

临床专科医师准入参考用书
临床专科医师规范化培训用书

精神病学

主编 孙学礼



人民卫生出版社

临床专科医师准入参考用书

临床专科医师规范化培训用书

精神病学

主 编 孙学礼

副主编 李 进 黄 颀

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 刚(首都医科大学附属北京安定医院)

刘书君(四川音乐学院音乐学系)

许秀峰(昆明医学院第一附属医院)

孙学礼(四川大学华西医院)

李 进(四川大学华西医院)

李 静(四川大学华西医院)

肖 融(四川大学华西医院)

况 利(重庆医科大学附属第一医院)

周茹英(四川大学华西医院)

胡峻梅(四川大学华西基础医学院)

施慎逊(复旦大学附属华山医院)

黄 颀(四川大学华西医院)

学术秘书 刘书君

人 民 卫 生 出 版 社

(北京东黄城根北街16号)

图书在版编目(CIP)数据

精神病学/孙学礼主编. —北京: 人民卫生出版社,
2008. 6

ISBN 978-7-117-10121-9

I. 精… II. 孙… III. 精神病学-医师-培训-教材
IV. R192.3 R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 051999 号

孙学礼 主编

黄世奎 副主编

(北京中医药大学) 袁 敏

(北京中医药大学) 王 明

(天津中医药大学) 孙学礼

(湖南中医药大学) 孙学礼

(山西中医药大学) 孙学礼

(山西中医药大学) 孙学礼

(山西中医药大学) 孙学礼

(山西中医药大学) 孙学礼

(山西中医药大学) 孙学礼

(山西中医药大学) 孙学礼

精神病学

主 编: 孙学礼

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京市顺义兴华印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 23

字 数: 559 千字

版 次: 2008 年 6 月第 1 版 2008 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10121-9/R·10122

定 价: 38.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

出版说明

专科医师是指在取得执业医师资格后,经过规范化的住院医师培训,具有从事本专业临床工作能力,并取得资格认可的医师。目前,我国的住院医师培训还停留在随意的、不是标准化培养的初级阶段,这与国际医学人才培养与使用的惯例不相适应。卫生部于2003年启动了“建立我国专科医师培养和准入制度研究”课题,并于2004年批准了北京市卫生局开展专科医师培训工作试点。经过课题组的努力,该课题的研究阶段已经结题,并取得了初步成果。目前,正按照计划在全国逐步实施专科医师的准入制度。为了贯彻“卫生部办公厅关于开展专科医师培训试点工作的通知”(卫办科教发〔2006〕27号)精神,人民卫生出版社特与中国最大的临床医师培训基地——四川大学·华西临床医学院·华西医院合作出版了本套专科医师培训用书。

本套用书的200位编者都是具有丰富临床经验和临床教学经验的高级医师。本套用书以专科医生准入具体要求为纲,针对专科医师在临床工作中所遇到的实际问题,培养专科医师掌握正确的临床思维逻辑方法,使专科医师能从容应对专科医师准入审核。

临床专科医师规范化培训用书 编辑委员会名单

主任委员 刘进

副主任委员 石应康 刘战培

委员 (按姓氏拼音排序)

陈晓明 程南生 董碧蓉 冯玉麟 郭在培 何成奇

何俐 何庆 李廷谦 孙学礼 童南伟 夏庆

熊英 赵霞 郑虹 周学东 左云霞

临床专科医师规范化培训用书目录

外科学	急诊医学	口腔医学	医学影像学
内科学	肿瘤学	麻醉与危重医学	精神病学
儿科学	中西医结合	眼科学	病理学
妇产科学	康复医学	皮肤性病学	检验医学
耳鼻喉科学	全科医学	神经病学	循证临床实践

前 言

本教材是国内以精神病学专业住院医师为主要读者的第一部教材,为精神病学专业临床住院医师规范化培训而编写。

随着时代的发展,目前精神疾病和精神卫生问题已经成为 21 世纪威胁人类健康的最重要的问题之一,国内精神疾病的总负担占有所有疾病负担的 20%左右。而目前国内精神专科医师的数量与质量均与所面临的精神卫生服务需求有相当大的差异,规范化培养精神卫生专业的临床医师势在必行。本教材与以医学生为主要读者的医学院校教材不同的地方在于后者主要强调整个学科的系统性以及理论体系的完整性,而本教材强调的是理论与实践的结合,强调对于临床实际工作的指导。就精神病学住院医师规范化培养的目标而言,一般分为三个阶段,第一阶段为全科医师的培养阶段,第二阶段为全科精神科医师的培养阶段,第三阶段为专科精神科医师的培养阶段,最终达到精神专科主治医师基本水平。本教材主要为后两个阶段的培养所用。此外,在当今整个临床医学均强调精神卫生知识背景的情况下,本教材也可以作为其他临床学科住院医师培养的参考教材。

