经递质调整药物后往往可以取得意想不到的疗效。另外，对一些“器质性”症状和体征，以及有明确病理学证据者，如果对其针对性治疗仍无效，也可以使用“神经递质调整药物”，有时会取得“神奇”的疗效。

因此，在诊治疾病时，既要分辨有无身体疾病，也要充分考虑有无心理因素的影响，这就要求我们摒弃传

统的“生物”医学模式，接受现代的“生物—心理”医学模式理论。如同其他新生事物在开始阶段会受到怀疑和责难一样，由于受传统“生物”医学模式的教育、微生物等致病作用的认识及治疗的有效性、循证医学在临床中的误导、医疗市场化的驱使、病人对循证医学的认可、以及心理治疗效果有限”等诸多因素的影响，目前国内医学界对“心因性疾病以及心因性消化病”还不能完全理解，这就要求我们继续加强认识和研究力度。

四、总结

“心因性疾病”是以各专业学科为载体，并且广泛存在的，各科医师必须关注心理因素的致病作用；消化系统大多受植物神经支配，故“心因性疾病”更多，但在临床实践中很少得到重视，作为一个消化科医师，是“神经递质调节药物”的有效性改变了我们对疾病本质的认识。它反证了“心因性疾病”存在的普遍性，同时也引发了我们新的思维：“心因性疾病”广泛存在于各非精神专业学科，但由于“精神”与“心理”的概念不清，以及各专业学科误导性客观检查的广泛应用，使得

“心因性疾病”的诊治难度加大，从而导致对“心因性疾病”的深层次认识得不到发展；在医学模式改变的今天，作为精神科和非精神科学者必须在肯定自身专业业绩的基础上，敢于否定理论和实践中的不足，才能使医学得以创新，最终为患者解除病痛。

参考文献

- [1] 陆再英，钟南山。内科学。第7版。北京：人民卫生出版社，2008，第425页。
- [2] 姚树桥，孙学礼。医学心理学。第5版。北京：人民卫生出版社，2008，第37页。
- [3] 姚树桥，孙学礼。医学心理学。第5版。北京：人民卫生出版社，2008，第163页。
- [4] 姚树桥，孙学礼。医学心理学。第5版。北京：人民卫生出版社，2008，第163页。
- [5] 《科学》，1977年第196期，第130页。
- [6] 叶任高，陆再英。内科学。第6版。北京：人民卫生出版社，2004，第420页。

建立“广义医学心理学”体系 以推进医学模式的转变

山西省太原市中心医院消化科 李建生 李永胜

一、医学的进展及存在的问题

现代医学在“生物”医学模式（“biological” medical model）指导下，经过近百年的发展有了突破性的进展，尤其是在分子生物学、外科技术以及介入医学等领域，从而使治疗许多疾病成为可能，这就大大延长了人类的生命，同时也提高了生存的质量。但是，从过去到现在，很多因心理因素（psychological factors）

所致的疾病由于认识不足或有错误，以及药物发展的限制性，导致医学模式不能转变，有效的治疗方法难以普遍应用，致使患者处在长期的疾病困扰中，进而影响到机体的生理功能及免疫力，最终导致器质性疾病的发生，甚至发展成为恶性肿瘤。这确实是我们医学发展中的重大问题，必须引起足够的重视，并促使我们去努力改变现状！

二、三十多年医学模式转变的推进及现状

早在1977年,美国纽约州罗彻斯特大学精神病学和内科学教授恩格尔(O. L. Engel)在《科学》杂志上发表的题为《需要新的医学模式——对生物医学的挑战》一文中就提出:“需要一种新的医学模式,即‘生物-心理-社会’医学模式,来解决临床问题”。[1]该观念一经提出便引起了全世界的关注,许多精神医学家、心理学家和内科学家结合自身的临床实际,应用一些抗焦虑、抗抑郁及抗精神分裂症药物治疗焦虑、抑郁患者,其中非精神科医师在解决相应疾病伴有焦虑、抑郁的同时,对许多身体的相关学科的疑难疾病也获得良好的治疗效果。于是,错误的把医学模式的转变限制在治疗焦虑、抑郁的范围内,把“心理”(大脑与意识有关的机能)[2]与“精神”(心理在精神方面的反映)混为一谈,把身体的症状和疾病误以为是精神疾病的表现,并称之为“躯体形式障碍”[3]。以上这一切看似在推动医学模式的转变,实质是把医学模式的转变推向了深渊。

在实际临床中,我们和其他国内外学者的工作证明:非精神科医师除治疗伴有焦虑、抑郁的身体疾病能获得良好的疗效外,对不伴有焦虑、抑郁的身体大多数功能性疾病及部分器质性疾病也取得了十分神奇的疗效,回顾性研究发现其有效率在80%左右。那么为什么这类药物能治疗身体疾病呢?这些身体的症状和疾病又是因何而发生的呢?其实,当心理因素作用于人的感官,引起大脑的反映,该反映就会影响到大脑的各个部分。如果影响到“边缘系统”则引起精神现象;影响到“下丘脑-垂体-肾上腺素轴”等则引发很多身体现象(如:头痛、胸憋、气短、腹胀、腹痛、高血压和高血糖等等),而后者像精神现象一样也为心理现象。这就必须在原有的“医学心理学(medical psychology)”基础上提出“广义医学心理学”(general medical psychology)体系。只有这样才能解决身体疾病与心理的关系;才能确立心理因素的致病地位;才能使医学模式由原有的单纯“生物”医学模式向正确的“生物-心理”医学模式(“biological-psychological” medical

model)转化;才能使一次急需的医学革命形成。

三、“广义医学心理学”体系的建立

“广义医学心理学”是建立在“医学心理学”基础之上的,它从理论的角度阐明医学模式转变的实质是要体现心理医学模式,而把心理现象仅仅局限于精神范围内,那么只利于精神科医师转变医学模式。然而,精神科医师又把“精神”与“心理”混为一谈,自己也无法真正地转变医学模式。因此,只有阐明心理因素与身体疾病的关系,才能使非精神科医师转变医学模式。这才是医学模式转变的目的。

“医学心理学”是指精神和心理科医师根据他们所涉及的精神现象来研究患者心理的科学,自然有其局限性,他们认为情绪、认知和行为等精神现象为独有的心理现象,其实一部分也并非心理现象,如:肝性脑病、老年痴呆等。

“广义医学心理学”是把很多身体的症状和现象认为是心理现象,这样在治疗身体疾病中取得良好疗效的所谓抗焦虑、抗抑郁及抗精神分裂症药物就可以被理解为心理调节药或神经递质调节药,它们就可以在调节神经递质的前提下治疗身体疾病和精神疾病。这样医学模式的转变将不转而变了。

“心理因素病因学说”的形成。“广义医学心理学”建立后,心理因素必然成为半数以上非精神科疾病和大多数精神疾病的病因,同时也将成为大多数疾病的诱因。这样,我们医务工作者在整个临床工作中,就要关注自己的每一个动作,每一句话,甚至每一个名词、术语,是否会对患者的心理活动产生影响,唯此才能大大地减少医源性疾病的发生,使每个医师置身于“生物-心理”医学模式之下。

“心因性相关学科”的建立。例如“心因性消化病学(the digestive disorder caused by psychological factors)”,它本身不是一种病,而是一类病因相同的疾病的统称。多数消化系统疾病都属于心因性,如:功能性消化不良、消化性溃疡等。这种概念的建立既便于

走出“心理”及“精神”的误区，又能把神经递质调节药正确应用于消化系统疾病中。同时，也利于“心因性消化病”发病机理和诊疗方法的研究。

四、“生物-心理”医学模式的形成及其意义

传统的“生物”医学模式是在生物因素（如细菌等）致病的证据及其相应治疗的有效性中发展而来的，既具有直观的特点，又有长时间的治疗实践依据，是非常重要的，必须永远遵循。而“心理”医学模式的建立由于其抽象性，以及“心理”与“精神”被错误的混为一谈，使得医生不懂、患者不解。心理调节药品说明书限于精神科疾病，造成医学模式转变极其困难。但是，

只要“广义医学心理学”体系的建立，确立心理因素为一大类病因，形成“心因性相关学科”，经临床实践不断地修改和完善药品说明书，医学模式转变必然形成。

医学模式转变后将对疾病的预防和治疗起到积极地推动作用，医生的思维方式、工作方法和教科书的表述将会发生质的飞跃，其必将给人类的健康、长寿带来根本的变化；必将会促成一次全方位的医学革命。

参考文献

[1] 《科学》，1977年第196期，第130页。

[2] 姚树桥，孙学礼. 医学心理学. 第5版. 北京：人民卫生出版社，2008，第37页。

[3] 郝伟. 精神病学. 第6版. 北京：人民卫生出版社，2008，第125~129页。

第九届论坛（成都）

获奖征文

汶川地震3年后某地震重灾区干部抑郁状况及与生存质量的关系

黄国平¹ 吴俊林² 张焯² 李跃² 任蓉²

(1四川省精神卫生中心，绵阳 621000；2川北医学院，南充 637000)

【摘要】目的 在四川某地震重灾区，评估干部的抑郁状态及生存质量状况，为进一步开展灾后心理干预、改善干部生存质量提供科学依据。方法 采用分层随机抽样方法，从四川某地震重灾市的党政机关及参公事业单位干部（公职人员）中按科级及以上-副科级及以下干部的7%等比例抽样，共抽取1515名干部。采用地震灾区干部基本状况调查表、世界卫生组织生存质量简表（WHOQOL-BREF）和抑郁自评量表（SDS）对样本的社会人口学特征、抑郁问题和生存质量状况进行横断面调查。比较SDS≥50分（实验组）与SDS<50分（对照组）的WHOQOL四个领域（生理、心理、社会关系、环境）得分，并评估实验组生存质量的影响因素。结果 SDS≥53分455人（30.0%），SDS<53分1060人（70.0%）。生存质量四个领域得分实验组均低于对照组（52.0 vs. 58.4）（54.3 vs. 63.3）（61.5 vs. 72.0）（47.6 vs. 59.2）。多因素分析提示，各领域得分随食欲评分的增加而增加；身体健康状况条目评分越低，其心理、社会关系、环境领域得分也较低；家庭摩擦条目评分越高，其社会关系和环境领域得分越低（ $P < 0.01$ ）。结论 地震3年后，处于抑郁状态的干部比率较高，其生存质量较差；食欲、身体健康状况和家庭摩擦是生存质量的三个重要影响因素。

【关键词】干部，抑郁，生存质量，影响因素

Three Years after the Earthquake in Wenchuan Earthquake Disaster

Area Cadres Depression Status and Quality of Life

HUANG Guo-ping¹ WU Jun-lin² Zhang ye² Li yao² Ren rong²

(¹The Center of Mental Health Sichuan Province, Mianyang 621000 ²North Sichuan Medical College, Nanchong, 637100)

【Abstract】 Objective To assessment the depression and quality of life cadres in Sichuan earthquake disaster area. **Methods** Taking multi-stage stratified sampling to obtain samples. World Health Organization Quality of Life table (WHOQOL-BREF) and depression self-assessment scale (SDS) were used to assess the quality of life and depression of the 1515 cadres in severely affected party and government organizations and public institutions. Compare the scores of four areas (physical, psychological, social relationships and environment) of WHOQOL of SDS \geq 53 points (experimental group) and SDS $<$ 53 points (control group), and to assess the factors affecting quality of life in the experimental group. **Results** The quantity of SDS \geq 53 points is 455(30.0%) and the quantity SDS $<$ 53 is 1060(70.0%). The scores of quality of life of the experimental group in four areas were lower than the control group (52.0 vs. 58.4)(54.3 vs. 63.3)(61.5 vs. 72.0)(47.6 vs. 59.2). Multivariate analysis showed that each domain score increased with the increasing of appetite scores; The scores of psychological, social relations and environment domains were low if low score of physical health; the score of social relations and environmental fields were lower if family friction score was higher ($P < 0.01$). **conclusion** The cadres has high ratio in depression, poor quality of life; appetite, physical health and family friction are the three important factors impacting quality of life three years after the earthquake.

汶川地震后，以大样本的干部群体为对象的研究资料较少。干部不仅是地震的受害者，而且还承担了繁重的灾后重建任务和复杂的社会管理工作，提高其生存质量是完成上述工作的重要保证。抑郁是灾后乃至现代社会常见的心理问题，研究显示^[1]：抑郁症的生存质量较许多内科慢性疾病差，目前国内外对抑郁症生存质量的研究文献较少^[2]。本研究采用横断面研究设计，以干部群体为研究对象探讨抑郁状态与生存质量的关系。

对象与方法

一、对象

采用多级分层随机抽样方法，从四川某地震重灾市的党政机关及参公事业单位干部（公职人员）中按7%等比例抽样。纳入标准：在该市亲身经历过汶川地震。现场共发放问卷1600份，回收有效问卷1515份，有效问卷回收率为95.3%。其中男性986人（65.1%），女性529人（34.9%）；年龄 \leq 30岁311人（20.4%），30~40岁525人（34.7%），40~50岁525人（34.7%），50岁以上154

人（10.2%）；大学及以上1021人（67.4%），大学以下494人（32.6%）。所有调查对象均书面知情同意。

二、方法

1. 调查工具：①一般情况调查：自编调查表，调查干部基本情况，包括性别、年龄、婚姻状况、受教育程度、职级及健康状况等。②抑郁自评量表^[3]（Self-Rating Depression Scale, SDS）由William W.K和Zung于1995年编制，用于衡量抑郁状态的轻重程度，共20个项目，按1~4级评分。20个条目反映抑郁状态四组特异性症状，分数越高，说明抑郁程度越严重。③世界卫生组织生存质量简表（WHOQOL-BREF）测量健康相关生存质量（HRQOL），其中文版由中山医科大学翻译引进，量表包括29个条目，其中24个条目涵盖生理、心理、社会关系和环境4个领域。总的生存质量、总的健康状况2个条目反映评价对象的总体生存质量，还有家庭摩擦、食欲、自我评分3个条目为中文量表特有条目。其评分标准按中文版量表使用说明实施^[4]。

2. 调查方法:横断面现况调查。本次调查均采用无记名问卷,以市及各县(区)为单位组织调查对象统一进行调查。首先由临床心理学专家统一讲明调查目的、背景,保证资料保密,进行支持性沟通等,并详细解释说明量表指导语及填表方法。然后,调查对象根据自己的情况独立自填问卷,如遇问题,由调查前经过统一培训的2名心理学专业调查人员进行个别中性释疑,整个问卷完成时间均控制在20~25分钟内。

3. 统计分析:在本研究中按WHOQOL-BREF中文版使用说明删除数据缺失严重的记录;通过对内部一致性(Cronbach's alpha)的测量评价WHOQOL-BREF和SDS的中文翻译版信度;使用chi-square test比较分类变量,使用t-test比较两组在四个领域的平均分;在实验组中,以四个领域得分分别作为因变量,以性别、年龄、婚姻状况、受教育程度、职级、健康状况等为自变量,拟合多重线性回归模型,其中连续变量直接纳入模型,分类变量设置为虚拟变量(dummy variable)后纳入模型。测量各自变量在平衡其他自变量的影响下对因变量

的影响。以上统计过程均在SPSS19.0统计软件中完成,所有差异均在 $P<0.05$ 时被认为是具有统计学意义。

结果

一、本研究样本WHOQOL-BREF和SDS的心理测验特征

四个领域的内部一致性非常高。其中,Cronbach's alpha系数在生理领域为0.92,心理领域为0.89,社会关系域0.79和环境领域0.86。SDS的Cronbach's alpha系数为0.83。

二、实验组与对照组的的社会人口学特征

SDS <53 分1060人(70.0%),SDS ≥ 53 分455人(30.0%)。实验组与对照组在身体健康状况变量上差异有统计学意义($P<0.01$),前者的身体健康状况较差。见表1。

三、HRQOL的评估

在HRQOL四个领域中,实验组得分均低于对照组(P 均 <0.01),而且,在生理领域两组得分均较低,但以实验组更低,见表2。

表1 不同社会人口学因素SDS评分比较

variable	category	SDS (%)		Chi-Square	p-value
		≥ 53	< 53		
性别	女	34.2	35.3	0.022	0.882
	男	65.8	64.7		
年龄	30岁以下	18.5	21.7	0.491	0.921
	30~	33.9	35.3		
	40~	36.2	33.7		
	50~60	11.4	9.3		
受教育程度	大学以下	36.5	29.9	0.995	0.319
	大学及以上	63.5	70.1		
婚姻状况	其他	21.1	17.2	0.52	0.471
	已婚	78.9	82.8		
职级	副科以下	75.0	72.7	0.104	0.747
	副科及以上	25.0	27.3		
身体健康状况	差	17.4	4.0	8.992	0.003
	好	82.6	96.0		

表2 抑郁与非抑郁状态组的WHOQOL各领域原始得分 ((\pm SD))

Domain	SDS		t	p-value
	≥ 53	< 53		
生理	52.0196	58.3616	11.266	<0.001
心理	54.2951	63.3436	14.381	<0.001
社会关系	61.5369	72.0024	12.832	<0.001
环境	47.5615	59.1893	14.578	<0.001

分别以WHOQOL-BREF四个领域为因变量建立的四个多因素线性回归方程的方差分析显示四个方程均有统计学意义 ($P < 0.01$)。在生理领域, 食欲、婚姻、职级三个因素进入方程; 心理领域, 食欲、身体健康状况和职级进入方程; 在社会关系领域中, 食欲、身体健康状况、家庭摩擦和年龄进入方程, 其中家庭摩擦变量

的 β 值为负; 在环境领域, 食欲、家庭摩擦、身体健康状况、年龄因素进入方程。生存质量各领域评分随食欲评分的增加而增加; 身体健康状况越差, 心理、社会关系、环境领域评分均越低; 家庭摩擦程度越严重, 社会关系和环境领域得分越少; 职级越高生理和心理领域得分越高 ($P < 0.01$), 见表3。

表3 WHOQOL-BREF各领域得分与影响因素的多重线性回归分析

Dependent variable	Independent variable	β	t	p-value
生理领域	食欲	0.221	5.660	0.000
	婚姻(其他)	0.107	2.716	0.007
	职级(副科以下)	0.091	2.335	0.020
心理领域	食欲	0.353	9.386	0.000
	身体健康状况(差)	0.108	2.861	0.004
	职级(副科以下)	0.099	2.678	0.008
社会关系领域	食欲	0.302	7.963	0.000
	身体健康状况(差)	0.149	3.956	0.000
	家庭摩擦	-0.101	-2.694	0.007
	年龄(30岁以下)			
	50~60	0.081	2.173	0.030
环境领域	食欲	0.325	8.924	0.000
	家庭摩擦	-0.167	-4.623	0.000
	身体健康状况(差)	0.132	3.630	0.000
	年龄(30岁以下)			
	40~	0.106	2.836	0.005
	50~60	0.191	5.174	0.000

注: 表中括号内的类别为此影响因素的参照组

讨论

汶川地震3年后对某地震重灾区干部的抑郁状况进行调查显示, SDS评分 ≥ 53 分的干部占30.0%, 低于国内其他文献报道^[5]。这可能与调查时间、工具、方法不一致有关。然而30.0%仍然是一个比较高的数值。

通过抑郁组与非抑郁组的对照, 进一步分析抑郁问题对干部的生存质量影响。提示, 抑郁问题对HRQOL的各领域均存在负性影响, 这与国内外报道一致^[6-7], 其中在心理、社会关系和环境领域的影响最大, 而对生理领域的影响较小。那么, 这一事实的原因到底是什么, 是抑郁状态直接影响生存质量, 还是通过第三因素间接产生

影响, 或者二者兼有, 还有待进一步研究。但有一点是明确的, 抑郁状态干部的生存质量差, 因此对干部提供进一步的心理服务的同时还应注意其生存质量的提高, 尤其是处于抑郁状态的干部。

家庭摩擦与食欲是WHOQOL-BREF中文版独有的两个条目, 说明二者对生存质量可能有重要影响。本研究提示: 随食欲评分的增加, HRQOL各领域得分均增加; 家庭摩擦的 β 值为负, 提示, 家庭摩擦越严重, 其社会关系和环境领域评分越低。此为食欲、家庭摩擦二因素与生存质量(至少在会关系和环境领域)的关系提供了干部人群的实证资料, 可以考虑将二者作为评价干部生存质

