

抑郁症的概念及分类研究历史

李青栋 许晶

摘要:目前临床对抑郁症的诊断仍普遍存在概念不清的现象,甚至抑郁症的诊断有逐渐被泛化的倾向,本文从抑郁症研究历史的角度,通过对抑郁症的概念及分类历史进行回顾,以期能廓清抑郁症相关的一些概念,从而为进一步统一标准、细化抑郁症的研究提供一些启示。

关键词:抑郁症,概念,分类,历史

中图分类号:R749.41 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2009)11-0078-03

The History of Concept and Classification about Depression Study LI Qing-dong, XU Jing. *the First Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Dalian 116011, China*

Abstract: Nowadays, the phenomenon still generally exist that someone is diagnosed with depression disorder based on a unclear conception about depression. Moreover, there is a tendency that depression is diagnosed more and more frequently. Through review the conception and classification about depression in the view of history, this article want to clarify some concept about depression. This may make depression study more exactly at unified standard and offer some inspiration to future study.

Key Words: depression, concept, classification, history

1 问题的提出

通过对近20年来抑郁症流行病学研究的总结,有学者发现一个十分奇怪的现象:抑郁症(depressive disorder)流行病学研究方法原则上并没有什么特殊,流行病学研究方法同样适用于抑郁症的研究,但是为什么不同学者会得到相差十几倍的调查结果呢?这一现象越来越受到人们关注^[1-2]。经过多年的研究,大家普遍认为问题的焦点是抑郁症的概念和标准不统一,有神经性、反应性、内因性、精神病性、单相和双向抑郁等多种,甚至出现了抑郁症诊断逐渐泛化的现象^[3]。这些名称概念各有历史背景,虽含义不同,但常相互重叠,界线不清。关于抑郁症其他方面的研究也存在类似情况,而且由于抑郁症与焦虑障碍的许多症状是重叠的,有些时候甚至存在共病现象(comorbidity),二者没有明显的界线^[4-5],见图1^[6],这使得对单纯抑郁症的研究更为困难。最近的关于严重抑郁障碍发病机制的综述中所提及的抑郁症概念本身^[7],我国学者许又新之前就有异议^[1]。最新的关于全科医师独立诊断抑郁症正确率的荟萃分析表明,全科医师正确诊断抑郁症的比例仅为47.3%,概念不清可能也是确诊率低的原因之一^[8]。可见临床任何研究都需要以严格的概念和分类标准为基础,本文谨对抑郁症概念和分类研究历史作一综述,以期“以史为鉴”,为更好的对抑郁症进行研究提供帮助。

2 抑郁症概念的历史演变

自公元前,西方医学界就有许多对于我们现在称为“抑郁症”的描述和记载。希波克拉底(Hippocrates,公元前400年)当时使用“忧郁症(melancholia)”一词来描述此类症状,并首次认为抑郁症是由于“黑胆汁”及“黏液”淤积影响脑功能所致。这一名词被沿用多年,到12世纪,犹太医生Moses Maimonides认为“忧郁症”是一独立疾病。19世纪中叶以后,对抑郁症的临床观

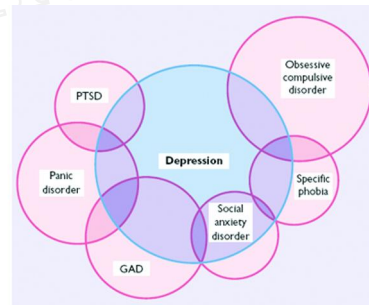


图1 抑郁症和焦虑症的共病情况

察与科学研究才逐渐展开。法国精神病学家Jades Bail Larger(1854)描述了一些呈深度抑郁并陷入木僵状态的病例,即经典的“抑郁性木僵”。几乎同时,另一位法国医生Jules Falter描述了一组抑郁和躁狂交替表现的临床现象,称之为“循环型障碍(circular disorder—la folie circulaire)”。而Kahibaum(1882)首先提出躁狂和抑郁是同一疾病不同阶段的两种表现,提出了环性精神障碍(cyclothymiacs)。Kraepelin(1896)则用躁狂抑郁性精神病(manic-depressive insanity)的概念来概括这类障碍,将之视为一个疾病单元,并根据结局是否出现痴呆而与早发性痴呆相鉴别。Kraepelin(1899)又描述过妇女绝经后或男性成年晚期起病的更年期忧郁症(involutional melancholyia),此概念逐渐扩展,被认为是晚发性抑郁障碍的一种形式。Bleuler(1951)采用情感性精神病这一术语,使其涵盖更广,适用性更强,并一直沿用至今^[9-11]。

