



团体标准

T/HSIPA 001-2024

情志疗法实践应用指南

抑郁症调理

Guidelines for the Practical Application of Emotional Therapy
in Depression Management

2024-08-20 发布

2023-08-20 实施

中关村健康服务产业促进会 发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	5
2 规范性引用文件	5
3 术语及定义	5
4 适用人群诊断	5
5 服务流程及要求	8
6 注意事项	8
7 转归和预后	8
附录 A（资料性）情志疗法调理知情同意书	10
附录 B（资料性）抑郁症的预防及健康管理	11
附录 C（规范性）常用辅助检查量表	12
参考文献	13

前 言

本文件按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

本文件由北京心康达健康管理有限公司提出。

本文件由中关村健康服务产业促进会归口。

本文件起草单位：北京心康达健康管理有限公司、北京心智家园文化发展有限公司、广州心康达健康科学有限公司、广西心康达健康科技有限公司。

本文件主要起草人：包丰源、招辉、孙玫、陈伟玲、梁静雯、黄珍平、吴文迪、钟惠妮、王璐璐、王佳、陈书璇、张宇晴、杨艳辉。

本文件技术审查专家（排名不分先后）：吉军、杨智、刘志敏、李菲、杜艳林、曹崇艳、贾守凯、张韬、马晓彤、李洪、刘梅洁、陆明海、侯宪聚、孙德海、白雪原、孙野、崔行隆。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利，本文件的发布机构不承担识别这些专利的责任。

引 言

抑郁障碍是一种常见的精神疾病，具有高患病率、高复发率和高自杀率等特点。据世界卫生组织(WHO)报道，2015 年全球抑郁障碍患者超过 3 亿，且患病率随年龄而变化，成年后达到高峰。世界范围内抑郁障碍的患病率达 4.7%，影响了全球数亿人的健康。也有研究显示，抑郁障碍患者在其一生中复发的比例高达 75%~85%。此外，抑郁障碍患者的自杀率也明显高于常人，有研究发现有 2%~7%的抑郁障碍患者最终死于自杀。抑郁障碍给世界各国都造成了沉重的疾病负担，据预测，到 2030 年，抑郁症将成为全球第一大疾病负担。

在抑郁症的治疗方面，中医和西医均有一定的探索，西医治疗以药物、电抽搐治疗为主，中医治疗包括针灸治疗、推拿疗法、情志疗法等，各类方法均有一定成效。

传统中医情志疗法的价值已得到了广泛认可，但是在临床应用上依然未得到全面推广，运用不足，即使参与治疗，也主要作为辅助治疗手段出现，主要因为其存在以下问题和不足：

一是缺乏情绪与疾病之间对应关系的系统认知。在不同疾病对应的情绪方面，依然主要依靠《黄帝内经》中“怒伤肝”、“喜伤心”、“思伤脾”、“忧伤肺”、“恐伤肾”的笼统描述，在现有病症逐渐细分的情况下，无法藉此准确判断出疾病对应的情志问题，给诊断带来难度。二是尚没有在情志与疾病领域进行有效的应用。传统中医情志疗法的方法虽多，但都是从缓解患者当下的情绪，改变患者的认知角度入手。至于情绪形成的历史性原因，则没有较多涉及。对于情绪发生的根源性问题，也缺乏有效的化解手段。这些方法仅有较为笼统的概念性描述，关于如何进行情志化解或处理，则没有明确的标准和步骤，在临床治疗中无法得到应用并形成标准，难以在实践中进行有效普及和推广。

本文件所指的“情志疗法”，由包丰源经过 17 年理论研究和案例分析创立。其原理是以中医情志思想为基础，结合西医和心理学关于情绪刺激对心血管、神经等系统的影响研究，从患者当下的身体状况出发，找到其细胞记忆中不健康的情绪记忆，追溯导致情绪发生的生活事件，释放、化解、清除对应的情绪，从而帮助患者恢复气血的正常运转。与此同时，引导患者重新认识导致情绪发生的生活事件，使其走出生命历程中的自身思想认知障碍，改善心智模式；引导患者重新审视疾病与生命、人与自然、人与社会的关系，从而正确对待疾病，尊重生命，提高自身免疫力，激发修复自愈能力，最终实现全面提升身心健康水平的目的。目前已总结出颈椎病、甲状腺、哮喘、失眠、抑郁症、心脏病、乳腺增生、子宫肌瘤、腰椎间盘突出等 20 余种疾病的情绪致病机理，并在实践调理过程中收到了良好的效果。