量高低的指标^[8]。

身体健康状况差者在心理、社会关系、环境领域中评分较低,提示:身体健康状况较差本身可能对工作、学习、生活以及记忆注意力等均产生不同程度的负面影响,而且因消费医疗服务而产生的经济负担也可能下调生存质量的评分,这或可解释为什么具有上述特征的干部生存质量较差。

在生理和心理领域职级越高其评分越高,这可能与基层干部相对缺乏应对资源有关。从行为学看,不同类型的个体在应对应激源时不外乎会采取“战斗或逃跑”和“僵住或隐藏”两种行为策略^[9]。当工作在一线的基层干部群体面对大量而繁琐的灾后重建任务而又缺乏相应的应对资源(如人力等)或方式且要承担责任时,他面对的是无法快速解决(战斗策略无效)但又不能“逃跑”且对他的生活有危害(潜在的或现实的)的状态,则抑郁问题和(或)焦虑等情绪问题便随之产生,影响身心功能,这就不难解释在HRQOL中生理和心理领域得分较低。

已婚者的生理领域得分好于丧偶、离异、未婚者,这可能与中国文化重视“家”的观念有关系,家常被中国人视为其身心放松的理想场所,因为在自己的家里可以不受太多文化导向的要求及社会规范的束缚,可以更多的释放和表现“小我”(或生物性的我)^[10],尤其是对中国干部群体更是如此。

年龄对抑郁问题者HRQOL的影响主要包括社会关系和环境领域,50岁以上年龄组在此二领域的生存质量高于30岁以下年龄组,这与国内外报道不一致^[11],可能与研究对象与工具的差异有关。有意思的是,在已分析的设置变量中性别和受教育情况对健康相关生活质量不产生影响。但值得一提的是本研究问题的回复以及QOL和SDS问卷是有效的。

本研究也存在不足,一是横断面研究设计,抑郁问题和QOL是在同一时间测量的。二是文化背景的差异可能影响生存质量的测量。尽管QOL已经被确认在中国文化下是有效的,但是我们相信四川的亚文化以及该市的亚文

化也会影响生存质量的测评,而这一因素又很难控制。

此外,限于篇幅本研究未做交互作用分析。

参考文献

1. Hays R D, Wells K B, Sherbourne C D, et al. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illness. *Arch Gen Psychiatry*, 1995;52(1):11-19.
2. 曹玉萍, 李文, 申景进, 等. 重性抑郁症患者不同维度生存质量与症状变化的相关性. *中南大学学报(医学版)*, 2011, 36(2): 143-148.
3. 张作记. 行为医学量表手册[M/CD]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2005: 223-224.
4. 郝元涛, 方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明. *现代康复*, 2000, 4(8): 1127-1129-1145.
5. 张志强, 蒋麒麟, 张炳智, 等. 地震灾后一年半汉源县干部心理健康状况调查分析. *中外健康文摘*, 2011, 8(11): 86-88.
6. Aydemir O, Ergun H, Soygur H, et al. Quality of in major depressive disorder: a cross-sectional study. *Turkish J Psychiatry*, 2009, 20(3): 205-212.
7. Patten S B, Kennedy S H, Lam R W, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments(CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *J Affect Disord*, 2009, 117(Suppl 1): S5-S14.
8. 杨彦基, 王书梅, 王震维. 上海市某街道外来流动人口生存质量的现况研究. *中华流行病学杂志*, 2007, 28(3): 246-249.
9. Bracha HS, Ralston TC, Matsukawa JM, et al. Does "fight or flight" need updating? *Psychosomatics*, 2004, 45(5): 448-9.
10. 杨中芳. 如何理解中国人: 文化与个人论文集. 重庆大学出版社, 2009.
11. Eljedi A, Mikolajczyk RT, Kraemer A, et al. Health-related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza strip: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2006, 6: 268.

难治性抑郁症与非难治性抑郁症患者 临床特征及认知功能障碍对照研究

李西荣¹, 余涛^{1, 2}, 张波¹, 赵靖平³, 许秀峰⁴, 高成阁⁵, 王刚⁶, 唐牟尼⁷, 孙学礼¹
(1. 四川大学华西医院, 2. 上海交通大学, 3. 中南大学湘雅二医院, 4. 昆明医学院附属第一医院,
5. 西安交通大学附属第一医院, 6. 首都医科大学附属北京安定医院, 7. 广州市脑科医院)
通讯作者: 孙学礼, sunxueli@tom.com

【摘要】目的: 探讨难治性抑郁症患者的人口学资料、认知功能、人格、神经内分泌等特征。方法: 采用病例对照研究, 纳入符合标准的受试, 调查受试人口学资料, 评定认知功能、明尼苏达多相个性调查表, 分析其人口学资料及认知功能障碍等特点。结果: 共纳入158名难治性抑郁症患者, 1016名非难治性抑郁症患者。TRD组特征有男性、首次发病年龄早、受教育时间长、总病程时间长、抑郁症发作次数多、阳性家族病史 ($P < 0.05$), 并可能具有某种共同人格特征, 如MMPI测验中抑郁、癔病、精神病态三因子得分增高 ($P < 0.05$); TRD组言语功能、注意功能、执行功能、智力损害与TNRD组相当 ($P > 0.05$)。结论: 男性、首次发病年龄早、受教育时间长、总病程时间长、抑郁症发作次数多、阳性家族病史、HPT轴功能减退的抑郁症患者可能容易发展为难治性抑郁症; 难治性抑郁症患者的言语功能、注意功能、执行功能、智力损害并不比非难治性抑郁症患者更严重, 但可能存在共同的人格特征;

关键词: 难治性抑郁症, 临床特征, 认知功能

Comparison study of clinical features and cognitive function between treatment resistant depression and non-treatment resistant depression

Xirong Li*, Tao Yi, Bo Zhang et al. *West China Hospital, Sichuan University, Chengdu, China

Corresponding author: Xueli Sun; Email: sunxueli@tom.com

【Abstract】 Objective: Investigate TRD patients' demographic data, cognitive function, personality, neuroendocrine and other clinical features; **Methods:** Investigate depressed patients' demographic data, cognitive function, MMPI. **Results:** A total of 158 patients with treatment-resistant depression, and 1016 non-refractory depressed patients included in. The clinical features show that TRD group is related to many factors such as male, a earlier age for the first time onset, a longer education time, a longer total duration, a large number of episodes, positive family history, HPT axis hypofunction ($P < 0.05$), and depression, hysteria, Psychopathic personality traits ($P < 0.05$); However, speech function, attention function, executive function, intellectual impairment in TRD group was not statistically significant compared with TNRD group ($P > 0.05$). **Conclusion:** Patients with clinic characteristics such as male, a earlier age for the first time onset, a longer education time, a longer total duration, a large number of episodes, positive family history, HPT axis function hypofunction are prone to developing treatment-resistant depression; Treatment-resistant depression patients' verbal function, attention function, executive function and mental damage is the same as Non -treatment-resistant depression patients', but there may be some common personality traits ,for example , depression, hysteria, Psychopathic score increased in MMPI test in treatment-resistant depression patients;

Key words: treatment-resistant depression, clinical features, cognitive function

抑郁症 (depression, D) 是以心境低落、思维迟缓与运动抑制为主要特征的常见精神疾病, 具有高患病率, 高自杀率、高致残率以及社会负担沉重等特点。中国疾病预防控制中心报道, 我国每年自杀死亡人数28.7万, 其中40%自杀者为抑郁症患者¹; 世界卫生组织在2004年发表的《全球疾病负担》报告中指出: 抑郁症是导致残疾的首要原因并且列全球疾病负担第4位, 预测到2020年抑郁症将成为继艾滋病后的世界第二大疾病负担源²。抑郁症已成为危害人群健康的严重公共卫生问题, 开展对抑郁症的研究具有重要意义。

尽管越来越多的抗抑郁药物相继出现, 但仍有许多患者对目前治疗反应欠佳。有研究显示1/3的患者首次治疗疗效差, 15%患者经多种治疗措施症状仍不能得到改善³, 此现象逐渐引起临床关注, 并提出“难治性抑郁症 (treatment-resistant depression, TRD)”的概念。国内外普遍认同的TRD定义是: 符合ICD-10、DSM-IV或CCMD-3抑郁发作的诊断标准, 在患者依从性良好的情况下, 经两种作用机制不同的抗抑郁药物足剂量、足疗程 (≥6周) 治疗无效或疗效甚微者。

本研究目的在于探讨TRD患者的临床特征, 为临床治疗提供科学依据。

1. 对象和方法

1.1 研究对象

1.1.1 样本来源:

研究病例来自四川大学华西医院心理卫生中心、中南大学湘雅二医院精神卫生研究所、昆明医学院附属第一医院精神科、西安交通大学附属第一医院精神科、北京安定医院、广州脑科医院6个单位2005年4月至2006年9月的门诊或住院病人。

1.1.2 入组标准

- (1) 年龄18-65岁;
- (2) 右利手;
- (3) 初中或初中以上文化程度;
- (4) 符合ICD-10抑郁发作诊断标准的抑郁症患者;
- (5) 符合下列标准之一者:

①非难治性抑郁症: 首发或未经系统治疗的抑郁症患者, 或经一种抗抑郁药系统治疗无效的抑郁症患者, 或经治疗有效病情复发的抑郁症患者;

②难治性抑郁症: 经过两种不同类型抗抑郁药足剂量、足疗程治疗无效的抑郁症患者;

(6) 汉密尔顿抑郁量表 (17项评分) ≥18分;

(7) 签署知情同意书;

1.1.3 排除标准

- (1) 合并严重躯体疾病的患者;
- (2) 既往曾经出现躁狂发作者;
- (3) 入组前1月内接受过非选择性单胺氧化酶抑制剂治疗的患者;
- (4) 入组前2月内接受过长效精神阻滞剂治疗的患者;
- (5) 入组前3月内接受过甲状腺素治疗的患者;
- (6) 正在接受激素类药物治疗的患者;
- (7) 孕妇或哺乳期女性患者;
- (8) 未采取有效避孕措施的育龄期女性患者;

1.1.4 试验终止标准

- (1) 研究对象中途退出;
- (2) 研究期间出现躁狂发作;
- (3) 研究期间出现严重躯体疾病;
- (4) 研究期间发生严重不良事件;
- (5) 研究期间合并使用其他药物并可能对研究结果造成影响;

1.2 方法

随机对照临床试验方法, 分别为非难治性抑郁症组和难治性抑郁症组。

1.2.1 评估工具

1.2.1.1 抑郁症筛查提纲 (自编)

包括人口学资料、既往史、家族史、抑郁症病程及既往用药情况等。

1.2.1.2 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)

汉密尔顿抑郁量表由汉密尔顿 (Hamilton) 于1960年编制, 是临床上评定抑郁状态时应用得最多的量表。本量表有17项、21项和24项等3种版本, 我们选用的是17

项版本。本量表为他评量表,适用于有抑郁症状的成年患者。本测验17个项目中9项为0-4分的5级评分,8项为0-2分的3级评分。17个项目还可以归结为5个不同的因子,每个因子各项得分的算术和即为因子分。

本测验由经过训练的两名评定员对被评定者进行联合检查,待检查结束后,两名评定员分别独立评分,取两名评定员的平均分为本次评定结果。测验的结果指标

有总分和因子分。

1.2.1.3 认知功能评估

认知功能是指运用知觉、思维、语言、记忆、动作等基本技能的能力。本研究采用3个神经心理测验进行注意、言语功能和执行功能等认知功能的评定。

1.2.1.4 明尼苏达多相人格调查表(Minnesota multiphase personality inventory, MMPI)

认知功能测验表

认知功能	测验内容	评估指标
言语功能	言语流畅性测验	总数、错误数和重复数
注意功能	Stroop C	总时间,2分钟内的正确数、错误数和重复数
	Stroop C-W	总时间,2分钟内的正确数、错误数和重复数
	划痕测验A	总时间、违反规则次数和错误数
	划痕测验B	总时间、违反规则次数和错误数
执行功能	汉诺塔	计划时间、执行时间、移动次数、犯规次数和得分
	M-WCST	正确数、错误数、持续错误数、非持续错误数、分类个数
智力	WAIS-RC	言语量表分、操作量表分、总量表分

MMPI是美国明尼苏达大学教授哈特卫(S. R. Hathaway)及麦金利(J. C. Mckinley)于1943年根据经验校标法编制的。中国科学院心理研究所宋维真教授在有关部门的协作下于1989年将MMPI引进我国,称作明尼苏达多相个性调查表,并逐渐应用于人类学、心理学、临床医学等领域。

MMPI包括566个自我报告形式的题目,其中16个题目为重复题。我们在测验中只使用了399题的问卷形式。MMPI共有14个量表,其中效度量表4个,临床量表10个。该量表计分方法采用模板计分,并转换为T分。

1.2.1.5 生物学指标

我们选择观察的生物学指标主要是反应HPA轴和HPT轴功能的指标。其中皮质醇和促肾上腺皮质激素反映HPA轴的功能;促甲状腺激素、总三碘甲状腺原氨酸、总甲状腺素、游离甲状腺素、游离三碘甲状腺原氨酸5项指标反映HPT轴的功能。

1.3 统计学处理

使用SPSS17.0统计软件对结果进行分析。对数据进行方差齐性检验,符合正太分布的计量资料用t检验统

计分析,结果用均数和标准差描述,两样本构成比的统计用卡方检验;方差不齐的数据用中位数和四分位数描述。 $P < 0.05$ 认定为具有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象人口学资料

共有1016名非难治性抑郁症患者和158名难治性抑郁症患者遵照实验方案完成本研究。其中男性542名(46.2%),女性632名(53.8%)。

非难治性抑郁症组人口学资料特点:共有患者1016名,其中男性452名(44.5%),女性564名(55.5%),患者年龄为 36.00 ± 13.40 岁,抑郁症发病年龄 33.36 ± 13.50 岁,体重指数 21.83 ± 4.38 ,受教育时间 11.89 ± 4.02 年,抑郁症总病程 32.30 ± 56.71 月,疾病发作次数 1.53 ± 1.16 ,患者中未婚者366名(36.3%)、已婚592名(58.7%)、离异或再婚51名(5.0%),有抑郁症家族病史的患者96名(9.7%),早年有应激性生活事件的875名(88.1%),近期有应激性生活事件的656名(66.1%)。

难治性抑郁症组人口学资料特点：共有患者158名，其中男性90名（57.0%），女性68名（43.0%），年龄 36.74 ± 12.57 岁，抑郁症发病年龄 30.21 ± 13.39 岁，体重指数 22.36 ± 3.28 ，受教育时间 13.08 ± 3.48 年，抑郁症总病程 78.82 ± 89.93 月，疾病发作次数 2.73 ± 2.02 ，患者中未婚者65名（41.1%）、已婚85名（53.8%）、离异或再婚8（5.1%），有抑郁症家族病史的患者29名（19.2%），早年有应激性生活事件的127名（84.7%），近期有应激性生活事件的111名（74.0%）。

非难治性抑郁症和难治性抑郁症两组之间的人口学

资料比较表明：①两组间患者年龄、体重指数差异无统计学意义（表1）；②发病年龄早、受教育年限时间长、总病程时间长和抑郁症发作次数多的抑郁症患者容易发展成为难治性抑郁症患者（表1）；③两组间性别比例差异有显著性，其中难治性抑郁症组男性比例更高（表2）；④两组受试者间婚姻状况比较差异无统计学意义（表3）；⑤有抑郁症家族病史的抑郁症患者在难治性抑郁症组所占的比例更高（表4）；⑥两组受试者在近期和早年遭遇应激性生活事件方面的差异无统计学意义（表5）。

表1 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者人口学资料比较

项目	非难治组 (N=1016)	难治组 (N=158)	P值
年龄	36.00 ± 13.40	36.74 ± 12.57	0.516
发病年龄	33.36 ± 13.50	30.21 ± 13.39	0.006*
体重指数	21.83 ± 4.38	22.36 ± 3.28	0.155
受教育年限(年)	11.89 ± 4.02	13.08 ± 3.48	0.000*
总病程(月)	32.30 ± 56.71	78.82 ± 89.93	0.000*
抑郁发作次数	1.53 ± 1.16	2.73 ± 2.02	0.000*

表2 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者性别差异比较

项目	非难治组 (N=1016)	难治组 (N=158)	P值
男性	452 (44.5%)	90 (57.0%)	0.003*
女性	564 (55.5%)	68 (43.0%)	

表3 非抑郁症和难治性抑郁症患者婚姻状况比较

项目	非难治组 (N=1009)	难治组 (N=158)	P值
未婚	366 (36.3%)	65 (41.1%)	0.488
已婚	592 (58.7%)	85 (53.8%)	
离异或再婚	51 (5.0%)	8 (5.1%)	

表4 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者抑郁症家族病史比较

项目	非难治组 (N=985)	难治组 (N=151)	P值
无	889 (90.3%)	122 (80.8%)	0.001*
有	96 (9.7%)	29 (19.2%)	

表5 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者是否遭遇应激性生活事件比较

项目	非难治 (N=993)	难治组 (N=150)	P值
近期有应激性生活事件	656 (66.1%)	111 (74.0%)	0.054
近期无应激性生活事件	337 (33.9%)	39 (26.0%)	
早年有应激性生活事件	875 (88.1%)	127 (84.7%)	0.128
早年无应激性生活事件	118 (11.9%)	23 (15.3%)	

2.2 认知功能

2.2.1 言语功能

表6 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者言语功能比较

项目	非难治组 (N=1016)	难治组 (N=158)	P值
总数	16.90±6.22	16.93±4.74	0.967
重复数	1.36±1.92	1.25±1.54	0.624
错误数	0.04±0.23	0.07±0.30	0.439

表6结果表明,非难治性抑郁症和难治性抑郁症两组患者在词汇流畅性测验中的动物名称总数、重复数及错误数差异没有统计学意义,也就是说两组患者的言语功能相近。

2.2.2 注意功能

表7 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者注意功能比较

项目	非难治组 (N=1016)	难治组 (N=158)	P值
任务A时间	47.55±33.72	43.47±30.67	0.205
任务A犯规次数	0.62±1.25	0.68±1.41	0.605
任务A错误数	0.25±1.15	0.10±0.35	0.521
任务B时间	75.59±64.19	70.10±58.22	0.134
任务B犯规次数	0.90±1.81	1.20±1.95	0.770
任务B错误数	0.70±1.84	0.62±1.21	0.557
StroopC时间	80.39±29.37	77.63±20.31	0.434
StroopC 个数	48.00±47.18	110.60±3.13	0.214
StroopC 错误数	1.49±7.16	0.42±1.02	0.394
StroopC 正确数	105.26±24.60	106.92±22.80	0.257
StroopC-W 时间	155.86±60.00	164.78±56.90	0.565
StroopC-W 个数	100.31±136.44	81.14±24.36	0.211
StroopC-W 错误数	4.75±7.29	3.29±4.35	0.231
StroopC-W 正确数	107.90±13.80	108.79±4.39	0.181

表7结果表明,非难治性抑郁症和难治性抑郁症两组患者在完成划痕测验任务A、B以及Stroop测验两个任务时的各考察指标差异没有统计学意义,即两组患者的注意功能差异无显著性。

2.2.3 执行功能

表8 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者执行功能比较

项目	非难治组 (N=1016)	难治组 (N=158)	P值
M-WSCT非连续性错误数	9.31±6.84	8.75±6.79	0.043*
M-WSCT连续性错误数	7.92±10.19	8.42±10.43	0.455
M-WSCT总错误数	17.21±12.72	17.08±13.24	0.642
M-WSCT分类数	4.34±1.95	4.41±2.01	0.467
TOH计划时间	10.47±49.59	6.89±4.45	0.526
TOH执行时间	34.99±45.18	34.63±20.64	0.572
TOH移动次数	9.47±2.17	9.57±1.96	0.885
TOH犯规次数	0.13±0.50	0.20±0.52	0.737
TOH得分	5.31±1.40	5.23±1.65	0.888

*P<0.05

表8结果显示,非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者除在M-WSCT非连续性错误数上的差异有统计学意义(P<0.05),在M-WSCT和TOH的其他各考察指标的差异均没有统计学意义。

2.2.4 智力

表9 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者智力比较

项目	非难治组 (N=1016)	难治组 (N=158)	P值
WAIS-VIQ	16.90±6.22	16.93±4.74	0.967
WAIS-PIQ	1.36±1.92	1.25±1.54	0.624
WAIS-IQ	0.04±0.23	0.07±0.30	0.439