3 当前抑郁症的概念

当前抑郁症比较公认的概念如下:抑郁症或称抑郁障碍(depressive disorder)是由各种原因引起的以抑郁(depression)为主要症状的一组心境障碍(mood disorder)或情感性障碍(affective disorder),是一组以抑郁心境自我体验为中心的临床症状群或状态^[2]。医学上,英文depression(抑郁)至少有三种不同的含义^[10]:(1)是一种心境,一种情绪,一种情感状态;(2)是抑郁症的

大连医科大学附属第一医院中心 ICU 辽宁大连 116011
大连医科大学附属第一医院神经内科 辽宁大连 116011

一个症状;(3)是抑郁症本身。精神病学家 Klerman(1978)曾称,人生中总会有一段时间生活在抑郁之中。抑郁心境是一种忧伤、悲哀或沮丧的情绪体验。这种体验不仅普遍存在,而且与许多其他精神障碍、躯体疾病,特别是社会和外部环境因素有关。但抑郁心境体验并不等于抑郁症^[12],抑郁症是一组症状群,是与潜在的生物异常有关的症状和体征组成的,只有抑郁心境发展到一定严重程度,具备这组综合征的基本特征,持续存在相当的时间,且严重损害自身的社会职业功能,才能考虑抑郁症的诊断^[13]。

4 抑郁症的分类历史

有关抑郁症的临床描述,从希波克拉底至今,已持续几个世纪。对抑郁症的分类,有的由于科学发现的结果,有的由于主导理论模式的转变,也在发生着历史的转变。抑郁症的分类因时代、作者、研究角度不同而有所不同,比较科学的分类归纳如下:

4.1 抑郁症究竟是疾病还是反应类型——内源性抑郁和外源性抑郁^[12]

历史上第一个对精神障碍进行分类的德国著名精神病学家是 Kraepelin(1855 - 1926),见图 2,他认为抑郁症是有其病因、病程和结局的一种疾病。其病因基本上是生物学方面的,特别是遗传学和生理学方面的。它首先存在某种生物学(特别是生物化学)障碍,心理学方面的改变是继发于生物学功能障碍之后。因为抑郁症是一种疾病,所以建议主要治疗应该是躯体治疗。而美国精神病学家 Adolph Meyer(1866 - 1950),见图 3,则持有不同的观点,他认为临床抑郁症不是一种疾病,而是一种持续发展的正常情感。为理解这种概念,可设想划一条水平直线,直线的左端为正常,在此区域是常人所体验到的暂时性沮丧和情绪低落。沿着这条线向右移动,当到达一定部位时,人的情感会干扰机体的功能,此时称为神经症抑郁。当进一步向右移动时,抑郁可能长时间持续,机体功能进一步受限,并且可能有妄想、幻觉和自杀企图,这称为精神病性抑郁。此观点被后人称为抑郁症的连续性假说或抑郁症的迈耶学派观点。这种观点认为:抑郁症主要(虽不是唯一)是一种反应类型,并相信其病因是心理学方面的,现有心理问题,然后是一种反应,最后是生理学方面的结果。通常建议使用心理治疗^[12]。



图2 Emil Kraepelin 1856 - 1926

建立在这两种理论观点之上,抑郁症最早被分为外源性(外因反应性)和内源性(内部自发性)两大类。虽然外源性一词用来描述由环境事件所产生的抑郁症,但通常是解释心理因素引起的抑郁症。内源性抑郁症意指由“内部”因素(主要是生物学因素)引起的抑郁症。上述提法很明显过于简单化,因为外部压

力的反应所引起的抑郁可以有生理学方面的症状,而所谓内源性抑郁往往可能由外部刺激因素所诱发。同理,认为药物治疗只对内源性抑郁有效的观点看起来也过于陈旧、过于简单化。此分类观点在精神病学界曾经引起激烈的争论,争论的焦点在于,足够强烈的外部环境事件和有毒物质均会引起所谓的内源性重性抑郁^[11]。由于从发病上看,外源性抑郁症和内源性抑郁症往往你中有我,我中有你,有时不能完全分开,见图 4。上述名词自 DSM - R(1987 年修订版)以后的诊断系统已不再使用,但在临床实践和某些早期著作中仍常见到^[12]。