本指南通过归纳总结使用情志疗法调理抑郁症的临床实践经验，明确并规范其干预调理抑郁症的技术操作内容，引导更多专业从业人员科学、系统、完整地学习和应用，为抑郁症等情志病的综合调理干预补充有效的干预方式，最终实现提高患者身心健康水平的目的。

本文件由中关村健康服务产业促进会立项，北京心康达健康管理有限公司组织研制项目组形成文件初稿，并经过征求意见、同行评价、专家指导组审核、公开征求意见、送审、审议等阶段不断完善而形成。本文件在制定过程中，所有相关参与者均无利益冲突。

情志疗法实践应用指南 抑郁症调理

1 范围

本文件规定了情志疗法应用于抑郁症调理的相关术语和定义、适用范围、基本要求、服务流程与要求、注意事项及禁忌等内容。

本文件适用于医疗机构、健康管理机构、养生保健机构及相关从业人员对于情志疗法技术操作与服务的管理。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，标注日期的引用文件，仅限该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 20348-2006 中医基础理论术语

GB/T16751.1-1997 中医临床诊疗术语 疾病部分

GB/T16751.3-1997 中医临床诊疗术语 治法部分

ZYYXH/T2-2006 亚健康中医临床指南

T/HSIPA 013-2022 情志疗法操作规范

T/CACM 1373.21—2023 神志病中西医结合诊疗指南 第 21 部分：抑郁障碍

3 术语及定义

3.1

情志疗法^[1] Emotional Release Therapy

根据中医学理论，通过调节精神情志，以预防、调理疾病的一种中医实用方法。

本文件所指“情志疗法”，在传统中医情志疗法基础上，结合西医和心理学关于情绪刺激对心血管、神经等系统的影响，通过深入地理论研究和大量案例详细论证，总结出了二十种疾病与情绪之间的对应关系，创新性地提出了通过释放、化解和清除情绪因素进行疾病调理、健康改善的标准化操作方法，使传统中医情志思想更加具象化、科学化、可操作化。这一理论与实践创新为情绪与疾病的相关研究开拓了全新的应用路径，在实践中得到了良好应用，对于现阶段人们因生活、工作、事业压力导致的功能性疾病，往往能够起到其他药物治疗手段不能达到的良好效果。

3.2

抑郁症 depression

以显著而持久的心境低落为主要临床特征的一类心境障碍，且以性情抑郁、多愁善感、易怒欲哭、心疑恐惧及失眠、胸胁胀闷或痛、咽中如有异物梗塞等表现为特征的一类疾病。

注：本病可见于中医学的“郁病”、“梅核气”、“百合病”、“脏躁”、“癡证”、“不寐”等。

4 适用人群诊断

4.1 西医诊断标准

疾病诊断标准主要依据国际疾病与分类第 11 版（ICD-11，WHO，2019）中编码为 L2-6A7 抑郁障碍的诊断标准。

单次发作的抑郁障碍（编码为 6A70）：单期抑郁症的特征是在没有既往抑郁发作史的情况下，出

现或有过一次抑郁发作。抑郁症发作的特征是在至少两周的时间内，几乎每天都出现一段情绪低落或对活动兴趣减退的时期，同时伴有其他症状，如难以集中注意力、感觉毫无价值、过度或不当的内疚、绝望、反复出现死亡或自杀的念头，食欲或睡眠的改变，精神运动性躁动或迟钝，以及能量减少或疲劳。以前从未有过躁狂、轻度躁狂或混合发作，这可能表明存在双相情感障碍。