*P<0.05

表9结果显示, 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者言语智力、操作智力及智商差异均没有统计学意义。

2.3 人格

表10 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者人格比较

项目	非难治组 (N=1016)	难治组 (N=158)	P值
MMPI-Hs	63.79±12.35	65.39±11.79	0.323
MMPI-D	65.83±13.26	70.81±11.51	0.004*
MMPI-Hy	64.92±11.21	69.18±11.16	0.004*
MMPI-Pd	59.34±12.24	63.88±10.87	0.004*
MMPI-Mf	49.40±11.36	49.42±11.76	0.991
MMPI-Pa	57.15±11.51	57.01±10.91	0.926
MMPI-Pt	62.97±11.48	63.63±10.09	0.657
MMPI-Sc	58.73±11.57	58.95±10.93	0.882
MMPI-Ma	52.03±9.92	50.68±9.00	0.295
MMPI-Si	54.09±13.42	55.03±11.22	0.585

*P<0.05

表10结果显示, 人格测验中非难治性抑郁症和难治性抑郁症两组的抑郁(D)、癔病(Hy)、精神病态(Pd)三个临床量表得分差异有统计学意义。

2.4 神经内分泌

表11 非难治性抑郁症和难治性抑郁症患者神经内分泌比较

项目	非难治组 (N=1016)	难治组 (N=158)	P值
HC	240.15±210.55	246.75±222.96	0.803
ACTH	32.11±40.06	32.18±30.24	0.990
TSH	2.00±1.54	2.75±2.08	0.000*
FT3	3.54±1.27	4.33±5.52	0.020*
FT4	8.80±11.54	10.25±9.39	0.302
TT3	1.45±0.47	3.02±11.61	0.048*
TT4	59.36±45.29	59.46±49.20	0.988

*P<0.05

表11结果显示, 神经内分泌测验中非难治性抑郁症和难治性抑郁症两组的TSH、FT3、TT3差异有统计学意义; HC、ACTH、FT4、TT4差异无统计学意义。

3 讨论

抑郁症是人群中常见的精神障碍之一, 其临床特征以显著而持久的情绪低落为主。随着社会发展, 抑郁症日渐突显成为一个严重的公共卫生问题。世界精神

卫生调查委员会1998年的调查显示, 各国以抑郁症为主的心境障碍的年患病率为0.8%-9.6%。4我国在1993年所做的7个地区精神障碍流行病学调查中情感性精神障碍的终生患病率为0.83%。⁵

同时, 抑郁症的疾病负担也在不断加重。世界卫生组织在2004年发表的《全球疾病负担》报告指出: 抑郁症是导致残疾的首要原因并且列全球疾病负担第4位, 预测到2020年抑郁症将成为继艾滋病后的世界第二大疾病负担源²。它严重困扰着人们的正常工作、学习和生活, 重症病人的高自杀率倾向还直接影响社会安定。虽然大部分抑郁发作可以通过及时干预得到有效控制, 但仍有大部分病例具有明显的复发倾向, 另有20%左右的患者对药物反应欠佳, 成为难治性抑郁症病例。有研究表明难治性抑郁症患者的疾病负担较非难治性抑郁症患者高40%⁶。即使经过药物治疗抑郁症患者主要抑郁症状得到缓解, 仍会存留一些残留症状, 如意志消沉、社会适应能力减退及自杀死亡率增高等。

3.1 人口学资料

本研究发现, 与非难治性抑郁症患者相比, 难治性抑郁症患者的发病年龄更早、总病程时间长、受教育年限时间长、抑郁发作次数多; 此外男性患者发展为难治性抑郁症的机会更大。国内有研究⁷提示发病年龄早、男性患者、病程长的患者易于使抑郁症状趋于慢性化, 在临床上多表现为难治性抑郁症, 与本研究一致。年龄与难治性抑郁症的关系研究结果不一, 有报道认为⁸高龄是难治性抑郁症的一个生物学因素, 即老年人可能更易患难治性抑郁症。我们认为这与发病年龄早易患TRD并不矛盾, 发病年龄早更容易造成疾病的慢性化病程, 间接造成社会功能长期不能完全恢复到正常水平, 甚至疾病反复多次发作, 从而导致转变成为难治性抑郁症; 而老年患者易患难治性抑郁症更多的可能是因为处于老年期这个特定年龄段所具有的生物学特点导致的。

文献报道对于文化程度是否与难治性抑郁症存在关联性结论不一。本研究提示难治性抑郁症患者受教育时间更长, 这与李霞等⁹的研究中发现难治性抑郁症患者文化程度低不一致。我们认为文化程度高的患者在罹患抑郁症时内心体验更深刻, 更容易形成负性认知图式, 在疾病缓解期仍然习惯于使用负性认知图式看待生活事件, 从而可能造成负性情绪不能完全彻底消除。根据这

个假设, 我们推测对于文化程度高的难治性抑郁症患者, 抗抑郁药合并认知行为治疗可能是一种有效的治疗方式。

对于性别与难治性抑郁症的关联性目前结论不一, 有的认为与性别没有相关性, 有的则认为女性的患病率更高。本研究发现男性患者更易患难治性抑郁症。这可能是因为我们的社会文化对女性的情感表达包容性更大, 而给予男性的社会压力更大。从而使男性在面对抑郁症时对社会支持系统的有效利用率低, 同时使疾病作为生活事件对男性患者的创伤效用被放大。从而最终影响到疾病的进程, 使疾病容易慢性化, 容易发展为难治性抑郁症。

生活事件与抑郁症的关系引起了研究者的广泛兴趣, 普遍被认可的结论是抑郁症患者比正常人遭受数量更多强度更大的应激性生活事件, 或者抑郁症患者在遭遇生活事件时对社会支持系统的利用度比正常人低。如, Joca等¹⁰的研究发现抑郁症患者经历的生活事件平均应激强度明显高于正常人。我们的研究中并没有发现难治性抑郁症患者与非难治性抑郁症在早年和近期遭受的生活事件方面有显著性差异; 刘晓鹏¹¹在研究中得到类似的结论, 并证实虽然TRD和TRND两组患者生活事件得分相近, 但他们与正常人相比而言, 其差异仍然具有统计学意义。同时本研究中还发现TRD和TRND两组患者的婚姻状况差异没有统计学意义。

本研究发现, 抑郁症阳性家族病史的患者在TRD患者组所占的比例高于TRND组。这也从一个侧面说明抑郁症的发病与遗传素质具有相关性。为我们从分子遗传角度考察难治性抑郁症的分子标记物提供了最原始的设想点。

3.2 认知功能

近年来抑郁症患者的认知功能障碍研究受到国内外学者的关注, 研究表明, 抑郁症患者普遍存在认知功能损害¹²⁻¹⁴, 表现为注意力、记忆力, 以及执行功能等方面的降低¹⁵。目前, 业界普遍认为经过抗抑郁药的治疗, 在抑郁症状缓解的同时, 患者的认知功能可得到一

定程度的改善。

同时,有研究提出,抑郁症患者的认知功能障碍可能独立于抑郁症状之外,成为影响抑郁症患者社会功能恢复的主要原因之一^{16,17}。Paradiso¹⁸就认为无论是在抑郁症的急性期还是缓解期,患者都存在记忆障碍,这种认知功能损害可以表现为全方位的脑功能严重受损。Buters等¹⁹研究发现,有认知功能损害的老年抑郁症患者经过有效抗抑郁治疗后某些认知功能会有所改善,但很难恢复到正常水平,特别是记忆功能及执行功能,老年抑郁症发展成为难治性抑郁症的机会增大。

本研究发现,在包括言语功能、注意功能、执行功能在内的各项认知功能评估中,TRD和TNRD两组患者没有显著性差异,即TRD患者的认知功能损害并不比TNRD患者的认知功能损害更严重。关于认知功能损害与抑郁症严重程度相关性在既往的研究报道中差异较大。陈俊等²⁰的研究认为TRD患者的注意功能和工作记忆损害比首发抑郁症患者的损害严重,并推测注意功能和工作记忆损害是TRD患者认知功能损害的重要特征。Belanoff等²¹认为抑郁症患者认知功能损害与疾病严重程度相关,并主要表现为注意功能、执行功能等方面的损害。Airaksinen等²²研究发现在事件相关记忆上抑郁症比正常对照的损害明显,轻度抑郁不影响认知功能。

本研究中TRD组和TNRD组在言语智商、操作智商、智商的差异上没有统计学意义。

综合来讲,我们可以看到,抑郁症患者与正常对照相比普遍存在认知功能障碍,难治性抑郁症的认知功能障碍不一定比非难治性抑郁症更严重,但与正常对照相比,TRD患者仍然存在可以被测量到的认知功能障碍。

3.3 人格

宋维真等²³在修订MMPI中文版后将中国常模T分界定为60分,即中国人群MMPI分量表T分60分以上就可以用认为有病理性异常或存在某种心理偏离现象。

本研究结果虽然只是显示非难治性抑郁症和难治性抑郁症两组的D、Hy、Pd三个临床量表得分差异有统计学意义;但与常模比较,两组患者Hs、Pt两个临床量表的

得分也升高。

D量表与情感低落、悲观、抑郁、思维和行动缓慢有关,该量表得分与评估当时的情绪状态有很大的关系,能够较灵敏的反映当时的抑郁综合征,但是稳定性比较差。也就是说D量表得分会随处在抑郁症的不同病程阶段而得分有所差别。Hy量表得分高的人容易表现为依赖、天真、幼稚、自我陶醉,并缺乏自知力,评估的是转换反应来对待压力或解决矛盾的倾向。他们容易用不成熟的防御方式应对生活中的压力和应激。Pd量表可以反应受试者性格的偏离。通过这些我们可以推测TRD患者与TNRD患者相比抑郁得分更高,并更容易使用不成熟的防御方式,性格可能在一定程度上存在偏离。但有研究²⁴对缓解期情感障碍进行人格测试,结果显示MMPI多数项目与常模无显著差异,从而推论情感障碍发作期MMPI临床量表的高分主要是在疾病症状的影响下造成的,而不是我们研究中提出的是与患者的个性基础有关。

Hs量表反应受试者对自己身体功能的过分关心。得分高的人即使身体没有病也总是担心或觉得身体不舒服,表现的是疑病或焦虑。Pt量表得分高的受试者表现为紧张不安、焦虑、烦躁、强迫性思维、自责等。这两个量表在抑郁症患者得分较高可能与抑郁症患者较多合并躯体不适、焦虑有关。

3.4 神经内分泌

本研究中测查了患者的HPA轴和HPT轴两个神经内分泌轴功能。

抑郁症患者存在HPA轴活性过度已经普遍为业界所接受²⁵。HPA轴活性过度常常伴有皮质醇分泌功能的改变。Steiger等²⁶研究发现抑郁症患者血清皮质醇浓度增高。Rbuin等²⁷在研究中发现抑郁症患者的肾上腺皮质增生约38%,且增生程度与皮质醇浓度相关。此外抑郁症患者还可能表现为同一轴中促肾上腺皮质激素释放激素(CRH)和促肾上腺皮质激素(ACTH)分泌增高。本研究中TRD患者和TNRD患者相比皮质醇和ACTH的分泌差异并没有统计学意义。可能的原因一是TRD患者的HPA轴活性并不比TNRD患者的更活跃,即HPA轴活性过度不能作为TRD患者的一

个内表型；二是TRD患者样本量不够大，扩大样本量可能使结果发生改变；三是TRD的定义标准不能体现HPA轴在TRD和TNRD患者间的差别。

HPT轴活性过度是抑郁症患者的神经内分泌功能改变的另一个特点。本研究发现甲状腺功能检查中TRD患者与TNRD患者相比TSH、FT3、TT3指标升高具有统计学意义。在抑郁症神经内分泌的研究中，人们对下丘脑-垂体-甲状腺(HPT)轴的关注较多，且发现部分患者存在HPT轴活性的降低。CB Nemeroff等²⁸在1985年的研究就已经发现8%-17%的抑郁症患者存在HPT轴功能异常，主要表现为TSH水平的升高。另外的研究发现，52%的TRD患者存在亚临床型甲状腺功能减退²⁹，主要表现为促甲状腺素水平上升、三碘甲状腺原氨酸、甲状腺素和游离甲状腺激素水平下降。这些研究结果与我们在研究中发现TRD患者与TNRD患者相比HPT轴功能损害更严重有异曲同工之处，这也为我们在治疗哪些TRD患者时合并使用甲状腺素提供了科学依据³⁰。其作用机制可能在于，甲状腺激素和肾上腺素能受体在中枢神经系统存在共同作用通路，因此甲状腺激素能够改善难治性抑郁症患者对SSRIs抗抑郁药的反应³¹。

参考文献:

1. Suicide and attempted suicide--China, 1990-2002. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2004; 53(22): 481-4.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*. 2006; 3(11): e442.
3. Souery D, Amsterdam J, De Montigny C, Lecrubier Y, Montgomery S, Lipp O, et al. Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria. *European neuropsychopharmacology*. 1999; 9(1-2): 83-91.
4. Hughes JR. Nicotine dependence and WHO mental health surveys. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2004; 292(9): 1021-2.
5. 张维熙, 沈渔村. 中国七个地区精神疾病流行病学调查. *中华精神科杂志*. 1998; 31(002): 69-71.
6. Gibson TB, Jing Y, Smith Carls G, Kim E, Bagalman JE, Burton WN, et al. Cost burden of treatment resistance in patients with depression. *American Journal of Managed Care*. 2010; 16(5): 370-7.
7. 张培新. 影响抑郁症慢性化的因素分析. *四川精神卫生*. 2000; 13(001): 54-5.
8. 李一云, 季建林. 抑郁症病程慢性化的影响因素. *国外医学: 精神病学分册*. 1997; 24(001): 17-20.
9. 李霞, 陆峥, 蔡军, 陈静, 熊祥玉, 姚培芬, et al. 难治性抑郁症的临床特征. *中国新药与临床杂志*. 2005; 24(008): 627-9.
10. Joca SRL, Padovan CM, Guimarães FS. Stress, depression and the hippocampus. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003; 25: 46-51.
11. 刘晓鹏. 难治性抑郁症的临床特征分析. *精神医学杂志*. 2008; 21(002): 124-6.
12. Dunkin JJ, Leuchter AF, Cook IA, Kasl-Godley JE, Abrams M, Rosenberg-Thompson S. Executive dysfunction predicts nonresponse to fluoxetine in major depression. *Journal of affective disorders*. 2000; 60(1): 13-23.
13. Grant MM, Thase ME, Sweeney JA. Cognitive disturbance in outpatient depressed younger adults: evidence of modest impairment. *Biological psychiatry*. 2001; 50(1): 35-43.
14. Neu P, Kiesslinger U, Schlattmann P, Reischies FM. Time-related cognitive deficiency in four different types of depression. *Psychiatry research*. 2001; 103(2): 237-47.
15. 于晶妮, 柴萌. 抑郁症患者的认知功能障碍. *临床精神医学杂志*. 2006; 16(003): 180-1.
16. Reischies FM, Neu P. Comorbidity of mild cognitive disorder and depression - a neuropsychological analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2000; 250(4): 186-93.
17. Koetsier GC, Volkens AC, Tulen JHM, Passchier J, van den Broek WW, Bruijn JA. CPT performance in major depressive disorder before and after treatment with imipramine or fluvoxamine. *Journal of psychiatric research*. 2002; 36(6): 391-7.
18. Paradiso S, Lambert GJ, Garvey MJ, Robinson RG. Cognitive impairment in the euthymic phase of chronic unipolar depression. *The Journal of nervous and mental disease*. 1997; 185(12): 748.
19. Butters MA, Becker JT, Nebes RD, Zmuda MD, Mulsant BH, Pollock BG, et al. Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(12): 1949-54.

20. 陈俊, 吴志国, 王勇, 张晨, 黄佳, 李则攀, et al. 难治性抑郁症与首发抑郁症认知功能对照研究. 上海交通大学学报 (医学版). 2010; 30(6): 631-5.
21. Belanoff JK, Kalehzan M, Sund B, Ficek SKF, Schatzberg AF. Cortisol activity and cognitive changes in psychotic major depression. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(10): 1612-6.
22. Airaksinen E, Larsson M, Lundberg I, Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychological Medicine*. 2004; 34(1): 83-91.
23. 宋维真. 明尼苏达多相个性调查表指导书. 中国科学院心理研究所; 1989.
24. 王春芳, 韩岭. MMPI 对情感性障碍的测试分析. 中国心理卫生杂志. 1994; 8(002): 75-8.
25. Moffot A, O'Carroll R, Bennie J, Carroll S, Dick H, Ebmeier K, et al. Diurnal variation of mood and neuropsychological function in major depression with melancholia. *Journal of affective disorders*. 1994; 32(4): 257-69.
26. Steiger A, Holsboer F. Nocturnal secretion of prolactin and cortisol and the sleep EEG in patients with major endogenous depression during an acute episode and after full remission. *Psychiatry research*. 1997; 72(2): 81-8.
27. Rubin RT, Phillips JJ, McCracken JT, Sadow TF. Adrenal gland volume in major depression: relationship to basal and stimulated pituitary-adrenal cortical axis function. *Biological psychiatry*. 1996; 40(2): 89-97.
28. Nemeroff C, Simon J, Haggerty Jr J, Evans D. Antithyroid antibodies in depressed patients. *The American journal of psychiatry*. 1985; 142(7): 840.
29. Kornstein SG, Schneider RK. Clinical features of treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62: 18-25.
30. Nierenberg AA, White K. What next?: A review of pharmacologic strategies for treatment resistant depression. *Psychopharmacology Bulletin; Psychopharmacology Bulletin*. 1990.
31. Whybrow PC, Prange Jr AJ. A hypothesis of thyroid-catecholamine-receptor interaction: its relevance to affective illness. *Archives of General Psychiatry*. 1981; 38(1): 106.