本教材的特点包括:①以病案引入,以问题为中心,以解决问题为目标;②以本专业常见的临床综合征为核心,通过对于各个临床综合征的鉴别诊断描述,强调读者对各个临床学科知识的融会贯通,强调读者跳出精神病学的有限空间,在临床医学多学科知识的支撑下来学习精神病学;③强调本学科的基本诊断和治疗技术的临床应用,特别是强调心理学基本知识在精神病学临床工作中的应用;④本教材重点强调专业中常见精神障碍的临床诊断和治疗,并非面面俱到,对于学科的基本知识、研究进展等方面内容则要求结合相关教材来学习。

由于编写时间的仓促,同时也由于国内住院医师规范化培养刚刚开始,所以教材的框架以及内容必定有很多不足之处,希望能够得到读者以及国内同行的指正。此外,本书编写中,强调编者对于有关临床问题自己的临床经验及看法,也希望读者以及广大同行在阅读过程中能够有自己的体会。

编 者

2008 年 3 月

目 录

上篇 总论

第一章 绪论	1
第一节 精神障碍的概念	1
第二节 精神病学与临床其他学科的联系	3
第三节 精神障碍的危险因素	5
第二章 诊断技能	11
第一节 精神障碍的分类和诊断标准	11
第二节 精神症状的评价	32
第三节 量表的作用	33
第四节 标准化诊断程序	33
第五节 医患关系的原则和技能	36
第六节 接谈技能	38
第七节 精神检查	45
第三章 治疗技能	50
第一节 精神障碍的治疗原则	50
第二节 精神药物的应用原则	52
第三节 常见的精神药物不良反应及其处理原则	60
第四节 电抽搐治疗	64
第五节 生物反馈治疗原则	71
第六节 经颅磁刺激治疗原则	75
第七节 心理治疗	77
第八节 心理社会康复治疗技能	87
第四章 医师、患者心理特征及医疗行为中的人际关系	92
第一节 概述	92
第二节 患者及其亲属的心理特征患者角色	94
第三节 医师角色及医师的心理特征	102
第四节 在医疗行为中建立良好医患关系的基本原则	107
第五章 精神障碍与法律问题	110
第一节 概述	110
第二节 精神科医师的专业责任	112

第三节	对有暴力、自杀行为精神障碍患者的恰当处理·····	118
第四节	患者的权利问题·····	121
第五节	保护患者隐私问题·····	126
第六节	关于精神障碍患者治疗过程中对第三方的保护问题·····	128
第七节	精神障碍患者的法律能力评定·····	129

下篇 精神病学临床实践

第六章	意识障碍·····	143
第七章	痴呆综合征·····	152
第八章	遗忘综合征·····	158
第九章	脑衰弱综合征·····	162
第十章	戒断综合征·····	166
第十一章	幻觉妄想综合征·····	175
第十二章	思维联想障碍症状群·····	187
第十三章	紧张综合征·····	195
第十四章	阴性症状群·····	203
第十五章	抑郁综合征·····	210
第十六章	躁狂综合征·····	220
第十七章	焦虑综合征·····	229
第十八章	强迫综合征·····	242
第十九章	进食障碍·····	249
第二十章	睡眠障碍·····	262
第二十一章	自杀·····	284
第二十二章	人格障碍·····	292
第二十三章	性心理障碍·····	296
第二十四章	性功能障碍·····	302
第二十五章	精神发育迟滞·····	311
第二十六章	学习障碍·····	320
第二十七章	广泛性发育缺陷综合征·····	328
第二十八章	注意缺陷多动综合征·····	334
第二十九章	网络成瘾·····	340
附录 I	参考文献·····	346
附录 II	专用名词中英文对照·····	348

上篇 总论

第一章

绪论

精神病学总论(一)