复发性抑郁障碍（编码为 6A71）：复发性抑郁症的特征是病史或至少两次抑郁发作间隔至少几个月，且无明显情绪障碍。抑郁症发作的特征是在至少两周的时间内，几乎每天都出现一段情绪低落或对活动兴趣减退的时期，同时伴有其他症状，如难以集中注意力、感觉毫无价值、过度或不当的内疚、绝望、反复出现死亡或自杀的念头，食欲或睡眠的改变，精神运动性躁动或迟钝，以及能量减少或疲劳。以前从未有过躁狂、轻度躁狂或混合发作，这可能表明存在双相情感障碍。

恶劣心境障碍（编码为 6A72）：心境恶劣障碍的特征是持续的抑郁情绪(即持续 2 年或更长时间)，一天中的大部分时间，持续的时间多于不持续的时间。在儿童和青少年中，抑郁情绪可以表现为普遍的易怒。抑郁情绪还伴随着其他症状，如对活动的兴趣或乐趣显著减少，注意力降低或犹豫不决，自我价值低下，过度或不当的内疚，对未来的绝望，睡眠紊乱或睡眠增加，食欲减少或增加，精力不足或疲劳。在疾病的前 2 年，从未有 2 周的症状数量和持续时间足以满足抑郁发作的诊断要求。没有躁狂，混合，或轻度躁狂发作的历史。

混合型抑郁焦虑障碍（编码为 6A73）：混合性抑郁和焦虑症的特征是，出现焦虑和抑郁症状的天数多于两周或两周以上。抑郁症状包括情绪抑郁或对活动的兴趣或乐趣明显减少。焦虑症状有多种，可能包括感到紧张、焦虑或焦躁不安，无法控制担忧的想法，害怕可怕的事情会发生，难以放松，肌肉紧张，或交感自主症状。单独考虑，这两组症状都不够严重、太多或持久，不足以证明诊断是另一种抑郁症或焦虑或恐惧相关的障碍。这些症状导致个人、家庭、社会、教育、职业或其他重要功能领域的严重痛苦或严重损害。没有躁狂或混合发作的历史，这将表明存在双相障碍。

4.2 抑郁发作程度分类

抑郁发作程度分类如下：

- a) 轻度发作：轻度抑郁发作的任何症状都不应达到强烈的水平，个体通常在进行日常工作、社交或家务活动中有一些困难，但不严重，发作中没有幻觉或妄想。
- b) 中度发作：中度抑郁发作可有少许症状表现突出或整体症状略微突出，个体通常在进行日常工作、社交或家务活动中有相当程度的困难，但在一些领域仍保有功能。中度以上的严重程度，可伴/不伴精神病性症状。
- c) 重度发作：重度抑郁发作中，较多或大多数的症状表现突出，或一些症状表现尤为强烈的个体在个人、家庭、社交、学业、职业或其他重要领域中无法保有功能或功能严重受限。重度的严重程度，可伴/不伴精神病性症状。
- d) 未特定严重程度的发作：由于信息不足，难以确定抑郁发作的严重程度。

4.3 诊断依据

诊断依据如下：

- a) 忧郁不畅、精神不振、胸闷胁胀、善太息；不思饮食、失眠多梦、易怒善哭等症。
- b) 有被郁怒、多虑、悲哀、忧愁等情志所伤的病史。
- c) 多发于中青年女性，无其他病证的症状和体征。
- d) 经各系统检查和实验室检查后，可排除器质性疾病。