强迫症患者团体心理治疗与药物治疗对比疗效研究

连楠 李幼辉¹ 宋学勤 郭慧荣

作者单位: 郑州大学第一附属医院精神医学科, 河南省郑州市, 450052

基金项目: 河南省卫生厅科技攻关项目 (编号: 200703056)

通讯作者: 李幼辉、教授、E-mail: qiuliyouhui@126.com

【摘要】目的: 探讨团体心理治疗对强迫症患者症状的改善和生活质量提高的疗效。方法: 选择符合入组标准的60例强迫症患者, 随机分成实验组和对照组两组, 每组各30例, 实验组接受药物治疗结合团体心理治疗, 对照组仅接受的药物治疗, 观察12周。在治疗前、治疗8周末、治疗12周末分别对两组患者施测耶鲁-布朗强迫量表。治疗前后分别对两组患者施测生存质量量表。结果: 强迫症治疗前后症状严重程度与生活质量的比较显示, 尽管治疗结束, 两组在上述两个方面均有改善, 但实验组的症状缓解和生活质量的提高都更为显著, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 团体心理治疗结合药物治疗与单独的药物治疗相比, 能更加有效的缓解强迫症患者的强迫症状并提高其生活质量。

【关键词】强迫症 团体心理治疗 耶鲁-布朗强迫量表 生存质量量表

强迫症是以强迫症状为主要临床相的一类神经症。目前大多数学者仍然认为药物治疗结合心理治疗是强迫症的最佳治疗方案。其中心理治疗主要有精神动力学疗法、认知行为疗法、森田疗法等不同取向,按其形式又可分为个别治疗、团体治疗、家庭治疗等。个别心理治疗国内外均有对照研究证实其有效性^[1-4]。对于团体心理治疗,国外相关的报道比较多见^[5-9],而在国内除个别的几篇报道外^[10-11],尚未见研究报道。

本研究试图评估团体心理治疗对强迫症患者症状的缓解及生活质量提高的疗效,为团体心理治疗今后在临床的推广运用提供实证依据。

1. 对象和方法

1.1 研究对象

2008年10月~2009年12月,就诊于郑州大学第一附属医院精神医学科门诊的60例强迫症患者。入组标准:①Y-BOCS 评分 ≥ 16 分;②符合国际疾病分类标准第10版(ICD-10)的诊断标准;③无器质性疾病;④初中及以上文化程度;⑤年龄16~60岁;⑥每位病人或病人的法定代理人必须理解本研究的性质,并签署知情同意书。排除标准:①严重躯体疾病、脑器质性疾病或物质滥用病史;②精神发育迟滞;③重症抑郁、精神分裂症伴强迫症状者及其它精神障碍者;④既往有精神障碍病史;⑤怀孕或哺乳妇女;⑥对治疗不合作或无法完成者。

1.2 研究工具

1.2.1 症状严重度评定 采用耶鲁-布朗强迫量表(Yale - Brown Obsessive - Compulsive Scale, Y-BOCS)。该量表是目前国际上广泛采用的一种半定式评定强迫症状严重程度的工具,不受强迫症患者症状类型的影响,Goodman等人的研究报告Y-BOCS具有较好的评估者之间一致性、内部一致性和信、效度,对疗效的敏感性也很高,被称为OCD评估的“黄金标准”。^[12]该量表由10个项目构成,5个项目反映强迫观念,另5个项目反映强迫行为。

1.2.2 生活质量评估 采用生存质量量表(the MOS36-item Short Form Health survey, SF-36), SF-

36 量表是国际上普遍认可的生活质量测评工具, SF-36 量表是一个多条目的自评量表, 包括8个健康概念和 1 个健康变化的自评^[14]。

1.3 治疗方法

1.3.1 研究设计: 将研究对象随机分成实验组和对照组, 实验组接受团体心理治疗合并药物治疗, 对照组接受单纯药物治疗。两组病人均使用舍曲林治疗(50-200mg/日)。要求临床医师只能提供疾病机理、药物副反应方面的知识以及温暖和支持性的建议, 而不提供任何形式的心理治疗。对两组同时进行12周的观察, 并分别在治疗前实施SF-36及Y-BOCS量表的测定、在治疗8周末复测Y-BOCS量表、12周末复测SF-36及Y-BOCS量表, 对两组测评结果进行比较分析。

1.3.2 心理治疗方案: 本团体心理治疗为同质性开放式团体, 每组6-10名成员, 由两名专职心理治疗师带领。每次治疗90分钟, 每周一次, 共十二次。具体分为以下四个阶段:

治疗的准备阶段: 两名治疗师一起单独会见每一位病人两次, 每次50分钟。第一次会谈着重了解评估病人的病情及相关信息; 第二次会谈, 重点在于帮助病人对团体治疗做好准备, 并与病人共同阅读并签署知情同意书。

治疗的第一阶段(1-3次治疗): 在彼此认识的基础上, 着重建立团体文化, 使成员们能够自由的袒露自己对团体、其他成员和治疗师所体验到的即刻的感觉。

治疗的中间阶段(4-9次治疗): 随着团体规范的逐渐形成, 团体逐渐发展成为一个具有凝聚力的整体。团体中的每个人都逐渐开始表现出生活中的真实自我。通过彼此的反馈和对自己真实感受的关注, 每位成员都渐渐意识到自己过去适应不良的人际模式和非理性的认知。治疗师帮助患者理解帮其纠正非理性的认知, 鼓励成员在团体中做出改变。

治疗的终止阶段(10-12次治疗): 鼓励成员在先前治疗的基础上在生活中做出相应改变并表达感受。帮助成员探讨生活中还没改变的事情以及对此的感受如何。逐渐引导成员面对团体的结束, 并分享感受。

1.4统计方法 用SPSS 13.0统计软件,采用采用两独立样本t检验、卡方检验及非参数检验方法进行统计分析,检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 一般资料

实验组与对照组在性别、年龄、文化程度、婚姻、精神疾病家族史等一般资料上无显著性差异($P>0.05$)。

2.2 治疗前、后强迫症状严重程度和生活质量的比较

2.2.1 组间比较

分别比较实验组与对照组治疗前、8周末及12周末的强迫症状严重程度,结果显示:实验组与对照组两组间尽管在治疗前、8周末强迫症状的严重性无显著性差异,但在第12周末,结合团体心理治疗的实验组强迫思维的改善更为显著($P<0.05$,见表2-1)。

表2-1 治疗前、后强迫症状严重程度组间比较

Y-BOSC		实验组($\bar{x}\pm S$)	对照组($\bar{x}\pm S$)	t
总分	治疗前	20.38±2.97	21.04±6.46	0.512
	8周末	17.01±4.62	17.75±5.71	0.564
	12周末	14.32±5.64	16.02±4.43	1.287
强迫思维	治疗前	12.75±2.49	13.70±4.16	0.377
	8周末	10.03±2.57	10.97±3.34	1.219
	12周末	8.53±2.98	10.37±3.21	2.295*
强迫行为	治疗前	7.62±3.89	7.31±3.97	0.294
	8周末	5.76±3.26	5.65±1.85	0.172
	12周末	4.32±2.03	5.24±2.09	1.713

注: *为 $P<0.05$, **为 $P<0.01$;

比较实验组与对照组在治疗前与治疗第12周末生活质量的变化,发现治疗前SF-36量表各因子分并无显著性差异,但在第12周末,实验组SF-36量表的RP、MH、GH、VT、SF、RE因子较对照组有显著性的差异($P<0.05$,见表2-2)。

表2-2 治疗前、后生活质量的组间比较

SF-36		实验组($\bar{x}\pm S$)	对照组($\bar{x}\pm S$)	t
PF	治疗前	27.67±1.88	27.30±1.96	0.739
	12周末	27.93±1.44	27.86±1.43	0.192
RP	治疗前	5.89±0.94	5.80±1.26	0.318
	12周末	6.35±0.73	5.87±0.74	2.521*
BP	治疗前	11.26±1.79	10.83±1.12	1.121
	12周末	11.39±0.80	10.98±0.85	1.927
GH	治疗前	18.20±2.21	17.93±2.82	0.417
	12周末	21.53±1.76	20.24±3.02	2.024*
VT	治疗前	17.13±2.16	16.54±1.59	1.203
	12周末	19.96±1.29	18.95±1.04	3.325**
SF	治疗前	6.03±2.06	6.52±2.19	0.895
	12周末	9.01±1.38	7.83±1.67	2.997**
RE	治疗前	4.49±1.02	3.99±0.96	0.961
	12周末	5.08±0.52	4.41±0.61	4.582**
MH	治疗前	17.80±2.14	18.01±3.26	0.301
	12周末	21.67±3.80	19.85±2.39	2.235*

注: *为 $P<0.05$, **为 $P<0.01$;

2.2.2组内比较

2.2.2.1强迫症状在不同治疗阶段的组内比较

对实验组不同阶段的强迫症状严重程度进行两两比较,结果显示实验组各阶段强迫症状严重程度之间存在显著性差异($P<0.05$,见表2-3)。

表2-3 实验组强迫症状在不同治疗阶段的组内比较

Y-BOSC (N=30)		治疗前	12周末
总分	8周末	3.357**	2.019*
	12周末	5.169**	
强迫思维	8周末	4.154**	2.084*
	12周末	5.936**	
强迫行为	8周末	2.003*	2.047*
	12周末	4.107**	

将对照组不同阶段的强迫症状严重程度进行两两比较,结果显示除强迫行为和强迫思维在12周末较8周末没有显著改善外,对照组其他各阶段强迫症状严重程度之间亦存在显著性差异($P<0.05$,见表2-4)。

表2-4 对照组强迫症状在不同治疗阶段的组内比较

Y-BOSC (N=30)		治疗前	12周末
总分	8周末	2.107*	2.218*
	12周末	3.496**	
强迫思维	8周末	2.722*	0.714
	12周末	3.461**	
强迫行为	8周末	2.061*	0.813
	12周末	2.534*	

2.3.2.2 生活质量在不同治疗阶段的组内比较

将实验组与对照组不同阶段的生活质量进行两两比较,结果显示除实验组和对照组的PF、BP以及对照组的RP外,两组各治疗阶段生活质量其他多个方面存在显著性差异($P<0.05$,见表2-5)。

表2-5 实验组与对照组生活质量在不同治疗阶段的组内比较

SF-36 (N=30)		治疗前($\bar{x}\pm s$)	12周末($\bar{x}\pm s$)	t
实验组	PF	27.67±1.88	27.93±1.44	0.612
	RP	5.89±0.94	6.35±0.73	2.270*
	BP	11.26±1.79	11.39±0.80	0.359
	GH	18.20±2.21	21.53±1.76	6.397**
	VT	17.13±2.16	19.96±1.29	6.173**
	SF	6.03±2.06	9.01±1.38	6.486**
	RE	4.49±1.02	5.08±0.52	2.817**
	MH	17.80±2.14	21.67±3.80	4.857**
对照组	PF	27.30±1.96	27.86±1.43	1.267
	RP	5.80±1.26	5.87±0.74	0.271
	BP	10.83±1.12	10.98±0.85	0.576
	GH	17.93±2.82	20.24±3.02	3.064**
	VT	16.54±1.59	18.95±1.04	6.927*
	SF	6.52±2.19	7.83±1.67	2.584*
	RE	3.99±0.96	4.41±0.61	2.029*
	MH	18.01±3.26	19.85±2.39	2.486*

讨论

团体心理治疗是通过团体内人际交互作用,促使个人在团体中通过观察、学习、体验、认识自我、探讨自我、接纳自我,调整和改善与他人的关系,学习新的态度与行为方式,以发展良好的生活适应能力的助人自助过程。

Aristides等^[5]发现,团体治疗可以显著的降低强迫症患者的Y-BOSC得分($P<0.001$)并明显提高患者的生活质量($P<0.001$);Asbahr FR等人^[6]的研究发现,尽管团体治疗与药物治疗都能够对强迫症患者取得有统计意义的疗效,但随后九个月的随访提示团体治疗组的复发率更低。本研究也发现,经过12周的团体心理治疗,团体心理治疗联合药物治疗组在强迫症状的缓解和生活质量的提高方面都显著优于单独药物治疗组。其疗效的机理可能在于:①在团体心理治疗这样一个安全并稳定的环境里,患者可以逐渐展现本来的自己,治疗师也可以通过这个环境更好的了解每一位患者的思想行为模式。②在这个同质性团体中,成员们发现彼此都有着和自己类似的强迫症状、人际困扰,这种普遍性使彼此间更加的接纳和认同,也更愿意在团体中分享与暴露自己的深层问题和负性情绪,而这本身就有重要的治疗性意义。③待逐渐建立了团体规则,并形成很好的团体凝聚力之后,通过成员间的交流、情感反映等方式,令成员逐渐意识到自己不成熟的防御机制和不良的认知模式,并有了改变的动机和方向。④通过治疗师解释澄清、引导性的沟通让患者辨别理解自己的非理性认知;通过强化、角色扮演等方法,使患者逐渐学会有效的应对问题方式,促成其改变。⑤一些成员的改变,可起到有效地示范作用,其他成员可通过行为模仿和人际学习达成自己的改变,在治疗师的鼓励下,病人开始将改变运用到自己的生活之中。

本研究与既往国内研究的不同之处在于评估了强迫症患者的在治疗前后生活质量的改善情况,发现结合团体心理治疗的患者比单纯药物治疗生活质量的改善更加明显。上述结果为今后对强迫症患者实施团体心理治疗

提供了实证依据。

参考文献

- [1] 杜玉杰, 景文利. 认知行为疗法结合药物治疗强迫症1例报告[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2003, 24(11):1316
- [2] 郭蓄芳, 屈英, 刘丹等. 结构性家庭疗法治疗难治性强迫症患者7例[J]. 中国临床康复, 2005, 9(28):36~37
- [3] 丁芳盛. 典型儿童强迫症个案的整合主义心理治疗分析[J]. 浙江海洋学院学报(人文科学版), 2008, 25(3):106~109
- [4] 梁兴, 张秀琴. 精神分析法治疗强迫症13例报告[J]. 健康心理学杂志, 2003, 11(3): 194~195
- [5] Volpato Cordioli Aristides, Heldt Elizeth, Braga Bochi Daniela, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial[J]. *Psychother Psychosom.*, 2003, 72(4):211-216.
- [6] Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, et al. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Nov; 44(11):1128-1136
(7---13省略)

抑郁症患者血浆脑源性神经营养因子水平研究

艾明 王俊 况利 苟芯源 王我 徐小明

基金项目:卫生部公益行业科研专项(201002003);国家自然科学基金(81071118);

重庆市科委重点项目(GSTC, 2011BA5010);重庆市卫生局项目(2009-1-55)

作者:艾明(1981-)男,硕士,研究方向:自杀及抑郁症发病机制及治疗

通信作者:况利教授,硕士生导师(E-mail: kuangli0308@163.com)

单位:400016;重庆;重庆医科大学附属第一医院心理卫生中心

【摘要】目的:探讨血浆脑源性神经营养因子(brain-derived neurotrophic factor, BDNF)水平与抑郁症患者的发病年龄、性别、首发和复发、家族史、自杀行为及抗抑郁药治疗反应之间的相关性。**方法:**采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD24)和贝克抑郁自评量表(BID)对125例抑郁症患者及91例健康对照者进行评分,使用酶联免疫吸附法(ELISA)测定血浆BDNF水平,于治疗后4、8、12周末进行各量表复测及采血行血浆BDNF水平检测。**结果:**(1)治疗前抑郁症组血浆BDNF表达水平低于正常人群(抑郁症组 946.672 ± 297.075 pg/ml,对照组 1187.360 ± 236.026 pg/ml, $P=0.019$);抑郁症组中有自杀未遂史的血浆BDNF水平低于无自杀行为者(778.882 ± 230.709 pg/ml; 999.900 ± 297.584 pg/ml), $P=0.024$ 差异显著。治疗后4、8、12周末动态观察血浆BDNF表达水平较基线上升;4、8周末血浆BDNF水平上升但仍低于正常对照组,直到12周末时高于正常对照组。(2)血浆BDNF水平与发病年龄、性别、首发和复发、家族史、家族史、HAMD量表得分、病程间无明显相关;但与自杀意念和自杀行为之间存在非常显著相关性($P<0.01$)。**结论:**抑郁症患者血浆BDNF水平降低并与自杀意念和自杀行为之间存在显著相关性。抗抑郁药治疗后血浆BDNF随治疗时间呈持续升高,认为血浆BDNF水平的变化可能是抑郁症的生物学标志之一,而低水平的血浆BDNF可能是有自杀意念和自杀未遂抑郁患者的一个危险信号。

【关键词】抑郁症;血浆BDNF;自杀未遂

【中国图书分类号】R794.4 **【文献标识码】**A

抑郁症(Depressive Disorder)为各种原因引起的一种常见的心境障碍,典型的临床表现为“三低症状”即情绪低落、思维迟缓、意志活动减退,伴认知功能和行为的改变,重者可伴明显的精神病性症状。具有高发病、高复发、高致残等特点;约有2/3抑郁症患者曾有过自杀意念或自杀行为,而约15%的患者最终死于自杀[1]。目前,关于抑郁症的发病机制仍不十分清楚,普遍倾向于多因素综合作用所致的多基因疾病。其研究[2]主要集中在细胞因子学说、神经递质、神经生长因子、内分泌系统、受体假说、脑功能影像学、遗传及社会心理因素等方面。“神经营养假说”仍是当前研究的热点,

以脑源性神经营养因子(brain-derived neurotrophic factor, BDNF)为主要研究对象。目前国内尚缺乏有关抑郁症与血浆BDNF水平的研究报道,本研究试图寻找血浆BDNF水平能否作为抑郁症诊断的生物学指标。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 病例组:收集2010年9月至2011年11月重庆医科大学附属第一医院心理卫生中心门诊和住院抑郁症患者,随机入组。入组标准:(1)符合美国精神障碍诊断和统计手册第4版和中国精神障碍分类与诊断标准第3

版抑郁发作的诊断标准；(2) 首发抑郁症患者或既往诊断抑郁症者入组前两周末进行抗抑郁药治疗，一个月内无电休克治疗史；(3) 汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton Depression Scale, HAMD) 24项评分) ≥ 20 分；贝克抑郁自评量表 (Beck self-rating depression scale, BDI) 评分 > 5 分；(4) 汉族，年龄18~70岁；(5) 取得患者或家属同意后入组(6) 无器质性精神障碍及严重脑外伤致障碍者；排除精神活性药物和非依赖性物质所致抑郁及其他精神疾患，和妊娠、哺乳、月经期妇女。男49例，女76例，平均年龄 42.94 ± 16.07 岁，其中27例有抑郁症家族史。

1.1.2 对照组：来源于重庆医科大学附属第一医院职工及医科大学学生，与抑郁症组性别和年龄相匹配，HAMD $24 < 8$ 分；无器质性精神障碍及严重脑外伤致障碍者、无自杀史，排除精神活性药物和非依赖性物质所致抑郁及其他精神疾患以及孕妇及哺乳期妇女。男36例，女55例，平均年龄 41.18 ± 15.48 岁，其中18例有抑郁症家族史。

1.2 方法

1.2.1 量表评定 在采血当日进行HAMD、BDI评定，所有入组对象由2名精神科高年资主治医师及以上的医师共同

诊断。

1.2.2 标本采集 所有病例组均在开始首次服药前空腹采血，使用一次性真空采血管(含EDTA抗凝剂)抽取肘静脉血4ml；随访时，进行HAMD和BDI量表复测的当日同时采集血标本。血标本室温下静置2h后，3000rpm离心10min分离血浆， -80°C 冻存备用。采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定血浆BDNF水平，人BDNF ELISA试剂盒购自R&D Systems GmbH公司，严格按照说明书操作。

1.3 统计方法 全部数据录入SPSS17.0软件包，计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，两组间或多组间比较采用独立样本t检验或单因素方差分析(one-way ANOVA)，两变量间关系使用直线相关分析。

2 结果

HAMD量表平均得分为： 25.470 ± 4.830 分，BDI量表平均得分为 16.836 ± 6.690 分，不同性别、有无家族史、自杀未遂史、首发和复发、早发和晚发型抑郁(按年龄为界，发病年龄早于30岁为早发行抑郁，发病年龄晚于30岁为晚发型抑郁)之间量表的平均得分差异无统计学意义($P > 0.05$)，有无自杀意念在HAMD和BDI两量表中的平均得分之间差异非常显著($P < 0.01$)，详见表1。

表1 HAMD、BDI量表的比较

Table 1 comparison of HAMD and the BDI scale

		HAMD	P	BDI	P
性别	男	25.200 ± 4.668		17.230 ± 6.144	
	女	25.640 ± 4.955	0.724	16.580 ± 7.041	0.527
家族史	有	26.920 ± 3.459		17.490 ± 6.656	
	无	24.140 ± 5.189	0.382	14.490 ± 6.345	0.687
自杀未遂史	有	29.330 ± 5.008		22.410 ± 6.429	
	无	24.410 ± 4.220	0.076	15.280 ± 5.914	0.426
自杀意念	有	26.230 ± 5.278		18.400 ± 7.001	
	无	23.930 ± 3.297	0.001	13.530 ± 4.506	0.000
晚发 ≥ 30 岁		25.210 ± 4.775		15.830 ± 6.621	
早发 < 30 岁		26.050 ± 4.963	0.327	19.110 ± 6.358	0.944
首发		25.190 ± 4.957		17.310 ± 6.772	
复发		25.810 ± 4.696	0.689	16.260 ± 6.608	0.880

抗抑郁药物分为单用选择性5羟色胺再摄取抑制剂（以SSRI表示）及加用小剂量的新型抗精神病药物（以SSRI+S表示）两组，两组药物治疗前后HAMD与BDI量表的平均得分差异无统计学意义。61例抑郁症患者抗抑郁药物治疗前HAMD及BDI两量表评分与治疗前4、8、12周末之间差异非常显著 $P<0.01$ ，且治疗12周末两量表的评分接近于正常水平，见表2，计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示。

表2 抗抑郁药物治疗前后HAMD、BDI平均分比较

Table 2 Comparison of antidepressant treatment before and after the HAMD and the BDI average

	治疗前	治疗后		
		4周末	8周末	12周末
HAMD	24.934±4.347	16.820±5.012	11.328±3.520	7.344±2.316
BDI	16.836±6.203	12.902±6.894	8.443±3.753	5.295±2.980