图3 Adolf Meyer 1866 - 1950

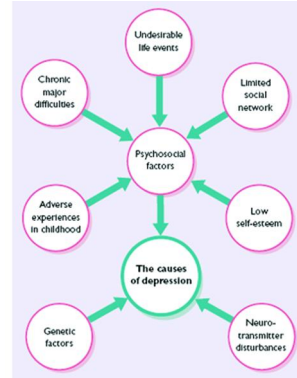


图4 抑郁症发病的心理因素和生物学因素

4.2 原发性抑郁症和继发性抑郁症^[6,12-13]

Robins 和 Guze (1970)以生物遗传学为基础对抑郁症提出了原发性与继发性的分类概念。这种分类避免了反应性或内源性、轻性和重性抑郁等概念之间的区别以及因果关系的猜测,对临床工作者具有实用价值。

4.2.1 原发性抑郁症 (Primary depression) 是指发病前无其他精神疾病及各临床各科疾病的抑郁症。只有在排除了其他精神疾病及各科疾病之后,才能确定为原发性抑郁症。原发性抑郁症从不同的角度又分为许多亚型。

(1)按照临床表现分为迟滞型抑郁症和激越型抑郁症。

迟滞型抑郁症 (Retarded depression) 是具有精神运动性抑制表现的抑郁症:情绪抑郁,思维迟缓,联想困难,话少缓慢,动作行为少,兴趣索然,诸事高兴不起来,自卑自责自罪,有自杀观念及行为。

激越型抑郁症 (agitated depression) 是具有精神运动性兴奋表现的抑郁症:情绪抑郁焦虑,自卑自责自罪,夸大自己以往的过错或失误,对自己一些微不足道的小事或行为扣上罪名,成天惶恐不安,感觉度日如年,活着受罪,生不如死,常有自杀行为。

(2)根据药效、脑生化改变,抑郁症的可能病理生理机制,可将原发性抑郁症分为A型抑郁症、B型抑郁症、C型抑郁症。

A型抑郁症是指由于脑中去甲肾上腺素(NE)功能低下所致的抑郁症,用增强NE功能的抗抑郁药物疗效好。

B型抑郁症是指脑中5-羟色胺(5-HT)功能低下所致的抑郁症,用增强5-HT功能的抗抑郁药疗效好。

C型抑郁症可同时有NE和5-HT功能下降。

(3)根据病史中是否有躁狂发作可分为单相抑郁症和双相抑郁症。

单相抑郁症(Phasic depression)是在病史中只有抑郁多次发作,一般连续三次发作均为抑郁发作,而以前及以后从无躁狂发作的一组抑郁症。

双相抑郁症(Bipolar depression)是一组在抑郁发作前或后出现躁狂发作或躁狂抑郁混合发作的抑郁症。

(4)根据发病年龄还可将原发性抑郁症分为少年期抑郁症、成年期抑郁症和老年期抑郁症。

4.2.2 继发性抑郁症(secondary depression)是指先有其他精神科疾病或临床各科疾病等原发疾病,在这些疾病的发生发展过程中有出现的抑郁状态(depression state)或抑郁症状群(depressive syndrome)。抑郁状态只是原发疾病整个症状的一部分,且不占主导地位,占主导地位的症状是原发性各科疾病或其他精神疾病所特有的症状、体征。其病程和预后一般随原发性精神疾病或各科疾病的好转、痊愈而好转痊愈。

需要注意的是在各科疾病、其他精神病之前就有抑郁发作史、临床症状表现符合抑郁症诊断标准,又有家族心境障碍史,各科疾病、其他精神疾病痊愈后又出现抑郁发作者,则是原发性抑郁症。

4.3 临床抑郁症的现代分类

进入20世纪80年代以后,作为现代精神疾病分类最有代表性的分类体系《国际疾病和分类》(ICD)和美国的《精神障碍的诊断统计手册》(DSM)以及《中国精神疾病分类和诊断标准》(CCMD),分别以最新版本ICD-10、DSM-和CCMD-3对精神疾病重新进行了更为合理的划分。由于目前对抑郁症的诊断仍缺乏确切的客观指标作为依据,这些分类仍以症状学指标为依据。尽管彼此间存在不少相互借鉴、求同存异之处,但从分类的具体内容来看,仍能反映出不同国家、不同学派对抑郁症分