4.4 鉴别诊断

抑郁症应与躯体疾病所致的抑郁障碍、精神活性物质所致的抑郁障碍、焦虑症、痴呆、精神分裂症后抑郁、双相情感障碍抑郁相等相鉴别。

4.5 中医证候分型

4.5.1 肝气郁结证

主症：精神抑郁、善太息。

次症：脘痞、暖气频作、胸胁作胀、月经不调（女子）。舌苔薄白、脉弦。

4.5.2 肝郁脾虚证

主症：精神抑郁、善太息、倦怠乏力。

次症：胸胁胀满、诸多猜疑、思虑太多、纳差、大便时干时溏、暖气脘痞、舌苔薄白、脉弦细或弦滑。

4.5.3 气郁化火证

主症：情志不畅、急躁易怒、目赤、口苦。

次症：头痛、咽干、胸胁胀闷、胃中嘈杂泛酸、便秘尿黄。舌红、苔黄、脉弦数。

4.5.4 心脾两虚证

主症：忧虑不解、心悸、面色萎黄、乏力。

次症：头晕、失眠、健忘、劳则汗出、纳谷不馨。舌淡、苔薄白、脉弦细或细数。

4.5.5 肾虚肝郁证

主症：情绪低落、兴趣缺乏、腰酸背痛、善太息。

次症：性欲低下、善忘、忧愁多虑、胸胁胀满、脉沉弦或沉细弱。

4.5.6 肝胆湿热证

主症：情绪抑郁焦虑、烦躁易怒、口干口苦。

次症：头胀闷、头晕耳鸣、胸胁胀满、多梦、小便短赤、舌质红、舌苔黄腻、脉弦数或滑数。

4.6 情志疗法评估

参照《情志疗法操作规范》（中关村健康服务产业促进会，T/HSIPA 013-2022）中的“情志疗法情志状态评估方法（望、闻、问、触情志四诊）”，对抑郁症进行情志疗法调理评估。

4.6.1 七情表现

参照情志疗法情志状态评估方法，抑郁症的七情表现主要为怒、思、恐三种。

4.6.2 反应点及部位

- a) 眉毛内端：多见于担忧、焦虑类情绪所致的能量郁结瘀堵。
- b) 肩部中心点：多见于压力类情绪所致的能量郁结瘀堵。
- c) 肩关节前面部位：多见于憋闷、忧郁、压抑类等情绪所致的能量郁结瘀堵。
- d) 三阴交穴：多见于思、恐等相关情绪所致的能量郁结瘀堵。
- e) 太冲穴：多见于嗔恨、放不下等愤怒类情绪所致的能量郁结瘀堵。

4.6.3 情绪对应关系

- a) 境遇不佳、生活中有矛盾，或发生被别人当众嘲笑、奚落、侮辱等事件时无法回避又无力抗争、难过的事情，无法表达或不知向谁表达，由此产生的压抑、委屈、自责、内疚等情绪。工作、事业、婚姻、财富等方面有无法面对或难以面对的事情。
- b) 从小在家庭生活所产生的压抑、委屈，缺乏关爱、鼓励，导致自卑、看不起自己、不爱自己等情绪。
- c) 遭遇重大的打击、灾难事件，或有无法释怀的压力，形成的委屈、无奈、憎恨、自卑、谴责等情绪。

4.7 服务对象界定

符合以下条件的人群可以进行情志疗法调理：

4.7.1 年龄：22-60 岁。

4.7.2 前置诊断要求：符合以上 4.1-4.5 条目相关的检测诊断指标，可提供对应的检测报告及病历，同

时符合 4.6 条目评估内容的患者。

4.7.3 其他：充分了解情志疗法相关服务流程及内容，并签署《情志疗法知情同意书》。《情志疗法知情同意书》详见附件 A。

5 服务流程及要求^[1, 4-5]

5.1 服务人员应按照《情志疗法操作规范》（中关村健康服务产业促进会，T/HSIPA 013-2022）中“第 5 条 服务流程及要求”的相关内容开展抑郁症调理服务，包括建档、评估、调理等具体服务流程和服务内容。

5.2 调理前，服务人员应进一步根据服务对象的体检报告，确认其接受情志疗法调理服务时的身心状况，并经其知情同意后，引导服务对象进入身心放松状态，按照情志疗法操作规范步骤进行调理。

5.3 调理过程中，服务人员应询问服务对象的情绪感受，引导其详细精确地描述出情绪发生时的生活事件。对于出现的情绪性表达，应引导其多次重复释放情绪，直到服务对象的情绪平静为止。对有多种情绪关系的服务对象，服务人员应引导其清除完一个事件形成的情绪后，继续向前追溯，用相同的方式找出其它类似或相关的情绪事件，继续清除情绪，直至服务对象感到内心平静为止。