病例组和对组性别、年龄、家族史、自杀意念及两种抗抑郁药治疗与血浆BDNF水平比较差异无统计学意义。对病例组进行家族史、自杀未遂史、自杀意念、首发和复发、早发型抑郁和晚发型抑郁与血浆BDNF水平比较，在抑郁症的早发和晚发型（969.223±333.196pg/ml、931.795±275.416pg/ml， $P=0.046$ ）及自杀未遂史（有自杀行为778.882±230.709pg/ml、无自杀行为992.900±297.584pg/ml， $P=0.024$ ）之间差异显著，其余项目的差异无统计学意义。125例抑郁症组患者基础血浆BDNF水平（946.672±297.075pg/ml）低于正常对照组（1187.360±236.026pg/ml）， $P<0.05$ 差异显著。对61例进行抗抑郁药物治疗4、8、12周末动态

监测的血浆BDNF水平。治疗前61例患者血浆BDNF水平（783.907±164.874pg/ml）明显低于正常对照组，经抗抑郁药物治疗后，血浆BDNF水平增加，并对各组间进行方差分析，结果见表3，治疗前血浆BDNF水平分别与治疗后各组比较，差异有统计学意义，与性别之间差异无统计学意义。治疗后4、8、12周末与正常对照组血浆BDNF水平比较（1187.360±236.026pg/ml），治疗4周（1040.309±255.506pg/ml）差异非常显著（ $P=0.004$ ）；治疗8、12周末血浆BDNF水平（1103.011±300.949pg/ml、1256.666±254.285pg/ml）无显著差异性（ $P=0.171$ 、 $P=0.302$ ）。

表3 抗抑郁药物治疗前后血浆BDNF水平比较（pg/ml）

Table 3 comparison of the plasma BDNF levels before and after antidepressant treatment (pg/ml)

	治疗前	治疗后		
		4周末	8周末	12周末
n	61	61	61	61
BDNF	783.907±164.874	1040.309±255.506*	1103.011±300.949*#	1256.666±254.285*

*治疗前血浆BDNF水平与治疗后各周之间的比较， $P<0.01$ ；#治疗后4、8周末两组比较 $P>0.05$ ，其余各周末间比较 $P<0.01$ 。

抑郁症患者血浆BDNF水平与性别、年龄及家族史、早发和晚发型抑郁之间无明显相关（ $r=0.071$ ， $P=0.432$ ； $r=-0.046$ ， $P=0.607$ ； $r=0.103$ ， $P=0.254$ ； $r=-0.051$ ， $P=0.570$ ），与HAMD量表得分、病程和首发和复发间亦无明显相关（ $r=-0.099$ ， $P=0.273$ ； $r=-0.003$ ， $P=0.975$ ； $r=-0.126$ ， $P=0.88$ ）。与BDI量表总分显著负

相关（ $r=-0.196$ ， $P=0.029$ ），与自杀意念和自杀行为也呈显著相关性（ $r=-0.250$ ， $P=0.005$ ； $r=-0.298$ ， $P=0.000$ ）。抗抑郁药物治疗4、8、12周末血浆BDNF水平、HAMD、BDI量表与性别、家族史、发病年龄、早发和晚发、自杀行为间无明显相关性。

3 讨论

脑源性神经营养因子是神经营养因子家族中的重要成员之一，自1982年首次在猪脑中发现，认为BDNF对神经元的生长、分化、存活、突触可塑性及损伤后的修复具有重要作用^[3]。到近10余年，BDNF在抑郁症领域的相关研究中取得了突飞猛进的进展，给抑郁症的发病机制和治疗带来了新的研究方向和新希望；为抑郁症可能的生物学标志物提供证据。大量研究认为BDNF参与了抑郁症的发病，然而至今对该疾病的诊断仍然缺乏客观而可靠的生物学指标。

前期工作中，我们研究团队对抑郁症和精神分裂症患者^[4-5]的血清BDNF表达及相关性进行了对比分析，发现两种疾病的血清BDNF水平均低于正常人群；研究还发现，血清BDNF水平在两种疾病中虽未显示出明显差异，但有精神分裂症低于抑郁症的趋势。

本研究结果之一显示，抑郁症患者血浆BDNF水平低于正常人群；这一结论^[6-8]与国内外的研究报道相同。患者组中有自杀未遂史的血浆BDNF水平低于无自杀行为者和正常人群，抑郁症组中自杀意念及自杀未遂史与血浆BDNF水平存在显著相关性。此结果正好与Kim等人^[9]的研究相同，他研究发现有自杀倾向的重度抑郁症患者血浆BDNF水平明显低于无自杀倾向者和正常者。目前，国内有关抑郁症患者自杀未遂与血浆BDNF方面的研究未见相关报道。本研究的结果同时提示：HAMD、BDI量表评分与自杀意念之间差异非常显著，然而两量表的平均得分与有无自杀行为之间的差异无统计学意义。量表的评定时间规定为，评定当时或入组前一周的情况，而这里所说的自杀未遂史的时间范围是曾经某一时间出现过自杀行为，没有明确的进行时间段的细划分。自杀行为出现的时间点（近期或远期）不同，对疾病症状的影响亦不相同，评定量表时患者的量表得分也会有差异。本研究的另一结果显示，血浆BDNF与有无家族史的抑郁症患者的差异虽然未到达显著性，却有出现差异的趋势，有待于扩大有抑郁症家族史的样本量。结合以上几点结论，由此认为：血浆BDNF水平的变化可能是抑郁症的生物学标

志之一，更可能是有自杀意念和自杀未遂抑郁患者的一个危险信号。

血浆BDNF作为抑郁症生物学检测的备选指标之一，其可能的变化范围还不是十分清楚。本次研究检测抑郁症患者血浆BDNF水平在481~1550pg/ml范围内波动。针对这一结果查阅了大量相关的国内外文献，总结如下：国内以中国汉族人群为研究对象的抑郁症患者，血浆BDNF水平大致在666~1062pg/ml；国外血浆BDNF水平波动很大，160~4800pg/ml。两者的差距很大，可能提示人种差异对血浆BDNF变化影响较大。国内在BDNF水平的研究主要集中于血清水平，仍然存在较大的差距。在血浆水平国内研究尚不多，虽然差距不如国外大，但是存在不足之处，多以中国汉族人群为研究主体，缺乏其他少数民族的研究资料。所以大样本多中心、多种族的研究可能更加有助于获得血浆BDNF水平的变化范围。

另一个研究结果提示：抑郁症患者血浆BDNF与性别、年龄、家族史、病程、HAMD、首发和复发及早发和晚发之间无明显相关。患者血浆BDNF水平与病程及HAMD量表的评分无显著相关，这与尤加永等^[5]的研究结果一致，可能与血浆与血清脑源性神经营养因子差异有关，血浆可以排除血小板中所含BDNF的影响。但是贝克抑郁自评量表的评分与血浆BDNF水平存在相关性，可能与HAMD量表为他评量表，由专业人员进行评定；而BDI量表则有患者本人评定，患者对自身症状的认识不足有关。本研究中68例首发抑郁症患者的血浆BDNF水平虽高于57例复发者，但差异无显著性，与Lee等^[4]发现的结果不一致，他的研究结果（首发49例、28例为复发）认为首发抑郁症患者血浆水平较复发者高；这可能受样本量、不同人种等因素的影响。

本研究还发现，抗抑郁药物治疗后血浆BDNF水平较治疗前的基础水平上升；经抗抑郁药治疗4、8、12周期间动态监测血浆BDNF水平发现，呈持续的上升趋势；与Armando D等^[10]研究结果相同，经抗抑郁药治疗一个月后血浆水平上升，较接近正常人水平；随着血浆BDNF水平上升抑郁症状也明显的改善。本研究中，抗抑郁药物治

疗前与治疗4、8、12周末比较, 血浆BDNF水平上升且差异都有统计学意义; 除4~8周末上升的幅度较平坦, 其余各周末间两两比较差异有显著统计学意义。治疗4、8周末血浆BDNF的变化水平未提示疗效好坏与预后存在相关性, 如果将随访的时间延长至1~2年, 动态监测血浆BDNF水平对治疗反应(有效、无效)以及复发等病情变化, 可能更具有临床指导意义。本研究未发现单用选择性5羟色胺再摄取抑制剂类的抗抑郁药以及加用小剂量的新型抗精神病药物两组间治疗前后血浆BDNF水平存在差异。Reiji等^[11]对于耐药的抑郁症患者(n=31)在抗抑郁药或心境稳定剂中加入小剂量的非典型抗精神病药作为辅助药, 可能增加血浆BDNF水平。本研究与Reiji的结果不同, 他主要针对难治性抑郁, 而本研究以中重度抑郁症患者为主, 可能与研究对象的疾病严重程度不同有关; 另一方面, 难治性抑郁症的发病机制是否与一般性抑郁症的发病机制相同, 以及治疗过程中对药物反应机制是否相同, 有待于进一步研究。尤加永等^[11]针对老年(年龄60~78岁)抑郁症患者进行的研究, 发现经抗抑郁药治疗6周血浆水平有所上升, 但未达到显著水平, 认为血浆BDNF水平可能与受治疗的时程影响。本研究发现在治疗的第4~8周间血浆BDNF出现缓慢上升阶段, 而后的上升较明显, 说明治疗时间可能对血浆BDNF水平的变化有影响。12周末时, HAMD、BDI量表的评分均接近正常水平, 血浆BDNF水平高于正常对照组, 且有显著统计学差异, 因此认为动态观察血浆BDNF水平可作为抑郁症患者药物治疗后较为敏感的一个生物学指标。本次研究的总随访时间只有12周, 没涉及到血浆BDNF水平与巩固期和维持期治疗过程中减药和停药的研究, 其血浆BDNF水平的变化能否作为临床治疗过程中减药、停药提供客观依据指标以及病情波动的预警信号, 以大样本、多中心的进行连续性长期检测, 这将是我们的下一步研究方向。

参考文献

[1]甘窈, 况利, 东西方国家自杀行为的现状[J]. 重庆医学,

2009, 38(7): 792-793.

[2]毕秀华, 宋云, 秦竹. 抑郁症发病机理的研究进展[J]. 云南中医中药杂志. 2012, 33(1):64-66

[3]Duman RS. Role of neurotrophic factors in the etiology and treatment of mood disorders[J]. Neuromolecular Med. 2004, 5(1):11-25.

[4]曾妍, 艾明, 况利, 等. 焦虑抑郁障碍共病患者的特质焦虑与其血清BDNF水平的相关性研究[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(18): 1967-1969.

[5]曾妍, 况利, 甘窈, 等. 精神分裂症患者血清中BDNF的表达及相关研究[J]. 重庆医科大学学报, 2011, 36, (4): 476-478

[6]Bun-Hee Lee, Hyun Kim, Sun-Hwa Park, et al. Decreased plasma BDNF level in depressive patients [J]. Journal of Affective Disorders. 2007(101):239-244.

[7]尤加永, 袁勇贵, 张志屠. 等. 老年抑郁患者治疗前后血浆脑源性神经营养因子和组织纤维蛋白酶原激活物水平的变化[J]. 中华行为医学科学. 2008, 17(8):694-696.

[8]Yanyan shi MD, Jiayong MD, et al. Plasma BDNF and tPA are associated with late-onset geriatric depression [J]. Psychiatry and clinical Neuroscien-ces. 2010, (64):249-254.

[9]Yong-Ku Kim, Heung-Pyo Lee, Sung-Doo Won, et al. Low Plasma BDNF is associated with Suicidal Behavior in Major Depression [J]. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2007, (31):78-85

[10]Armando Piccinni, Donatella Marazziti, Mario Catena, et al. Plasma and serum brain-derived neurotrophic factor(BDNF) in depressed patients during 1 year of antidepressant treatments[J]. Journal of Affective Disorders. 2008(105):279-283

[11]Reiji Yoshimura, Atsuko Ikenouchi-Sugita, Hikaru Hori, et al Adding a low dose atypical antipsychotic drug to an antidepressant induced a rapid increase of plasma brain-derived neurotrophic factor levels in patients with treatment-resistant depression[J]. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2010(34):308-312

论坛摘要

佛学与心理健康：快乐的活法

坛主：胡建 嘉宾：释宽容 刘津

一、极乐世界在哪里

视频《佛说阿弥陀经》向人们勾画出一幅幅想象中的西方极乐世界，至美至善，平静祥和，令人向往。如此美好之地是否存在呢？人们一直对其存在无比的好奇与疑惑。大多数的人们可能不太相信存在西方极乐世界。就坛主胡建医生认为，极乐世界在自己的心里，只要能想象出多美，极乐世界就有多美，心能感受到就可以看到如此华美的西方极乐世界。释宽容法师认为，西方极乐世界是存在的，只要为人至性至善，心灵美好，不虚度人生，死后便会登极乐，也就会看到、感受到西方极乐世界的至善至美。如果我们相信有极乐世界，那么我们就可以到达极乐世界。借以鼓励人人努力感受生活中的美好，体会美好，就会生活得快乐。

二、佛学与精神病学结合

爱因斯坦曾说过：“没有宗教的科学是瞎子，没有科学的宗教是瘸子，如果有一个能适应现代科学需求又能与科学相互共存的宗教那必定是佛教。”这就是一种联合，强强联合，变得更强。将佛学应用于现代精神病学，精神病学佛学化，造就菩萨般的精神病学专家。

三、心理过程具有能量

江本胜给水做过一个实验，把同样的水放在相同的五十个有盖的玻璃器皿中分别给它们听赞美词语、听优美音乐、听痛恨词语；然后看水的结晶。听赞美词语和听优美音乐的玻璃器皿中水的结晶很完整很华美；而听痛恨词语的玻璃器皿中水的结晶很零散。这个科学实验告诉人们心里的过程是有能量的。这个实验不仅仅是告诉人们心理过程是有能量的，同时也是让我们知道我们把事情想的美好它自然就美好了；我们把事想的丑恶它就丑恶；这与佛家讲述的道理是近似的。

刘津居士通过中国的历史以及国内外研究的回顾，

提出灵魂存在一说，也就是佛学的第八识理论证据。通过江本胜的水试验以及刘津居士的香蕉实验证实人的心理过程是具有能量的，证明人是存在灵魂的，并且心性纯良、豁达，死后是可以登极乐的；不仅仅是花草树木有感知觉有灵魂，万事万物都是生命的载体。另一方面，释迦牟尼佛的舍利也证明了心理能量的存在。

四、减压解脱，快乐活法，活在当下

佛教讲，人的快乐活法需要身体健康和心理健康。身体疾病一般来说，大多都是由心理不健康所致。佛学讲究因果报应，修善轮回，“善有善报，恶有恶报”、“种瓜得瓜，种豆得豆”。要想生活轻松幸福快乐，就应学会放下、减轻压力、解除心理束缚。人之所以感到疲倦、空虚，是因为有心里负担，如欲望、金钱、仕途。想要活得轻松、自在，就需要“解负”。“解负”意为解除心里的是非、烦恼与尘劳，对万事万物心要平静，心静则身体健康，方能快乐生活。如同“春有百花秋有月，夏有凉风冬有雪。若无闲事挂心头，便是人间好时节。”

如何快乐的生活、活在当下？不被昨天影响，也不展望未来，只是做好当下每一件事、过好当下每一时刻。用“释迦牟尼佛”比喻“慈悲、清静、觉悟”来表明快乐的活法。将“释迦”比为“慈悲”，慈悲是指给与快乐、解除痛苦；同时也有包容的含义。包容之后度量就会变大，俗话说心有多大舞台就有多大。“牟尼”比为“清静”，就是将心先变为清静、再变为干净、然后再安定下来。“佛”是“觉悟”的意思。先“慈悲”；然后再“清静”、安定下来；最后就能“觉悟”、就会产生智慧、成就大事、获得快乐。

记录整理人：胡建（哈医大一院精神科）

精神分裂症与内分泌问题

坛主：杨森公司 江开达
嘉宾：谭庆荣 王先令 况俐 梅其一

精神分裂症作为重性精神疾病，其社会功能受损严重。谭庆荣教授认为，应从认知水平和临床康复方面关注病人急性期的社会功能，从治疗开始，从家庭和社会的支持和接纳度入手。况俐教授认为，精神分裂症的早期治疗有利于长期社会功能的恢复，更好的恢复学业、工作，减轻家庭经济负担，对病人、家庭和社会均有益，可选用PSP量表进行社会功能的评定。江开达教授认为，早期康复的影响因素很多，从医生角度选择对患者康复有利的药物很重要，考虑安全性、耐受性，对五组精神病性症状有效性，对社会功能有效，对神经营养因子、神经可塑性有效，精神分裂症病人胎儿期皮质凋亡、侧脑室扩大，20岁前的神经发育过程中。兴奋性神经发育过度，抑制性神经发育不够良好，非典型抗精神病药都有神经营养作用，降低糖皮质激素，增加BDNF等方面。梅其一教授认为既往对药物的选择从点出发，考虑疗效、副反应；非典型抗精神病药从面出发，针对阳性症状、阴性症状、情感症状和认知方面进行改善，现在的思考角度要立体化，也要考虑到社会功能的恢复。马先仓教授认为，1、精神分裂症症状对病人社会功能危害大，要选择对5A症状疗效确切的药物2、因精神分裂症需长期维持治疗，要选择镇静作用小，对认知功能无影响或能改善认知功能的药物3、医生、病人、家属、社会共同关注，接纳患者，允许患者带着症状回归社会。

随着非典型抗精神病药的广泛应用，伴发代谢综合症的精神分裂症病人越来越引起人们的关注。代谢综合症最初由美国内分泌协会提出，其核心症状是“肥胖（即BMI>25，或腰围>90cm），高血糖，高血压，血脂紊乱4条之符合其中任意3条，即为代谢综合症。马现仓教授认为，精神分裂症为终身性疾病，我们国内其代谢障碍的发生率为20%，明显高于普通人群的10%，其心脑血管

血管死亡率也明显升高，代谢问题显著影响了患者的社会功能和生活质量，如日常功能残疾，受教育程度低，失业，就业压力大等。内分泌科的王先令教授认为，代谢综合症的原因未明，也有可能精神分裂症和糖尿病有共同的遗传基础，或许精神分裂症患者的生活方式发生了改变。美国APA/APA联合声明中明确指出，在使用某种SGA治疗的任何时段，只要体重增加大于治疗前的5%，或出现血糖、血脂异常，就应改换成在此方面副作用小的药物。对精神分裂症和普通人中的糖尿病患者的教育确实应有不同，对精神分裂症患者应更有耐心，提高依从性。各种文献证明，可以用二甲双胍控制精神分裂患者的糖尿病，药物合用影响小，可能还对预防病人心血管病变、脑卒中等有正作用。梅其一教授认为，评估是否为患者合适的药物，应选择疗效确切，对远期代谢影响小的药物；若使用对代谢有显著影响的药物，需及时定时监测；对存在代谢障碍高危因素的患者，尽量避免首选对代谢有显著不良影响的药物。

总之，精神分裂症病人代谢综合症的发生可能与基因或生活方式有关，作为医生要从对病人有效的药物中尽量选择对代谢影响小的药物，应避免“雪上加霜”的问题发生。

记录者：何倩

分工/合作：精神病学家与心理学家的对话

坛主：张宁 张岚

首先来自北京大学的钱铭怡教授带来了关于“精神病学与心理学的相关问题”的介绍，剖析了心理学家在国内外培养流程的差异，并简介了国内目前心理学现状，提出我国心理治疗师需要拥有临床诊断权的观点。然后，方贻儒教授带来了关于“精神障碍的神经科学基础与生物学治疗的作用”的介绍，从神经及生物学角度阐明了精神障碍可能病因。接着，张岚教授就两者的演讲感慨了一句经典的观点“心理学家很心理，精神病学家很生物”。她就自身在华西工作多年的经验分析了目前精神病医师与心理治疗师之间的既矛盾又紧密的关系。台下观众早已按捺不住内心的疑问，于是纷纷提出各种问题，其中最为关注的就是心理治疗师拥有诊断权的目的到底是什么？钱铭怡教授针对这个疑问阐述了自己的看法，认为只有拥有诊断权，心理治疗师才能根据诊断选择合适的理论模型为患者制定合理的治疗方案，若其不知道疾病的诊断，则无法识别出严重的精神障碍，反而会延误治疗。另外，在国外首先由心理治疗师给予相应的诊断是保险报销的有效程序，心理治疗师在会见病人两次后都需要向保险公司提交一份病人报告，其中包括诊断，要写明根据什么疾病采取何种治疗技术，此后会有专家对其可行性进行评估。而方贻儒教授则认为医师、治疗师应该分工明确，可由医师开具诊