类问题上各自的学术观点。了解和掌握这些理论,对全面深入理解抑郁症的概念与临床分类大有裨益。

5 总结

先人云“以史为鉴,可以知兴替”,通过对抑郁症分类研究历史的回顾,可以使我们对抑郁症的本质有更深入的理解,也希望能为进一步从不同角度、不同层面,更加细化的对抑郁症进行研究提供一些启示。

参考文献

- [1] 许又新. 抑郁症诊断的变迁[J]. 上海精神医学, 1999, 11: 121 - 123.
 - [2] 朱紫清, 李建林, 肖世富. 抑郁障碍的诊疗关键[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2003: 1 - 2.
 - [3] 林翔, 王祖承. 许昌麟教授谈当前抑郁症诊断的泛化问题[J]. 上海精神医学, 2007, 19: 372 - 373.
 - [4] 徐俊冕. 抑郁症诊断与治疗进展[J]. 世界临床药物, 2006, 27: 158 - 162.
 - [5] Piccinelli M. Comorbidity of depression and generalized anxiety: is there any distinct boundary? [J]. Curr Opin Psychiatry, 1998, 11: 57 - 60.
 - [6] David S B, Jon B. An Atlas of Depression[M]. U K: The Parthenon Publishing Group, 2002: 7 - 8.
 - [7] Belmaker R H, Agam G. Major depressive disorder[J]. N Engl J Med, 2008, 358: 55 - 68.
 - [8] Mitchell A J, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis[J]. Lancet, 2009, 22: 609 - 619.
 - [9] 沈渔邨. 精神病学[M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 457 - 458.
 - [10] 李凌江. 精神病学[M]. 北京: 高等教育出版社, 2003: 156 - 158, 426 - 455.
 - [11] Michael G, Juan J, Andreasen N. New Oxford Textbook of Psychiatry[M]. U K: Oxford University Press, 2003: 535 - 537.
 - [12] 蔡焯基. 抑郁症——基础与临床[M]. 2版. 北京: 科学技术出版社, 2001: 1 - 15.
 - [13] 龚绍麟. 抑郁症[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 9 - 20.
- 作者简介: 李青栋(1980 -), 男, 河北张家口人, 医师, 研究方向: 神经精神心理。
收稿日期: 2009 - 08 - 16
修回日期: 2009 - 10 - 24 (责任编辑: 董方立)

(上接第77页)

3.5 精神科医患双方全方位沟通

因为精神疾病的特殊性及其治疗的长期性,精神科医患沟通是长距离、多侧角、全方位的。时间上有:入院前沟通;入院时沟通;住院期间沟通;出院时沟通;出院后沟通。当然不同时期,沟通的内容侧重不同。空间上有:医方,即指以医师为主体的群体,包括护理人员、医技人员、财务人员、管理与后勤保障人员;患方,即指以患者为中心的群体,包括患者有关联的家属、监护人、单位组织等群体;还有可能有第三方,包括卫生行政部门、医保部门、保险机构、甚至警方等。形式或方法有:语言沟通、肢体语言沟通、书面沟通、电话沟通、集体沟通、实物对照讲解沟通、预防性沟通、根据具体情况变换沟通者等等。

如上所述,精神科医患双方在各个阶段、各个环节、各个层

面构成上下左右、前后以及平行等方位的360度立体空间,为了共同的目标与利益,精神科医患双方必须进行全方位、无极限的、有效的沟通。

参考文献

- [1] 许又新. 心理治疗基础[M]. 贵阳: 贵州教育出版社, 1999: 12 - 49.
 - [2] 李本富. 病人选择医生的实施与探讨[J]. 医学与哲学, 2001, 22(3): 8.
 - [3] 黄伟东. 构建和谐医患关系的探讨[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(5): 10.
- 作者简介: 徐进(1957 -), 女, 江苏淮安人, 精神科副主任医师, 研究方向: 精神疾病。
收稿日期: 2009 - 05 - 02
修回日期: 2009 - 10 - 27 (责任编辑: 董方立)