第一节 精神障碍的概念

一、案例

患者,男,43岁,文化程度:大学,职业:医务人员。近1年来经常突然出现心慌、坐立不安、出汗、手抖等情况,非常难受。上述发作约每周2~4次,曾因此而数次于急诊就医,作心电图、胸片、超声心动图等检查均正常。此外,患者逐步出现对人说话紧张,以至于后来在别人面前语无伦次,不能很好表达自己的意图和传递自己的信息。近2周来,除了在别人面前不能正常表达自己的意图以外,还进一步出现听不清或不能理解别人的讲话,以至于沟通无法进行,故而停止工作和大部分社交活动。同时,因为害怕上述症状发作而不敢轻易出门。但在上述发作出现的间歇以及自己独自看影视作品、阅读,或与自己的家人相处交流时,思维活动和理解能力不受影响。患者自己对自己的状况非常担心,盼望早日明确诊断和及时治疗。

二、案例分析

该患者在上述1年多的时间内所表现的主要异常总结起来有这么几个方面:一是内心体验到的莫名恐惧和不安;二是出汗、手抖等植物神经功能紊乱的症状;三是对于一些活动的回避,例如因为怕症状发作而不敢出门,因见人感到紧张而回避社交活动等。以上症状构成了精神病学中所描述的焦虑(anxiety)症状。在不能事先有效预见的情况下所出现的发作性焦虑症状称之为“急性焦虑发作”,而在与别人交流或与陌生人接触时所出现的焦虑症状则称之为“社交焦虑”。

三、关于精神障碍的问题

精神障碍(mental disorders)是指在各种致病因素(包括物理、化学、生物、心理、社会

等)影响下所导致的精神活动的失调或异常情况的总称。人的精神活动主要是指整个心理现象,包括两个方面,一方面是包括三个心理过程,即认识过程、情感过程和意志过程。其中,认识过程又包括感性认识过程(即感知觉)和理性认识过程(即思维)以及保证认识过程得以顺利进行的注意、记忆等方面内容。另一方面就是人格。当然也包括上述各方面,特别是以认识过程各方面组合所体现出的智能。精神障碍就是指以上任意一方面或多方面异常的总称。本章案例主要是焦虑问题,焦虑属于病理优势情感的一种类型,而焦虑属于情感的一种情况,因此,该案例属于精神障碍的范畴,该患者属于精神障碍。

紧接着要讨论的问题是每一个人的认知、情感、行为以及人格都是不同的,以交通违规为例,尽管每个个体的认识一致,都是持否定态度,但也可以表现出不同的情感,有的可以表现出愤怒,有的可以表现出平淡,因而又可以出现与之相应的行为。因此精神病学临床上一个重要的问题是要明确正常和异常的概念和标准。在精神病学临床工作中,判断正常与否的标准有三个方面,即统计学标准、社会标准和个人标准。

(一) 关于判断精神障碍的统计学标准

统计学标准的含义是指以概率来划分正常与异常的标准,通俗地讲就是以群体大多数人的指标作为正常指标的标准。医学上多数判断正常与否的标准采用的是统计学标准,例如血压、心率、呼吸、肝功能、肾功能等。以心率为例,群体中大多数人的窦性心率为60~100次/分,因而当某个个体的心率高于100次/分时便称之为“窦性心动过速”,而低于60次/分则称之为“窦性心动过缓”。判断精神障碍的指标是同样的道理,如果某个体的思维方式、情感反应或行为模式等明显不同于群体所表现出的模式则应被视为异常。统计学标准中的正常概率一般定在95%,有的指标定在99%。

(二) 关于判断精神障碍的社会标准

由于心理活动受到社会文化因素的影响,不同文化背景的群体对于同一事件可以产生出不同的认知、情感和行为的反应。如一个中学生某次考试成绩是否名列前茅对于处在东方文化群体和西方文化群体的个体来说所产生的认知、情感和行为反应是具有非常大的差别的。社会标准具体至少包括习惯性的标准、文化标准和伦理道德的标准等方面的内容。如某个个体总是爱在群体中突出自己,或总是爱穿非常奇异的服饰,或总是有“标新立异”的想法等,在西方社会可能认为是可以理解的现象,而在东方社会可能会将其作为值得关注的异常情况的开始,这就是文化标准;又如,在子女已经即将成年,甚至已经成年上了大学以后,母亲仍然将其作为未成年子女对待,甚至有的母亲放弃工作和自己的家庭生活,跟着子女来到就学的城市,租住房屋,给子女作“陪读”2~3年甚至更长的时间,在东方文化群体,特别是在中国社会被视之为可以理解,但在西方社会则可能被视为异常。这既受文化标准的影响,也受习惯性标准的影响;此外,对于独立性行为、同性恋问题的正常与否的判断都涉及到不同的伦理道德标准问题。