断，而治疗师根据已有的诊断来选择合适的心理治疗模型。而听众中多数人仍旧站在医师这方的观点上，认为诊断应该主要由医生进行。精神科医师把诊断权拿到手是应该的，这涉及到病人安全的问题，患者除了疾病诊断外可能还需要心理学诊断，所以，诊断应该分级进行。就此，钱明怡教授又向大家讲解了赵旭东教授提出的分级诊断原则。而方贻儒教授又提出碰撞对学科的发展是有帮助的，精神病学与神经病学关系密切，要理解好医师、心理治疗师的角色定位。强调心理治疗师应该多进行实证性研究，这样才会得到更多认可。最后，坛主对整场讨论进行了言简意赅的总结，虽然目前心理学界与精神病学界一直在进行权利之争，但是两者的最终目的都是为人民服务，大家应该重视的是如何做的更好而服务于人群，从而推动各界的发展。未来应该是全面合作关系而不是竞争为目标。就这样，在有限的时间内大家争分夺秒的提出自己的看法，整场论坛就在这种紧张而又愉快的氛围中结束。台下听众无不受益匪浅，不仅从心理学家的角度理解了问题，而且了解到心理学与精神病学两界目前存在的各种问题与矛盾，相信通过这次论坛，大家会对自己的职业取向进行深思，并用实际行动去推动医学的发展与进步。

关注双相情感障碍的不典型症状

坛主：张明园

目前双相情感障碍的治疗已经引起了全球的共识，在临床治疗方面也面临着一些挑战。2003年美国的共病研究调查发现，双相障碍 I 型 12 个月的患病率是 0.6%，

终生患病率是 1%，双相 II 型的患病率分别为 0.8%，1.1%。双相情感障碍的治疗目标是：控制症状，稳定心境，预防复发。双相障碍急性躁狂发作表现精神

运动性兴奋，如表现激越、功能损害，睡眠减少等症状，美国FDA批准治疗双相障碍急性期的药物，包括锂盐、丙戊酸盐和抗精神病药。江开达教授分别介绍了2010年WF SBP、2009年CANMAT、2009年BAD、2006年TMAP双相情感障碍治疗指南中急性躁狂发作、急性双相 I 型抑郁发作和急性双相 II 型抑郁发作一线药物的选择，同时通过多个荟萃分析，得出心境稳定剂和抗精神病药对双相情感障碍都有显著疗效，但非典型抗精神病药物疗效好于心境稳定剂；其治疗处方调查发现，双相 I 型障碍的抗精神病药的使用率大于心境稳定剂。

据调查，典型双相情感障碍的患病率为1%，非典型双相障碍的患病率大约为5-10%，并且非典型双相障碍其功能损害更重，治疗难度更大。所以识别双相障碍的非典型症状具有更重要的临床意义。苗国栋教授分别从睡眠、“易激惹”和“激越”、强迫症状、精神病性症状、迟滞症状、对未成年情感、行为问题的思考、对冲动控制障碍的思考等七个方面对非典型症状进行了论

释，并针对治疗用药及治疗中注意问题分享了个人经验。

基于多方面的因素，双相情感障碍的非典型症状引起了临床医生、患者及家属等各方面的关注，在张明园教授的主持下，梅其一教授、苗国栋教授、江开达教授、方鸿儒教授等发表了个人见解，并与参会人员进行了深入的探讨，最后，张明园教授总结发言，每个双相情感障碍患者，其症状如同大树上的树叶，各不相同，并且症状的划归也是随着时代而变化、与时俱进的，所以，我们对双相障碍的诊治也要与时俱进，要探讨双相障碍不典型症状和典型症状真正的临床意义。

本论坛作为我们历次年会的特色主题，各位专家准备的比较充分，资料丰富；论坛起点高，气氛热烈，与会者积极提问、互动，收获颇多，对了解本学科最新进展和今后的临床工

作起了重要的启迪和指引的作用。

记录者：何倩

心情指引—— 焦虑障碍防治指南大众本解读

坛主：张明园

特邀嘉宾上海卫生中心张明园教授、上海复旦大学附属中山医院季建林教授、四川华西精神卫生中心孙学礼教授参加了此次公共论坛。首先，张明园教授简单介绍了焦虑障碍的现状和焦虑障碍的防治指南，着重说明一般指南是写给专业人员读的，而心情指引是给老百姓读的指南，这是一种尝试。孙学礼教授详细介绍了焦虑的认识、焦虑的表现、病理性焦虑、焦虑障碍。焦虑是人类的基本情绪，是对客观事物的体验，具有自我保护、维持身体机能的作用，对行为具有协调和促进作用。焦虑主要表现为内心恐惧不安，疼痛、腹泻、哮喘等身体方面的反应，坐立不安、入睡困难等行为表现。病理性焦虑的程度、持续时间超过常态。有自我感觉不合理的紧

张、害怕，但不能控制，自我感到十分痛苦。最后季建林教授阐述了焦虑障碍的治疗。焦虑障碍影响了躯体疾病的康复，医疗费用的倍增，自杀风险是普通人群的5.6倍，焦虑障碍有必要进行积极的治疗。药物治疗适合于各种程度的焦虑障碍。首选药物应为帕罗西汀、氟西汀等SSRIs类药物；其次为5-HT长期部分受体激动剂。不主张长期使用苯二氮卓类药物抗焦虑治疗。现场通过开通手机短信的方式引来了大家积极活跃的参与。让我们一起更好的认识焦虑，防治焦虑，创造美好的未来！

记录者：崔豪飞

抗抑郁治疗与睡眠改善

坛主：雅培公司 张明园 嘉宾：赵忠新 王 刚 贾福军

论坛开始，张明园教授首先指出睡眠对一个人的重要性，一个人一生中三分之一的时间是在睡眠中度过的。现如今社会环境的改变等因素使人们的平均睡眠时间缩短了1个小时，在抑郁症患者中，60%的存在睡眠障碍。

赵忠新教授主要就抑郁症患者睡眠障碍特点、睡眠结构改变以及睡眠常用的检测技术给大家做了讲述。赵忠新教授认为抑郁症患者睡眠障碍主要表现在：（1）睡眠潜伏期延长即入睡时间超过30 min；（2）睡眠维持障碍：夜间觉醒次数 ≥ 2 次或凌晨早醒；（3）睡眠质量下降：睡眠浅、多梦；（4）总睡眠时间缩短：通常少于6 h；（5）日间残留效应（diurnal residual effects）：次晨感到头昏、精神不振、嗜睡、乏力。这些表现主要是因为抑郁症患者睡眠结构的特点造成的，抑郁患者的REM潜伏期明显缩短，REM周期数明显增多，REM期密度增加，NREM占失眠总时间的比例明显缩短。最后赵忠新教授讲述了匹兹堡睡眠质量指数量表和全夜多导睡眠图描记术(PSG)等检测技术在抑郁障碍患者中的应用。

方贻儒教授以“关注抑郁症的核心问题，睡眠无需过度镇静”为题讲述，认为抑郁障碍患者前四位主要症状为：抑郁情绪、兴趣丧失、疲乏和睡眠障碍。认为睡

眠障碍是抑郁症的伴随症状而非核心症状，但抑郁症患者的失眠更有其特征性，使病情变得更为复杂且容易掩盖情绪问题。同时方教授着重讲述了抑郁患者失眠的治疗现状和抗抑郁药治疗失眠的作用机制。其主要观点认为使用镇静药物虽然可以起到改善睡眠、缓解焦虑的短期疗效，使医生和患者较为满意，但长期使用却不能改善患者的抑郁焦虑情绪，反而损害患者的认知功能，导致工作能力和生活质量的下降。最后回归主题“关注抑郁症的核心问题”。

最后贾福军教授首先在睡眠的数量和质量方面讲述了什么样的睡眠算“睡得好”。紧接着贾福军教授在睡眠问题与抑郁症之间的相互关系中阐述，得出了睡眠障碍是潜在抑郁症的症状、睡眠障碍是抑郁症的促发因素、睡眠障碍是抑郁症的残余症状、睡眠障碍与抑郁症是共病状态等结论。最后贾教授关于抗抑郁药物和苯二氮卓类药物对睡眠的作用机制在睡眠的连续性、慢波睡眠、REM睡眠、呼吸暂停及周期性的肢体运动等方面进行了详细讲解和比较。

期间参会人员就睡眠障碍是抑郁症的核心症状还是伴发症状进行了激烈的讨论，通过此次讨论，使我们对于抑郁症与睡眠障碍之间的关系更加清晰，临床治疗也更具有目的性。

老年痴呆及相关认知障碍

坛主：高 励 董碧蓉 灵北公司

首先肖军教授带来了关于“美金刚改善AD及卒中后失语者语言功能的独特优势”的介绍，从神经内科学的角度剖析了失语症的不同种类及各类型的临床特点，又引用两篇相关文献说明美金刚对改善言语沟通功能的有

效性。然后，董碧蓉教授用生动鲜明的临床实例分析了其在临床诊治中遇到的相关老年痴呆病例及自身的用药经验，再一次印证了美金刚的效能。紧接着，来自华西医院的蒋莉君医师讲述了亲身经历的一个病案，向大家

陈述了该病历的情况后，向广大听众及两位教授提出关于如何为此例病案明确诊断及建立合理的用药方案等疑问。台下听众针对此例病案各抒己见，有人认为应属于AD，而有人则认为属于路易体痴呆。肖军教授根据自己所掌握的经验判定该患者应属于路易体痴呆，而其用药应以小剂量抗精神病药逐渐加量治疗精神病性症状。董碧蓉教授则相继补充道治疗该患者的重点应放在其精神症状上，有时可能用小剂量的抗精神病性药物都会出现较明显的不良反应，所以更需要从专业角度去照顾患者，例如国外在此方面则有着良好的经验，配合其恰当的灯光、语言暗示等措施，可以在一定程度上缓解其精神症状，而此点正是目前我国需要学习的地方。随后，

台下听众又提出男性痴呆患者的紊乱性行为有何特点等问题。董碧蓉教授就此问题用生动的实例予以阐述。最后，坛主肖军对整场论坛进行了总结性发言，他强调AD的行为异常较少见，而主要表现为认知障碍。若患者出现情景记忆障碍，再加上其MRI显示有海马萎缩即可诊断为AD。相反，痴呆患者主要表现为行为异常者，且早期出现者，多有可能是额颞叶痴呆。在临床诊治工作中，一定要分清楚不同种类的痴呆及其相对应的治疗方案。就这样，整场论坛在严谨但又轻松的氛围中落下帷幕，台下的听众不仅学习到了不同类型痴呆的发病特点及临床表现，而且初步掌握了其相应的治疗方法，相信对其今后的从医生涯会大有裨益。

女性身心健康与生活角色平衡

坛主：杨彦春 嘉宾：张岚 辉瑞公司

由于男女自然性别赋予了女性怀孕、生育的责任，由于社会性别的差异对女性形成了多种社会偏见和歧视，随着社会的飞速发展，让女性不得不面对多种角色的冲突。首先上海市精神卫生中心主任医师施慎逊教授对我国女性的精神卫生研究现状做了介绍。施教授认为孕产期、更年期的妇女的出现精神心理问题的高危时期。目前对女性关注更多的是不孕症带来的心理问题，对孕产的女性心理健康关注相对较少。更年期女性处于中老年阶段，危机多。女性精神心理问题存在着明显的城乡差异。由于文化素质的差异，农村的过度期女性更应引起社会关注。然而，我国关于针对妇女的心理治疗的研究较少、资料较少。其次，通过国外视频短片：“凯特的外遇日记”和采访国内职业女性的困惑，向我们展现了国内外女性面对的由于多种角色冲突而产生的心理健康问题。职业女性由于时间分配难以兼顾，与丈夫、孩子相处不够，找不到工作和家庭的平衡点。特邀嘉宾

孙学礼教授、刘宏伟教授、杨彦春教授、刘培毅教授对如何平衡女性生活中的多种角色讲述了自己的看法和观点。孙学礼教授点评了视频短片的采访，并进一步诠释了女性面对的角色冲突并阐述了传统角色冲突和现代女性角色冲突产生的社会原因。杨彦春教授讲述了女性面对的生育困惑。施慎逊教授从影视明星的角度谈了人生无法把每个角色演绎成功。刘培毅教授从自己的人生经历的角度谈了应对各种困惑的具体应对办法，要善于“舍得”、灵活应对。刘宏伟教授，从兼顾孕育和工作问题的角度阐述了自己的观点。最后，杨彦春教授阐述了不同年龄阶段的女性保持角色平衡的措施，并简述了女性心理健康问题的治疗。各嘉宾精彩纷呈的讲述和辩论不仅吸引来了女性，更引来了不少男性同胞的参与。

记录者：崔豪飞

恋爱婚姻家庭的多元化理念

坛主：孙学礼 嘉宾：胡俊梅 居维宁

孙学礼关于恋爱、婚姻、家庭作如下讲解：

“爱情”定义为爱情—恋情，是人与人之间所产生的一种特殊的情感体验。所包含的要素：激情、

习惯、默契。达成的条件；双赢、沟通——开诚布公、承诺、亲密。因此所谓如果没有上述条件的形成，不应该称为真正的爱情。我们通常所讲的“爱情”指的是异性恋，其实恋情包括三种：自恋、同性恋、异性恋。在人的一生当中，分别依次经历自恋、同性恋、异性恋。

柏拉图穿越麦田和树林的故事提示我们爱情与婚姻是有差别的，而往往现在的人们对于爱情与婚姻的认识不够深刻，不够分明。婚姻的目的包括以下几个方面：繁衍后代的需要（生存需要）；安全以及接纳和被接纳的需要（相互的扶助、过日子）；尊重、爱的需要（情感、爱情）；自我实现的需要（体现承诺、忠诚）。自古以来婚姻以及家庭的历史变迁经历了母系氏族、到今天的父系氏族，而全世界呈现不同的婚姻以及家庭组合模式，多夫一妻、多妻一夫在历史河流中逐渐褪色，社会的进步、人类文明的发展促使一夫一妻制在几乎全世界范围内得到认同以及接受。一夫一妻制产生的背景概括如下：（1）经济的发展：男人一个人养家的困难，女人有几乎接受高等教育，有能力加入社会劳动，养育下一代成为社会工作，女人的职能发生转变；（2）文化的发展：文艺的复兴，人们追求平等和博爱。中国目前的家庭、婚姻受以下四个方面的影响：经济发展的不平衡；女性受教育程度的提高；受教育程度的不平衡；新、旧文化观念的交替导致人们的实用观念（只想享受权利，不想承担责任和义务，体现在医-患关系、父母-子女关系、夫妻关系、上下级关系等方面）。受上述原因的影响导致目前我国大多数家庭、婚姻存在客观的问题是：男人的占有欲、主宰欲仍然存在，但一部分人已经力所不能（对于旧式婚姻模式的幻想、家庭暴力、敏感多疑、“今朝有酒今朝醉”、性的买卖行为、移情别处）；女人教育程度的提高，对于享受安宁、对于男人的需求提高（对于知识女性精神依赖上升到了重要位

置）；教育体制给现代男人带来的影响。现代家庭、婚姻具体表现主要有以下四个方面：（1）冷漠状态，以经济利益为纽带的两性关系；（2）焦虑、浮躁，一夜情、性幻想等；（3）忍受，空巢现象；（4）敏感、无安全感。

对今后婚姻、家庭、恋爱的变化以及发展提出可预见性的估计，并提出相应的对策：由家长制走向民主制；家庭生活最终成为社会生活的一部分，法规和道德准则的双重标准并轨；追求人性化的伴侣和婚姻关系；教育水准的提高、男性和女性独立意识的增强是前提；咨询中的认知水平提高和关系角色的定位是工作的重点。

胡俊梅：虽然目前大多数的家庭是一夫一妻制，但是因为各个家庭所处的环境、风俗、伦理等因素的影响，走婚、一夫多妻等现象也不少见，因此婚姻的多元化应该和社会因素、风俗等相适应，没有绝对，只有相对，因此爱情、婚姻、家庭的多元化是值得提倡的。

居维宁：关于多元化的婚姻、恋爱、家庭，要根据来访者具体所处的社会氛围、家庭环境中人们所期望和接受的婚姻、恋爱、家庭模式来决定我们用怎么样的观点或是理论去帮助每一个来访者，而不是用所谓的代表社会发展最高点的婚姻、恋爱、家庭模式，如一夫一妻制，来帮助来访者。这样才能算真正帮助了来访者。因此对于每一个来访的家庭或是恋人，我们不要急于将自己的婚姻、恋爱、家庭的模式去帮助来访者，而是要适当花时间了解来访者的文化、背景、理念，找到适合来访者的婚姻家庭理念，才能个体化地处理好来访者的问题。

孙学礼：婚姻、恋爱、家庭的多元化理念适合目前多元化的社会，我们不应该说哪种婚姻或恋爱模式最好，只要能帮助到来访者，切实解决了来访者婚姻、恋爱家庭的问题，达到家庭和睦，社会稳定，这就是我们所希望的。

论坛观点新颖，关注度较高，现场嘉宾以及观众交流比较热烈。

美国睡眠协会年会 (APSS) 会后解读

坛主：詹淑琴 王涛 潘集阳 GSK
嘉宾：孙学礼 赵忠新 王玉平 韩芳

华中科技大学同济医院附属协和医院神经科王涛教授、首都医科大学宣武医院詹淑琴教授、广州市第一人民医院的潘小平教授，安徽医科大学附属医院神经科陈贵海教授，广东精神卫生中的张斌教授等参加了此次论坛。首先王涛教授做了APSS报告的简介和神经疾病与睡眠障碍。详细介绍了神经科中睡眠相关的疾病：卒中、帕金森病、创伤性颅脑损伤、癫痫等；睡眠时间与卒中的关系：正常BMI关系中，每晚睡眠少于6小时与卒中高发病率呈强相

关；PD和CJD患者的睡眠障碍。詹淑琴教授通过几个典型的案例详细讲述了睡眠中的发作性事件。潘小平教授由浅入深的讲解了OSA的定义、机制，并细致讲解了OSA的危害，重点阐述了OSA与焦虑和抑郁。陈贵海教授系统讲解了睡眠障碍的认知行为治疗。从睡眠与记忆编码、睡眠与记忆巩固、睡眠与记忆再巩固等方面进行系统详细的阐述。及时、有效、详细APSS的讲解和与会者对新知识的渴求使第一会场有了人山人海的听众。

记录者：崔豪飞

亲子教育与问题儿童

坛主：高成阁 蒙华庆 嘉宾：杨彦春

孩子作为未成品，需要家长、社会和环境的教育、打磨。相对工作或从业需要各种证书，父母们都是“无证驾驶”，只能“边学习边教育”，那中国父母有哪些教育误区呢？高成阁教授做出如下总结：重物质轻精神，重智商轻情商，重学龄后轻学龄前。

那么，溺爱子女是孩子的问题还是父母的问题呢？孩子有哪些问题呢？身边又有哪些是问题儿童呢？胡华教授从专业层面认为，问题儿童通常指品德上存在较严重缺点且经常表现出来的儿童，具有一些问题行为（是指妨碍青少年身心健康和智能发展，表现为心理品德不良或犯有严重错误的行为）。针对问题儿童的界定，杨彦春教授认为，身心健康的孩子应该有安全感、有与年龄相当的智力水平、有于年龄相当的社会关系（如伙伴关系）、有于年龄相当的社会成熟水平，问题儿童应该区别于“精神发育迟滞伴发的行为问题”。蒙

华庆教授认为，身心健康应该包括主观和客观两方面，主观上，孩子自己感觉轻松愉快，与周围人群和谐相处，能应对各种常见、突发问题；客观上，个人能得到最大状态的发挥。当然，这样就要求家庭教育也有一定的技巧。蒙华庆教授结合“狼爸”等例证，总结分享了“十五个学会”“七非”的亲子教育技巧。杨彦春教授认为问题儿童其稳定、安全的依恋关系未很好形成，监护人员应得到专业指导和支持，能承担、满足孩子心理的需要，比如学校老师应让他们感受到支持、关注和温暖。对问题儿童进行评估，找到儿童新的增长点、发展点，及时关注、强化、反馈、鼓励。

专家和与会人员沿着教育误区——问题儿童——家庭教育——应对处理的主线进行了深入探讨，各抒己见，发表陈词，达到了预期效果。

记录者：何倩

让农民“心理进城”