5.4 调理过程中，服务人员应及时分析服务对象产生情绪的思想认知问题，并引导服务对象重新回看导致对应情绪发生的生活事件，回顾其生命历程中违背规律思想和行为，重新审视内在心智，改变原有认知，实现心智重塑的目的。

5.5 运用情志疗法调理抑郁症的关键在于，找到形成致病情绪的生活事件，从服务对象引发抑郁的对应情绪点出发，找到在其生活经历中对应的情绪事件，并进行释放、清除、化解等情绪处理，引导服务对象重新认识生活事件的本质，改变固有的思维模式，避免情绪问题的再次发生。

5.6 运用情志疗法调理抑郁症，应准确判断疾病与情绪的对应关系。本文件推荐的抑郁症与情绪的关系应主要参考本文件 4.6.3 的相关内容。

注：导致抑郁的情绪原因可能是单一的，也可能是复合的，需要专业的服务人员在情志疗法调理过程中进行多次询问，准确找出服务对象所有的情绪问题和生活事件。

6 注意事项^[4-6]

6.1 服务人员应按照《情志疗法操作规范》（中关村健康服务产业促进会，T/HSIPA 013-2022）中“第 6 条 注意事项”和“第 7 条 禁忌人群”的相关内容开展抑郁调理服务。

6.2 服务人员应根据本文件中规定的适用人群诊断标准和要求，对首次有意向接受服务的服务对象进行准确评估，界定其是否适用于情志疗法调理，同时排除应用情志疗法的相关禁忌症及人群。

6.3 服务人员应充分了解服务对象有关抑郁症医疗干预的进展情况，包括并不限于检查、用药、理疗等干预项目，必要时应及时与其主治医师沟通，便于协同调理，提高调理效果和规避过度调理的相关风险。

注：导致抑郁的情绪原因分析及相关干预情况，可能因患者的发作程度和表现，不易从患者本身获得，必要时须同时向患者监护人或家属进行调查，并要求患者监护人或家属签署“情志疗法调理知情同意书”。

6.4 服务人员应对服务对象进行相关健康指导，包括生活起居、饮食管理、理疗按摩等内容，以提高调理效果。具体可参见附件 B 相关内容。

6.5 关于调理周期，目前抑郁症干预暂无中西医结合疗程的相关研究。本文件建议对服务对象的病情进行系统评估，若调理效果明显，功能恢复达到病前水平，病情稳定且无复发倾向，则可在密切关注病情的前提下逐步调整调理周期。

7 转归和预后

运用情志疗法调理抑郁的调理干预效果评价，主要以服务对象转归正常生活为准，一般在一个调理周期后，采用同一个医疗机构的检测报告进行调理前后的数据对比，得出相应的情志疗法调理效果评价。具体可参照附件 C 的相关量表。临床上，抑郁症的转归和预后，多与患者的认知和心理应激能力相关，并与对生活或工作事件的认识和应对方法相关，所以，除了情志疗法调理外，可根据病情的发生不同辅以综合治疗，患者多能回归正常的生活。

注：同一个医疗机构的检测报告是指，在调理前及调理后，由同一个医疗机构检测出具的医学检测报告。

附录 A

(资料性)

情志疗法知情同意书

A.1 情志疗法知情同意书内容示例

情志疗法调理知情同意书

情志疗法调理师和被服务对象双方均了解情志疗法的理论和方法，明确运用情志疗法是通过找到影响当下身心状况的对应情绪，进行科学有效的释放、化解和清除，达到改善身心健康状况的目的。

被服务对象知晓情志疗法只适合患有功能性疾病、年龄在 22-60 之间的自然人。被服务对象承诺自己没有精神方面疾病，以及心脏病、高血压、癌症等需要接受医疗诊断与治疗的器质性疾病，愿意接受情志疗法调理，并将配合情志疗法调理师的要求和引导进行相关调理。