(三) 关于判断精神障碍的个人标准

个人标准主要是强调个体的体验、个体的过去或者是一贯的思维、情感、行为模式、价值取向等情况与目前状况的比较。前者指的是尽管在一切检查都正常的情况下,如果个体

验到明显的不适或者痛苦,应视之为异常。后者主要是指同样的情况如果成为一个个体一贯的表现则可能被视之为正常,而对另一个体来说,如果是近期内从另一种状态逐步或突然变为目前的状态则很可能被视之为异常。如某个体一贯少言寡语、不合群、对于亲人的情感反应较为平淡、对于工作缺少热情或不够尽心只能说明该个体的个性特征就是如此,而另一个体在1年或2年内逐步出现上述情况则有可能被视为精神分裂症的早期症状。

另一个应该注意的问题是,异常情况的出现频度是十分重要的,偶然的精神异常可以出现在几乎所有人身上,而频繁出现的异常情况则具有较为重要的意义。就如偶然的腹痛可以在许多人身上出现,但很少有人因为偶然的腹痛前去就诊,但如果频繁出现腹痛,则多数人会前去就诊并要求医疗方面的专门援助。此外,单一出现的精神异常并不能够明确地提示某种精神疾病或精神障碍的存在,而与单一的精神异常情况相比,一组精神症状的出现对于提示某种精神疾病或精神障碍更具有临床意义。就像阑尾炎(appendicitis)可以出现腹痛,但单一的腹痛绝不足以诊断阑尾炎,临床上诊断阑尾炎必须依据症状(如疼痛以及其他消化系统症状)、体征(如腹肌紧张、局部的压痛、反跳痛、体温增高等)以及重要的实验室检查结果。以上情况说明,频繁出现的精神症状比偶然出现的精神症状更应受到重视和更具有临床意义;其次是,一组精神症状,即精神临床综合征在判断个体是否存在某种精神疾病或精神障碍方面比单一存在的精神症状更具有意义。本章案例中的患者被判断为具有急性焦虑发作和社交焦虑就是根据患者具有恐惧(phobia)的体验、植物神经功能紊乱的表现以及运动不安等一组症状而得出的。

还应该注意的问题是,不是所有的精神症状或精神方面的异常都一定必须进行医疗干预,只有在精神方面的异常明显影响到了个体的社会功能或(和)给个体本人带来明显痛苦的时候,医疗或心理学的干预才成为必要或者必然,也只有在这种情况下,该个体才能够被称为“患者”。社会功能包括:工作(学习)能力、社交能力、生活自理的能力以及个体遵守道德、法规、法律的能力。也就是说前述任何一种能力受到明显损害,就使医疗干预成为必要或者必需。本章案例中的患者由于某种精神异常而导致社交和工作能力明显受损,因此医疗干预是非常必要的。还有必要提到的问题是,社会功能不仅仅是作为判断精神症状严重程度以及是否进行医疗干预的重要指标,同时也是治疗所有精神障碍的最终目的。

第二节 精神病学与临床其他学科的联系

一、案例

患者,女,51岁。因1年来乏力、消瘦、多饮前来就诊,实验室检查发现空腹血糖(FPG)为9.6,餐后2小时血糖为13.5,糖化血红蛋白指数为10.5,临床诊断为糖尿病,丘脑下部-垂体-肾上腺轴(HPA轴)检查发现,早晨8时的血浆皮质醇640nmol/L,ACTH120ng/L(均高于正常)。除以上情况外,近1年来患者还感到心烦、阵发心慌和坐立不安,同时夜间睡眠差,主要表现为入睡困难,有时同时出现早醒,次日除前述的乏力体验以外,同时感到记忆力下降,注意力不集中和思睡。此外,患者家庭关系不合,与其丈夫长期分居,有一个独生女儿,母女俩关系密切,相依为命。两年前,女儿19岁高中毕业后即考入外地大学,遂去外地就读。此后的近2年的时间内,患者1人单独生活,除有时在晚上接听女儿从外地打来的电