坛主：刘培毅 嘉宾：孙学礼 刘艳 冉茂盛

首先由成都市卫生局局长刘培毅介绍了成都提出的城乡一体化的新政策。然后来自华西医院的孙学礼教授扼要的介绍了目前我国农民进城的各种现状，并阐明了自己的观点，提出主动进城与被动进城的区别，以及躯体进城与心理进城的后果。接着，各位嘉宾及坛主与台下听众进行了热烈的讨论。来自北京的周东丰教授提出了自己的看法，认为城乡一体化让人感觉温暖，目前很多进城农民没有归属感，很多生活及经济问题得不到保障，若此政策能够实现，将会大大改善目前的窘境。刘培毅局长则提出了“人进城，心留村”的现象。这种身心的不一致会给农民的城市生活带来双方面影响，而此正是学者需要关注的问题。农民在城市这个新环境中难免由于生疏会产生自卑心理，而其子女在学校中可能会产生同样的焦虑问题。在农村的彼此信任与接纳，在城市被无情的冷眼所取代，这又反过来促使其越来越向着城市的边缘走，最终还是导致了其无法真正进入城市的局面。而来自昆明的许秀峰教授则认为社会发展是个必然的过程，农民“被进城”则属于对社会发展的强制性推动，有时会带来相反的效果，使其硬件算是进城了，但是心理仍停留在农村，他认为帮农民心理进城这种事情实属困难之举。此时，台下有听众提出农民进城的困难之处在于“文化自卑”。只有城市里的人做出心理上的下乡，才可能减少两者的冲突。而冉茂盛教授根据自

身移民美国的经历提出了在中国城市建立具有部分农村文化特色的社区，可以有效的帮助农民更好更快的适应进城所带来的落差，得到了许多专家的认可。周东丰教授则接着为大家讲述了自己于90年代初去美国生活的经历，由于文化差异使得自己提前回国，觉得当时融入他们的圈子里很困难。就此，她提出中国具有自己的文化底蕴，不能一味的效仿美国的历史，农民进城，或许第一代很困难，但是第二代就会有些改变，直至发展到后面几代，或许就可以很好的融合。接着，杨彦春教授又提出了亚文化交融的概念。认为农民进城的最大困难就是市民们的公共意识。融有农民的新社区的建设应该如何将服务、教育等以新的身份转变至关重要。最后，坛主刘培毅对整场论坛进行了总结并对进城农民赋予了美好的展望，她认为这次论坛从文化、个体、意识层面关注了农民心理进城的问题，提出科学的发展与适度的推进是必不可少的方向。如果能让农民自己选择是否进城，则可能产生较少的冲突。若已然进城，则需帮助其尽快从心理、技能等各层面适应，使其各方面得到较好的归宿。就这样，整场论坛圆满落幕，台下听众仍有意犹未尽之势，通过众多专家深刻的剖析，大家真正意识到农民进城的问题所在，为今后农民心理进城提供自我力所能及的帮助，以期实现城市的和谐发展。

让全社会都关心多动症儿童

坛主：黄頔、周茹英 嘉宾：殷青云、杜亚松、刘雷

多动症儿童是儿童在生长发育期间影响患儿行为、学习、人际关系的一种常见疾病，但往往易被家长或是家庭成员所忽视，给患儿、家庭、甚至是社会造成诸多

不良的影响。

殷青云主任首先对儿童注意缺陷多动障碍进行定义、流行病学、表现、实验室发现、诊断、预后因素

进行详细的讲解，并提出成人多动障碍的表现以及对家庭、婚姻的影响。

黄颐教授对儿童注意缺陷多动障碍的药物治疗进行详解，提出ADHD与大脑神经递质紊乱有关，这也是药物治疗的基础。目前ADHA的一线药物治疗包括：缓释哌甲酯、速释哌甲酯、苯丙胺类化合物、右旋苯丙胺，以及抗抑郁药物托莫西汀等。并详细阐释药物的相关副作用。

杜亚松教授从心理治疗方向提出对ADHD患儿的心理治疗方法，行为治疗，认知行为治疗两个方法。

行为治疗主要是指以行为学习理论为指导，按照一定的治疗程序，来消除或纠正ADHD儿童不良行为的一种心理治疗方法。行为治疗是在行为主义心理学的理论基础上发展起来的一个心理治疗学派，是由若干种治疗方法集合而成。行为治疗的理论：经典条件反射理论；操作性条件反射理论和社会学习理论。行为治疗的特点有以下几个方面：

治疗集中于人的行为；

以行为学原理为基础；

强调当前的环境事件；

由日常生活的人们去实施；

程序可以进行描述；

强调自我管理技能；

程序具有弹性；

不重视问题的历史原因；

不对潜在的动因进行假设。

在对ADHD患儿进行行为治疗之前以及过程之中，需

要对患儿进行行为的观察和功能分析，培养患儿的行为的方法有塑造、链锁和渐隐。提高患儿行为发生率的方法有行为强化、偶连契约法、代币法；相同的，降低行为发生率的方法有消退、惩罚。

认知行为治疗包括协助完成家庭作业，增强孩子的自尊，注重解决问题的技巧。

刘雷校长从学校教育者的身份来分析以及帮助ADHD的患儿，讲解内容主要有（1）帮助老师了解ADHD，多动症患儿在学校的表现有注意力不集中、活动过度、冲动任性，可伴有学习的困难，要认识到多动症对患儿的危害，如学业挫败、人际关系差等；（2）要求教师要学会接纳孩子，如果患儿做错了事，要努力保持冷静，要以良好的情绪对待患儿；（3）要善于发现患儿的优势，许多ADHD的患儿在某些方面有特长，要为其提供更多的机会，多鼓励、少指责，逐步树立患儿的信心，改善患儿的人际关系；（4）根据患儿的情况，应用个性化教育方案，目的促使患儿往比较好的方面发展；（5）ADHA患儿的治疗和康复涉及到家庭、学校，良好的家庭氛围，有利于给患儿创造幸福阳光轻松愉快的童年，家长需要培养患儿养成良好的生活习惯，经常与学校老师交流沟通，学校家庭教育的联合才能促进ADHA患儿得到更好的康复。

周茹英：ADHD患儿是涉及到家庭、学校、医院的一个社会问题，需要各个社会角色的人士通力合作，才能给ADHD患儿带来福音。

该论坛设有医生、教师、心理治疗者与ADHD患儿以及家长的现场问答，氛围活跃。关注度高。

如何提高抑郁症临床治愈率

坛主：赵靖平 嘉宾：陆峥、徐秀峰、李惠春

陆峥教授进行抑郁症早期起效的临床预测价值的探讨。

APA指南2010指出急性期治疗至少持续6-12周，急

性期的治疗目标为临床治愈，获得全面功能恢复。提出一个问题早期起效是否预示患者能够临床治愈。近期的文献报道早期起效预测有效性的敏感度高。一项荟萃分

析研究中采用的疗效指标包括：（1）早期起效：治疗2周内HAMD-17减分率大于等于20%；（2）治疗有效：HAMD-17减分大于等于50%；（3）持续有效：治疗第4周时，HAMD-17减分率大于等于50%。且在随后的研究中保持这一结果；（4）临床治愈：HAMD-17小于7分；（5）持续临床治愈：治疗第4周时HAMD-17小于7分，且在随后的评价总保持这一结果。结果证明早期有效预测长期有效和临床治愈的敏感度高。密切监测早期疗效及早调整治疗方案，可提高患者疗效及依从性。选用早期起效的抗抑郁药物可能有助于提高临床治愈率。

许秀峰教授探讨初始联合治疗的临床前景。初始联合治疗的应用范围：重度抑郁症；既往服用一种抗抑郁药物部分有效或无效；既往联合抗抑郁药物有效；有明显的自杀危险性；慢性或难治性抑郁出现急性加重症状。为此临床获益有：增强疗效；加快起效速度，减少治疗中断，提高临床治愈率；减少不良反应。抗抑郁药物初始联合治疗的临床应用总结：（1）临床实践中应客观分析临床证据，以患者为中心指定个体化初始治疗方案；（2）初始联合治疗有助于达到临床治愈率的目标，需结合患者病情的严重程度以及合并症等进行选择；（3）联合治疗应当选择不同机制、可能产生协同作用的药物，并且给予有效剂量治疗；（4）联合治疗应当选择药物之间相互作用风险较低的抗抑郁药物。

李惠春教授介绍新型的抑郁症患者的自评量表——REMIT。主要用于评估患者对疗效的主观感受。REMIT包

括5个条目：1、你觉得自己快乐吗？2、你觉得自己心满意足吗？3、你觉得能够控制自己的情绪吗？4、当遇到挫折时，你是否能够很快将心态调整过来？5、你觉得前途暗淡吗？REMIT是一种自评工具，对于目前广泛使用的HAMD-17或PHQ是有益的补充。

李惠春教授提出对于抑郁症患者首发、轻度的患者尽量按照APA指南2000来执行，尽量单一用药。如果患者出现如下情况时方可考虑联合用药：（1）病人在单一足量用药后的2周无明显改善；（2）反复抑郁发作的病人；（3）患者症状多，复杂，可根据相应的症状联合用药。

徐秀峰：病人在联合药物治疗之前以及过程当中，应该积极检测心电图、肝肾功等指标。

陆峥：临床上难治性抑郁的处理主要有以下几个方面：（1）通过滴定（加大剂量）；（2）联合用药（联合抗抑郁药物或者联合非典型抗精神病药物）；（3）换药（受个体差异的影响）。

赵靖平：要重视联合用药的安全性，采取治疗方案之前，应该和病人以及家属以前权衡利弊，面对什么样的症状怎样搭配药物、剂量如何、搭配是否分主次目前严谨的科学研究还比较少，需要进一步加强这方面的关注。

抑郁症是临床比较常见的疾病，如何提高抑郁症临床治愈率是广大精神科医师比较关注的临床问题。该论坛学术氛围强，平台较高。受到比较多与会者的关注。

心身医学与内分泌

坛主：孙学礼 拜耳 嘉宾：余叶蓉 冉兴无 陈慧玲

心身疾病是指心理因素特别是情绪因素在发病中起主要作用或重要作用，病变主要累及到植物神经所支配的脏器，造成相应脏器出现结构异常或/和功能障碍的躯体疾病。本论坛主要就心身疾病与内分泌之间的关系展开讨论。

首先由坛主孙学礼教授发言，孙教授主要讲述了负性情绪与糖尿病之间的关系，从内外应激因素导致负性情绪的认知评价以及与植物神经系统、内分泌系统、神经递质与免疫系统之间的关系等方面讲述。认为负性情绪是导致糖尿病的重要危险因素、负性情绪影响糖尿病

的治疗及预后；认为抑郁障碍是导致糖尿病的重要危险因素同时糖尿病也增加了抑郁障碍及焦虑障碍的患病风险，简要讲解了抑郁焦虑患者内分泌系统HPA、HPT、HPG的改变。最后用经典糖尿病动物模型讲述了情绪与糖尿病以及不同药物治疗的效果。

中南湘雅医学院的陈慧琳教授就糖代谢异常与抑郁症之间的相互影响向大家做了详细介绍，认为情绪创伤可诱发并加重糖尿病，并从糖尿病内分泌紊乱以及糖尿病疾病本身的特点等方面讲解了糖尿病患者伴发抑郁症的原因。最后对糖尿病患者并发抑郁症的诊断治疗及预

后做了简要讲述。

最后华西医院内分泌科余叶蓉教授通过几个典型案例讲述了心身障碍与内分泌疾病的关系。低血钾、阵发性高血压伴肾上腺结节、糖尿病伴四肢麻木疼痛三个案例都恰到好处的说明了心身疾病的概念。

最后坛主孙学礼教授再次发言再次强调了在当今生物医学模式下心身疾病识别诊治的必要性以及心身医学的重要性。论坛中，大家都争相讨论了自己在临床上遇到的病例及心得，称其对以后的工作有很大的帮助。

打开潘多拉的盒子： 音乐治疗与情绪表达

坛主：周茹英 刘书君 嘉宾：古德芳 陈娟

探讨音乐治疗对人们情绪的影响及怎样用音乐来表达情绪，将同一个视频配上不同的音乐，让观众体会观看完视频后的情绪体验，通过团体的即兴演奏让观众亲身体会音乐的情绪表达。潘多拉盒子意为被关闭起来的情绪，而音乐就是打开它的钥匙，音乐在本我、自我、超我三个不同水平上进行工作，可以激发和表现原始的本能，甚至能够有助于原始本能的释放——它可以增强自我的力量，同时可以宣泄和控制情绪。音乐可以成为一种投射的工

具，它可以制造出一种状态，这种状态有助于人们回顾自己的问题、困扰和压抑，并能够面对它们。音乐可以打破阻抗，成为现实与非现实世界之间的一座桥梁。音乐可以有助于特定情绪的升华，满足对完美的欲望。音乐与情绪的关系密切，是临床干预的有力工具，音乐治疗不光是一种新兴的技术，更是一种深具人文关怀的学科。

本论坛得到同仁的高度评价，观众积极踊跃参加即兴演奏。

医患危机应对、预防与干预

坛主：谭庆荣 况俐 嘉宾：季建林 杨琳

目的：1探讨当前医患关系的实质、现状、产生背景；2在当前医患关系背景下，医师怎样应对患者，该如何处理医患危机。谭庆荣教授带领大家回顾近年来我国发生的重大医疗事。季建林教授强调关注医患关系，面对职业压力，医患关系是所有医疗质量提高的基础，医患双方应更加平等化民主化，医疗方案的建立应有医生、病人、家属的共同参与，加强医生沟通技巧

和医疗基本礼仪培养，沟通是建立良好的医患关系的重要途径，面对职业压力，改变自身态度、情绪调适至关重要。况俐教授：医疗冲突的根源在于深刻的社会背景和扭曲的社会制度，医患对立既有医德问题又有制度问题，呼吁加快医改步伐使医患双方均获益，医患冲突是两败俱伤的对抗。杨琳教授：医患关系是难以缝合的伤口，从新闻媒体的角度探讨伤口形成的原因，媒体情绪

化放大与伤口形成的有关，缝合医患伤口需要“爱与沟通”的丝线，医患矛盾是中国社会矛盾的一个缩影。同时杨琳教授还建议面向社会开放探讨医患关系的此类会议，更好的提高会议的社会效益，让那些指责医生的人知道我们医生是怎样坦诚的面对医患问题的。结论：1、医患关系实质是“利益共同体”，良好的医患关系需要医生、患者、制度、媒体、法律等共同维系。2、随着医学模式的转变，医生不仅要看病、治病，更要看病人、

治病。3、医疗关系是一个综合问题，不能等制度的完善，而应首先提高医生的人文素养。医生们不要怪制度、媒体、法律，要改进自己的精神，要从我做起！做人文医师，促医患和谐。4、医患纠纷是医生正常工作的一部分，医生应以平和的心态来对待，加快推进医疗体制改革，当医患纠纷出现时“快报事实，不做评论”。

本次论坛吸引了众多人员参见，获得了预期的良好效果。

中国的养老模式，家——还是养老院

坛主：董碧蓉 老年专委会 辉 瑞 嘉宾：Josef

中国是目前世界上老年人口唯一超过1亿的国家，预计到2020年大约每3个劳动人口就要负担1个老人，日益严峻的老龄化给社会和家庭带来严峻考验。

本论坛由甲乙双方就居家养老还是机构养老两种不同的养老模式以辩论赛的形式展开。甲方首先亮出观点认为居家养老为绝对主体的养老模式是必然结果和大趋势，社区居家养老是中国老年人养老的理想家园。在中国老龄化的现状中，他们认为，农村老龄人口居多，且社会保障不完善，养老机构现状令人堪忧，存在总量少、入住难：供需不平衡、费用高、从业人员少、服务质量差等问题。通过国外养老模式的比较和分析认为现如今居家养老为主是全世界的共同选择和必然趋势。在中国传统文化中，孝贤文化、以家为单位，老年人的心态及生活习惯等都支持社区居家养老为中国老年人养老的理想家园。

乙方则认为机构养老是中国最具生命力和发展空间的养老模式，他们认为面对着巨大的生活压力，儿女日益繁忙，居家养老基本无法实施，使得空巢老人、失能老人、痴呆老人安全得不到及时保障，长期照护者精神负担重，子女尽孝存在多种变数，社区没有足够的人力、财力及物力达到理想化的状态。而且现如今养老问题不是单一的吃饭问题，还有医疗保健、休闲娱乐、心身健康等。他们认为多层次、多元化、多形式的机构养老将是中国最具生命力和发展空间的养老模式。之后Josef教授就美国以及中国的养老模式做了分析与比较。

最后，董碧蓉教授就双方的观点以及现如今中国的基本国情作了总结发言，本次公开论坛引起了大家的强烈反响，就其身边的、媒体上的案例进行了激烈的讨论，总之适合中国国情的就是最好的。

精神分裂症的康复之路

坛主：张明园 中西 嘉宾：朱紫青 刘波

目的：1、精神专科机构及医师在社区康复中的作用，2、精神疾病的社区康复谁来主导，3、社区戒毒如何发展。通过回顾美国精神健康改革进程，比较美国与中国精神疾病社区康复的特点，努力寻找适合我国国情

的精神疾病的社区康复之路，我国精神疾病的社区康复之路不可照搬美国模式，但需借鉴其优点。结论：1、建立一个社区支持系统，扩大医护体系，充分发挥家属及社会工作者的力量，满足精神疾患的所有心理要求。2、

精神专科机构及医师应肩负起精神疾病社区康复的重任及吸毒人员的社区戒毒工作，精神疾病的社区康复应由

民政、残联、专科医院等相互协作共同完成，建立戒毒治疗、康复指导、救助服务兼备的服务体系。

综合医院常见的躯体障碍 ——煮酒论英雄续

坛主：礼来 孙学礼 嘉宾：杨南萍 杨邦祥 王毅

四川大学华西医院风湿免疫科杨南萍教授、疼痛科杨邦祥教授、心理卫生中心孙学礼教授、复旦大学华山医院神经内科学的王毅教授、西华大学教育心理学吴薇莉教授参加了此次论坛。孙学礼教授分别从生物学角度、心理学角度、社会学角度阐述了躯体症状的定义。躯体症状从病因学可分为生物性、情绪性、感知性、想象性的躯体症状。躯体症状提示躯体疾病、精神疾病、心理问题等。不同的躯体症状具有不同的特征和产生机制。王毅教授从神经内科学的角度阐述了躯体障碍。详细讲解了慢性疼痛和急性疼痛不同机制；抑郁症疼痛与精神性

疼痛；并回顾了疼痛的神经通路。杨南萍教授讲述了风湿性疾病常见的临床症状和体征中的出现的各种躯体障碍。杨邦祥教授主要详细剖析了疼痛与躯体障碍。对疼痛的定义、生理性和病理性疼痛的区别以及疼痛的差异性进行了讲解。吴薇莉教授从心理学角度讲述了躯体症状。互动环节使现场气氛无比的活跃，引来了许多与会者的积极踊跃的参与。躯体症状提示的内容不仅仅是某种疾病，对躯体症状的认识应结合患者的具体情况，对躯体症状原因的判别、诊断、治疗需要个体化。

记录者：崔豪飞

综合医院抑郁焦虑患者沟通技巧

坛主：魏静 康哲 嘉宾：季建林 潘小平 周东

论坛开始，魏静教授首先谈到随着社会压力的增大抑郁焦虑患者越来越多，但就目前中国的现状很多抑郁焦虑患者往往不会直接就诊于心理卫生中而是在各家综合医院辗转就诊，这就需要在接诊病人是能够有效识别并进行有效的沟通。

之后季建林教授通过播放自己亲手接诊的一位典型广泛性焦虑症患者的视频录像，讲述其在内科各个科室就诊无效最后到精神科以及逐渐接受治疗的过程。播放视频的过程中季建林教授着重讲述了与抑郁焦虑患者沟通的技巧使得他们从心底接受治疗以提高依从性等问题。

然后由魏静教授主持季建林教授、潘小平教授作为嘉宾通过现场互动提问、回答以及质疑的方式向大家讲述

综合医院与抑郁焦虑患者沟通问诊的技巧，以及问诊过程中掌握的要点及鉴别诊断。讨论中，潘小平教授主要讲述了焦虑症三组主要症状：精神性焦虑、躯体性焦虑、运动性不安。季建林教授则主要讲述了广泛性焦虑的的诊断要点、简易筛查以及病理性焦虑与正常性焦虑的鉴别要点。