被服务对象同意情志疗法调理师对调理过程和咨询内容进行记录和录音，愿意将藉此形成的案例报告、咨询记录、录音资料交由督导师进行评估；对于督导师发现的问题，愿意配合督导师对其进行后续调理。

情志疗法调理师将严格遵守情志疗法调理师的职业道德和伦理守则，按照操作规范为被服务对象进行咨询和调理，对被服务对象的资料和调理过程严格保密，保证所有内容仅限督导使用，不予外传。

被服务对象若发现情志疗法调理师有任何违背职业道德或保密原则的情况，可保留对情志疗法调理师提出异议和相关赔偿的权利。

情志疗法调理师签名：

被服务对象签名：

日期：

日期：

附录 B
(资料性)

抑郁症的预防及健康管理

B.1 总体原则

思想上保持清净，行事上心平气和，忌大悲大喜、多思多虑，调摄饮食，适度运动。

B.2 饮食调理

宜清淡，忌辛辣刺激和膏粱厚味食物。

B.3 情志调理

增加社会接触，培养较广泛的爱好以寄托心思。学会正确对待各种事物，避免忧思恼怒，注意调节情志。尽量减少独处时间，通过与不同类型的人接触、交流，可以使患者从过度的内心关注中解脱出来，有利于疾病的恢复。

B.4 运动管理

适当进行户外运动，应以有氧运动为佳，如慢跑、登山等。户外运动可增加光照，让患者呼吸新鲜空气，有利于保持情绪稳定。

注：以上内容参照《GS/CACM 208—2019 郁病中医临床诊疗专家共识》。

附录 C (规范性)

情志疗法常用辅助检查量表

C.1 筛查工具

C.1.1 Whooley Questions (<https://whooleyquestions.ucsf.edu/>)

这是一个两问题式自评量表，筛查简便，常用于门诊病人。通过询问患者“在过去一个月是否存在情绪低落、抑郁或绝望，以及是否做事没有兴趣或乐趣”这两个问题来了解患者，如果均得到“是”的回答，则考虑有患病风险。相较于门诊，住院病人的敏感性和特异性更高。但该筛查不适用于有认知障碍的病人。

C.1.2 抑郁自评量表 (SDS)

用于评估抑郁障碍患者的抑郁水平。该量表为自评量表，易于理解，易于操作，不受性别、年龄、经济状况等因素影响。它的应用范围很广，尤其适用于综合性医院对抑郁障碍的早期筛查。量表采用 1~4 分的标准评定患者的自我感受，分数越高表示抑郁障碍状越严重。

C.2 诊断工具

C.2.1 Beck 抑郁问卷 (BDI): 4 分或以下为无抑郁; 5~13 分为轻度抑郁; 14~20 分为中度抑郁; >20 分为重度抑郁。

C.2.2 患者健康问卷-9 (PHQ-9): 0~4 分为没有抑郁, 5~9 分为轻度抑郁; 10~14 分为中度抑郁; (15~19) 分为中重度抑郁; >19 分为重度抑郁。

C.2.3 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD): 24 项版本, <8 分为无抑郁障碍状; 20~34 分可能为轻或中度抑郁; >34 分为严重抑郁。17 项版本, <7 分为无抑郁障碍状; 17~24 分可能为轻或中度抑郁; >24 分为严重抑郁。

注: 以上内容参照《T/CACM 1373.21—2023 神志病中西医结合诊疗指南》。

参考文献

- [1] T/HSIPA 013-2022, 情志疗法操作规范. 中关村健康服务产业促进会, 2022.
- [2] 孙付童语,王馨苑,王枫,等.基于中医情志疗法构建阈下抑郁人群心境诱导方案的思路初探[J].现代中西医结合杂志, 2023, 32(17):2408-2412.
- [3] 罗娅妮,胡龙霞,阮君,等.抑郁症患者中医特色护理干预研究进展[J]. 2023(11):151,155.
- [4] 包丰源,招辉.中医情志疗法的理论创新与实践应用[J].江西中医药, 2022(008):053.
- [5] 包丰源. 情绪与疾病关系探究[C]// 2016.
-