最后魏静教授讲到，作为一名医生在一生当中应该给病人三样东西：生理、心理、社会的健康生活；建立在患者的健康信念下的高度的个体化治疗；科学管控下的友谊。通过此次论坛，学到了许多与抑郁焦虑患者沟通的技巧以及在临床工作中有效地识别患者并给予正确的治疗，参会人员积极讨论受益良多。

第十届西部精神医学论坛 征文通知

第十届西部精神医学论坛预定于二零一三年七月在重庆市召开, 本次会议由西部精神医学协会主办。

会议征文内容:

1. 女性及儿童青少年心理健康;
2. 恋爱、婚姻家庭及性心理;
3. 精神疾病治疗新技术;
4. 医学教学法研讨;
5. 精神病院的管理及相关法律问题;
6. 精神病患者回归社会;
7. 合理用药;
8. 心身健康与心身疾病
9. 司法精神病学的理论和实践;
10. 男性心身健康
11. 灾后危机干预;
12. 网络与生活。

请有意投稿的同道将论文及摘要、正文、参考文献通过E-mail发至张波wcpafund@126.com。或郑敏wcpa@foxmail.com

论文征集截稿时间: 2013年5月13日前(以邮戳为准)

联系人: 张波18980602051 邮箱: wcpafund@126.com

郑敏 13540033097 邮箱: lilymingzheng@hotmail.com





陈玉龙

郑州大学第一附属医院消化内科教授、主任医师。西部精神医学协会消化心身健康专业委员会主任委员，省心身学会主任委员，1966年毕业于河南医科大学医疗系本科，从事内科消化系统医疗、教学、科研工作40余年。对食管、胃肠、肝胆胰腺疾病及内镜下治疗有丰富的经验。在省级国家级核心期刊及SCI发表论文90余篇，其中心身疾病文章20余篇。主编及参编出版“消化系统心身疾病的临床与研究”、“内科医生眼中的心理障碍”等专著6部，曾获省、国家科委成果奖及重大成果奖多项。近20年来对伴有焦虑抑郁情绪的消化心身疾病有较多研究，被同行专家认可。

苏州大学教授

苏州广济医院精神科主任，心身科主任，主任医师

以第一作者发表专业论文80余篇。

多次获省科技进步奖；中华精神科学会和中华医学会神经精神科学会优秀论文奖；及日本冈本心理卫生一等奖；江苏省高级职称评审委员会委员

《精神医学》杂志编委

《精神时讯》编委

《双相障碍新进展》编委

《美国精神病学杂志》中文版编委

《中国精神障碍防治指南》专家委员会委员

中国心理评估专业委员会委员

海峡两岸医药卫生交流协会精神卫生和神经病学专家委员会委员

参加编制《中国精神障碍诊断与分类标准CCMD-3》，担任全国协作组组长

江苏省突出贡献中青年专家



梅其一



施慎逊

施慎逊，男，主任医师、教授，博士研究生导师。现任复旦大学附属华山医院精神科主任，兼任上海市精神卫生中心临床三科主任。学术兼职：中华医学会精神病学分会候任主任委员，中华医学会行为医学分会委员，上海市医学会理事，上海市医学会精神医学分会顾问，上海市医学会行为医学分会主任委员，上海市心理卫生协会理事。担任《中华精神科杂志》副主编，《中华医学杂志》、《上海精神医学杂志》、《临床精神医学杂志》、《中国临床神经科学杂志》杂志编委。已发表论著120篇，综述40篇，参加教材、专著编写32本。



张迪然

张迪然，贵州省第二人民医院精神医学主任医师、教授、硕士生导师，省级干部保健高年资专家，贵州省医学会精神病学分会主任委员，西部精神医学协会理事。1991~1992年公派赴澳大利亚墨尔本大学教学医院临床进修精神医学一年余，曾任贵州省第二人民医院副院长、贵州省精神卫生中心主任。中华医学会精神病学分会第二、三届委员会全国委员、中国心理卫生协会心理评估专业委员会第一届委员、中国药物滥用防治协会理事、中国女医师协会全国委员、中国残疾人康复协会精神残疾康复专业委员会常务委员、《中华精神科杂志》第一、二届编辑委员会委员、贵州省司法精神病鉴定专家委员会主任委员等。



张宁

张宁，男，医学博士，主任医师，教授，南京医科大学附属脑科医院副院长，江苏省精神卫生中心副主任，南京神经精神病学研究所所长，国家临床重点专科（精神科）、江苏省重点学科（精神科）及江苏省临床重点专科（临床心理科）学科带头人。

任中华精神科学会常委、中国医师协会精神科分会常委、亚洲认知行为治疗协会执委、江苏省医学会（医师协会）精神科学分会主任委员、《临床精神医学杂志》副主编等30项国际、国家、省级学会及杂志职务。承担国家、省部等各级课题20余项，发表论文170余篇，主编、参编著作40余部。曾获省市科技进步及教学奖18项，为江苏省有突出贡献的中青年专家，南京市行业技术、学科带头人，江苏省优秀科技工作者。



徐向东，男，1963年4月出生，汉族。新疆精神卫生中心暨乌鲁木齐市第四人民医院院长，主任医师。

1986年7月毕业于石河子医学院医疗系，获学士学位。同年9月起在石河子绿洲医院从事精神科临床工作。1994年9月任绿洲医院副院长，1997年6月晋升为精神科副教授，2002年12月晋升为精神科主任医师。2003年调任乌鲁木齐市第四人民医院副院长，2006年6月任乌鲁木齐市第四人民医院院长。



徐向东

浙江省人民医院党委书记、副院长，精神卫生科主任，主任医师、教授，硕士生导师。现为国际老年精神病学学会（IPA）会员，中国心理卫生协会理事，中国睡眠障碍专业委员会委员，中国老年心理卫生专业委员会委员副主任委员，中国老年痴呆及相关疾病专业委员会常委，中国康复心理学专业委员会委员，中华精神科学会老年精神病学组委员，浙江省老年学会常务理事，浙江省康复学会常务理事，浙江省医学会理事，浙江省中西医结合学会理事，浙江省医学会精神科分会副主任委员，浙江省精神康复专业委员会副主任委员，浙江省医师协会精神科分会副会长，浙江省老年康复专业委员会副主任委员，浙江省医学会老年病分会常委，浙江省精神科分会老年精神障碍学组组长。



于恩彦



谢健

谢健，男，主任医师，硕士研究生导师，杭州市第一人民医院临床心理科主任，杭州市精神与心身医学副主任委员，浙江省精神医学分会与精神医师分会委员，中华医学会双相协作组成员。从事精神科临床工作近三十年，在各级刊物发表学术论文二十余篇，主要研究方向焦虑症、抑郁症和会诊联络精神医学等。



王雪

王雪，女，博士后，教授，硕士生导师，现任中国药物滥用防治协会教育网络专委会委员，中国药物滥用防治杂志编委，四川省康复医学会精神康复专委会常委兼秘书长，四川省医学会疼痛专委会常委，成都市医学会精神病学专委会常委。从事精神病学及心理学的临床、教学和科研工作多年，具有从事心理咨询和治疗的丰富经验，尤其擅长青少年和家庭心理咨询及精神药物的用药咨询。

专业委员会介绍



消化心身健康专业委员会成立

2012年11月11日上午，西部精神医学协会“消化心身健康专业委员会”成立大会在古都开封市开元名都大酒店召开。会议由西部精神医学协会副会长、郑州大学第一附属医院精神医学科李幼辉教授主持，西部精神医学协会会长、华西医科大学附属华西医院精神医学科孙学礼教授、西部精神医学协会副会长周茹英教授及专委会成员等参加了会议。会上周茹英副会长主持投票选举，选出主任委员、副主任委员、常务委员、秘书及特聘顾问。孙学礼会长为“消化心身健康专业委员会”主任委员、郑州大学第一附属医院消化内科陈玉龙教授颁发了聘书，陈玉龙教授又为特聘顾问、副主任委员等颁发了聘书。孙学礼教授和陈玉龙教授分别作了“医学临床中的躯体症状”和“抗抑郁剂在消化系统心身疾病中的合理应用”的专题讲座。各位与会嘉宾对“消化心身健康专业委员会”今后的工作计划进行了研究和讨论，甄承恩、徐三荣、彭丽华、李子俊、曹建新、王巧民、戴宁、李建生、张瑞星、徐峰、余跃、杨崇美、刘华、兰玲等就专委会的工作和发展发表了意见，如增补常务委员、做好组织发展工作，适当的时候将讨论制定“消化心身疾病诊治建议或可行性共识”，组织并承办西部精神医学协会年会“消化心身健康专业论坛”等。

主任委员陈玉龙就专委会以后的中心工作和未来发展提出了要求和期望。专委会各成员均表示会坚持开展关于消化系统心身疾病的基础和临床研究，为推动医学从“生物-医学模式”向“生物-心理-社会医学模式”的转变做出探索和贡献。

疼痛专业委员会成立

2012年11月24日，在成都世代锦江宾馆锦华厅，来自全国与疼痛相关专业（麻醉科、精神科、心理教育、骨科、康复科、疼痛科、中医科、老年科、肿瘤科、神经外科、神经内科，公众网络平台等）的50名医学和非医学专家济济一堂，成立我协会“疼痛专业委员会”。在以四川大学华西医院麻醉科刘慧教授牵头的筹备小组的积极组织下，专家们经过专业讨论和严肃的选举，产生了第一届疼痛专委会的主任委员和副主任委员并制定了专委会的工作计划。在协会领导的组织下，刘慧教授以全票获选主任委员，杨邦祥、金毅、卢勤、杨建中老师获选副主任委员。专委会将促进东西部及中部疼痛患者心理卫生事业的交流与合作，为各专科医院的工作者提供交流的平台，共同努力的方向将聚焦推动疼痛与心身领域的结合，包括大致以下内容：

1. 进行疼痛患者的身心健康，调查心身疾病对患者生活质量的影响及干预。
2. 探索疼痛患者的心理及心理问题的治疗方法。
3. 研究疼痛患者精神状态的诊断及治疗方面的特殊问题。
4. 疼痛患者的心理与焦虑抑郁障碍，不同群体的疼痛特点。
5. 疼痛患者心理状态评估及干预，标准化路径的制定与规划。





西部精神医学编委会 成立大会会议纪要

2012年10月20日中午，西部精神医学编委会成立大会在美丽的南京国际会展中心召开。会议由西部精神医学编辑部主任蔡曦和主编孙学礼教授主持，名誉主编中国残联副主席张明园教授、顾问省民间组织管理局罗百益副局长、各位编委、编辑及协会办公室等有关负责人参加了会议。会上名誉主编张明园教授和主编孙学礼教授为各位顾问、编委颁发了聘书。各位与会嘉宾对内刊《西部精神医学》第二期下一步的工作安排进行了研究，王雪、胡建、季建林、王立伟、赵靖平等编委就杂志的办刊方向发表了意见，如提出栏目应有国外研究前沿（大摘要）、案例快递和分析、学术争鸣、关注西部精神医学的继续教育、专家座谈、精读名品，定位应主要针对临床一线医生。

名誉主编张明园教授和主编孙学礼教授就本刊面临的形势和以后的中心工作提出了要求，并对《西部精神医学》第二期的工作进行了部署如下：名家座谈栏目主持人——张明园、孙学礼；案例快递和分析栏目主持人——许秀峰、况俐；2012西部论坛获奖栏目主持人——张波；研究生论文摘要快递主持人——王雪，截稿时间2012年11月30日。



呵护心身健康、关爱人类生命

——奋进中的攀枝花市第三人民医院

攀枝花市第三人民医院(攀枝花市精神卫生中心), 始建于1973年9月6日, 是一所集医、教、研、防为一体的国家三级甲等精神病专科医院, 是四川省精神专科医师培训基地之一, 攀枝花学院医学院实习基地, 四川省卫校的实习医院。

医院现有职工498人。其中, 正高级职称6人, 副高级职称47人, 中级职称63人, 初级职称256人。硕士研究生2人, 大学本科生85人, 省级医学学术专业委员会副主任委员、常委、委员3人, 市级医学学术委员会委员、专委、常委10人。近3年获多项市级科技进步奖, 省级科技进步奖1项。

医院由院本部、心理卫生中心、炳草岗社区精神卫生服务门诊三部分。开设了普通精神科、心身疾病科、老年精神科、儿童精神科、临床心理科、精神康复科、社会防治科、精神病司法鉴定科、物理治疗科, 神经内科、睡眠障碍科。心身疾病科为省级重点专科, 精神科为市级重点专科。承担着攀枝花市及凉山州的会理、会东, 云南省的华坪、丽江等十几个县、市的精神疾病的防治、康复、司法鉴定以及精神卫生的临床、教学、科研、专业培训等工作。承担全市心理健康教育工作任务,

医院坚持“以人为本、实施人文关怀、呵护心身健康、关爱人类生命”的服务理念, 不断提高医疗, 注重人才吸收和培养、突出医院重点专科建设和科学管理。形成了精神疾病、心身疾病、老年精神疾病、伤残康复、物质依赖、心理治疗六大精神卫生服务功能区。





四川省复员退伍军人医院 四川省心理康复疗养院

医院简介 Brief introduction to the hospital

四川省复员退伍军人医院（四川省心理康复疗养院），始建于1953年，是四川省民政厅领导的直属优抚医院。四川省、成都市基本医疗保险定点医疗机构。现有在职职工231人，专业技术人员145人，其中主任医师2人，副主任医师10人，副主任护师2人，副主任药师1人，中级职称36人，床位600张。经过60余年的发展，已建成设施设备完善、功能齐全的具有相当规模的一所国家二级甲等精神专科医院。

医院设有办公室、优抚安置科、医务科、护理部、党委办、人事社工科、老干科、财务科、医保信息科、科教科、质控科、社会防治科、院感科、总务科、保卫科十五个职能部门及门诊部、医技科、药剂科、体检部等辅助科室，住院部设有荣军科、精神科、老年精神科、慢性精神病科、心身疾病科（崇州分院）和内外科。门诊开设的诊疗科目有：内科、外科、健康体检、中医科、妇科、口腔科、精神科普通门诊、精神科专家门诊、理疗科、心理咨询与心理治疗。拥有经颅刺激仪、心理CT、眼动仪、动态脑电地形图、脑功能治疗仪、心电图、B（彩）超、X光机、全自动生化仪、血球分析仪、电子胃镜、动态心电图仪、动态血压检测仪、肺功能检测仪、肺功能检测仪、洁净手术室系统、电视腹腔镜、全自动呼吸麻醉机、无抽搐电休克治疗仪、多参数心电监护仪等先进设备，拥有功能完善的医院信息管理系统，年收治各类住院病人1800多人次。

医院位于成都崇州市元通古镇，占地面积80余亩，建筑面积3万m²，共七栋住院楼。病房条件舒适温馨，环境优美。医院秉承全心全意为病休人员服务的宗旨，不断提高医疗质量，竭诚为广大病员提供热情、周到的服务。

全国百佳医院 国家三甲医院 人文建设先进单位
西部名院——绵阳市第三人民医院

绵阳市第三人民医院始建于1955年，占地130亩，总资产3.7亿元，开放床位1200张，职工1400余人，是一所以脑系和老年医学为特色的三级甲等医院。

专业学科设置齐全

医院开设大内科、大外科、精神大科、门诊大科四个学科体系，其中，精神医学科、老年医学科系省级重点学科，神经外科、神经内科、呼吸内科、心血管内科系市级重点学科。

学术队伍不断优化

医院有硕士研究生导师8人，博士后2人、博士9人，硕士80人，正高37人，副高122人，中级261人。其中，有四川省学科带头人后备人才1人，四川省卫生厅学科带头人1人，四川省卫生厅学科带头人后备人才2人，绵阳市有突出贡献的拔尖人才2人，绵阳市学科带头人后备人才3人，在国家级学术团体任委员以上职务15人次，省级学术团体任委员以上职务53人次，市级学术团体任委员以上职务127人次。

技术业务蒸蒸日上

医院是中国人民解放军海军总医院技术辅导医院、四川大学华西医院网络协作医院。开展了以颅底肿瘤摘除、脑动脉瘤夹闭、体外循环下心脏不停跳直视手术、颈椎间盘置换等手术为代表的一批先进医疗技术。

教学科研齐头并进

医院是泸州医学院非直管附属医院，川北医学院、成都医学院等院校的教学医院。医院获得四川省心理卫生培训基地、四川省住院医师规范化培训基地及绵阳市专科医师培训基地资质。医院年接待各医学院校实习生300余名，带教进修生100余名，为绵阳医学事业发展奠定了坚实基础。

医院负责牵头全省精神卫生医、教、研、防工作，承办多个国际灾后心理援助项目和国家686项目，主办省级核心期刊《四川精神卫生》杂志。

医院注重临床科研，先后与美国、日本、泰国等国家相关机构建立了互派研修人员和科研协作关系。近年来，医院先后完成省级科研课题立项55项，市级科研立项61项，获部、省、市级科技成果奖37项。

设施设备日臻完善

医院配备有伽玛刀、直线加速器、128层高端螺旋CT、1.5T超导磁共振、大型数字血管机、无抽搐电休克治疗系统、准分子激光治疗系统、白内障超声乳化治疗系统等大型高精设备百余台件。

整体实力全面增强

医院先后荣获全国百佳医院、国家三级甲等医院、全国卫生文明先进集体、全国职工读书自学活动先进集体、全国精神文明建设先进单位、全国卫生系统首批院务公开示范点、四川省五一劳动奖状集体、四川省最佳文明单位、四川省“创建学习型组织，争做知识型、技能型职工”活动示范单位等50余项殊荣。

地址：四川省绵阳市剑南路东段190号 法人代表、院长：汪辉
电话：0816-2282249（总机）2296120 2283078（急救）2296100（传真）
网站：www.scmy120.com E-mail:scmy120@163.com



成都市第四人民医院 成都市精神卫生中心

医院始建于1909年，位于成都市营门口互利西一巷8号，经过一百余年的发展，已成为一所环境优美，设施齐备，专业技术力量雄厚，集医疗、科研、教学工作于一体的大型三级甲等精神病专科医院。

医院现占地面积为23492平方米，开放床位800余张，床位使率130%，年收治病人4500余人次，年门诊量100000余人次。职工总数535人，拥有专业技术人员466人（其中高级职称39人，中级职称76人）。近几年承担省市科研课题20余项，多项课题获省、市科技成果奖。

医院设有12个住院病区，分别为普通精神科、心身障碍科、老年精神科、儿童精神科、物质依赖科、神经内科、内科等。同时还设有临床心理科、精神病康复科、物理治疗科、精神病司法鉴定科、社区防治科、医学影像科、检验科、药剂科、门诊、急诊科、口腔科、消毒供应中心等相关临床、医技科室，整个设置形成了大专科小综合的医疗格局。

医院除拥有多层螺旋CT机、全自动生化分析仪等常规医疗设备外，精神科专用仪器有：多参数监护电抽搐治疗（MECT）、睡眠量化分析系统、经颅磁刺激治疗仪、计算机心理评估诊断系统（心理CT系统）等，很好的保障了临床诊断和治疗需要。



首席精神病专家



首席心理学专家



专业委员会会讯

西部女性心身医学专委会

“西部女性心身健康专委会第二届年会”将于2013年3月30日在四川省成都市召开，本次年会的主题是“品女人味，享‘性’福美”。大会分为主题报告、专题报告、焦点论坛等形式。届时，全国知名精神、心理、妇产科、营养学、教育界等专家学者将从多个角度探讨女性心身健康与生殖健康、性健康、营养健康、亲密关系等内容。本次会议也是展现女性心身健康与女性美的分享大会。会议资料内容丰富，也带给各科临床医生、心理卫生从业人员、心理健康教育着丰富的多学科知识拓展和跨学科交流和整合的盛宴。因此，我们诚邀各医学专业、精神卫生专业、心理学专业、教育和社会工作者、以及关注女性心身健康的朋友们光临大会。您的到来是我们最真诚的期盼，也将是我们最大的荣耀。会议具体地址请关注西部精神医学协会网站及会议正式通知。

参会报名邮箱：495731091@qq.com、luo-cy@163.com

联系人：张蒙蒙 电话：13699494576

罗晓燕 电话：18628160060



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