话外,基本上不与人交往。在过去的20年中,患者一直工作积极,但在近1年的时间内,由于工作单位人员调整,患者基本上处于无事可做的情况,为此非常苦恼。做出初步诊断以后,患者接受治疗。主要用药为甲福明1000~2000mg/d,连续用药2月,效果不理想,主要是体现在FPG和餐后2小时血糖下降不明显,患者仍然感到乏力和多饮。由于以上情况患者转入心理卫生中心治疗。治疗方案是维持原有的治疗糖尿病(diabetes mellitus)的治疗模式,同时给予阿普唑仑(alprazolam)2.4mg/d以及赛乐特(paroxetine)30mg/d以抗焦虑和解决睡眠障碍问题。采用以上方案治疗4周以后,患者情况出现以下变化,一是患者的睡眠改善,同时自述情绪好转,由于患者在入院之初曾述自己没有情绪低落的问题,故治疗4周后医师再次问及为什么当时没有叙述情感的问题而现在又主动叙述情绪好转,患者称自己心情不好的时间已经很久了,所以自己理解当时的情绪是正常的,而经过治疗以后,情绪真的好转,通过比较才意识到自己以往很长一段时间情绪都是低落的。二是患者血糖代谢的各种指标基本稳定在正常范围内,同时所需降糖药物的剂量明显减少。该患者病情明显好转出院。

二、案例分析

同一临床问题可涉及到不同学科。从以上案例可以发现一个问题,那就是同一临床问题涉及不同的医学学科分支。上述案例具有明显的代表性,根据国内外对于糖尿病患者的调查发现,糖尿病患者中同时存在明显抑郁(depression)情感的占患者总数的29%,而同时伴有明显焦虑情感的患者占患者总数的32%,糖尿病患者群体的自杀(suicide)率为一般人群自杀率的3~5倍。此外,患者的汉密尔顿抑郁量表(HAMD)总分以及汉密尔顿焦虑量表(HAMA)总分与糖代谢指标的增高呈正相关关系。采用抗抑郁剂(antidepressant)和抗焦虑剂(anxiolytic)治疗后,患者在临床上表现为焦虑和抑郁情绪的改善,同时其糖代谢指标也趋于正常。在此过程中发现,患者HAMD和HAMA分数的下降与患者糖代谢指标改变密切相关。提示的问题是,患者的抑郁和焦虑情绪直接影响到了患者糖尿病的治疗效果,乃至转归和预后。而对于患者抑郁和焦虑症状的注意以及积极治疗有助于糖尿病本身症状的改善和糖代谢指标的恢复。这是从临床层面来看问题。

但如果从更深的层面来看问题,首先应弄清楚的就是为什么糖尿病患者中存在着如此明显的抑郁与焦虑。目前的研究表明可能有以下因素与之相关:①躯体问题和精神异常偶然同时存在。也就是说两者内在没有必然的联系,但当同时存在的情况下,情感的异常必然进一步影响糖代谢指标,而治疗情感问题有利于糖尿病本身疾病的恢复也就是顺理成章的了。但这么高的出现率似乎仅仅用“巧合”来解释是非常牵强的,至少这一种解释不能代表所有患者中所出现的情况;②糖尿病和情感障碍具有某些共同的病理生理过程或共同为某些致病因素所导致。这一点在临床和实验室研究中得到部分证实。从本章提供的糖尿病患者的案例来看,患者具有HPA轴过度活跃的证据。HPA轴的活跃与糖代谢的异常有明显的关系,同时HPA轴的活性过度与中枢神经系统5-HT和NE的下降共同构成了抑郁障碍“血清素-去甲肾上腺素-HPA轴链”的病理生理假说。此外最近的研究还表明,HPA轴活性过度所产生的皮质醇增高可以产生明显的神经毒性作用,作为其结果,可以出现中枢神经系统某些部位,特别是海马、杏仁核以及前额叶皮质神经元可塑性的下降,导致这些区域神

神经元树突和胞体的萎缩,从而产生认知功能障碍以及焦虑、抑郁症状的出现。而降低 HPA 轴的过度活性,有利于患者糖代谢指标的恢复,同时也是抗抑郁剂产生抗抑郁作用的重要机制。目前在临床上使用的许多类型的抗抑郁剂,如选择性 5-羟色胺再吸收抑制剂(SSRI)、选择性 5-羟色胺-去甲肾上腺素再吸收抑制剂(SNRI)均有抑制 HPA 活性以及中枢神经系统神经元的保护作用。上述案例采用抗抑郁和抗焦虑治疗不仅使患者的睡眠和情绪症状明显改善,同时对于糖代谢指标的恢复也有明显的帮助可以说明这个问题;③心理社会因素的影响。这就是说糖尿病发生以后,由于患者生活和饮食方面的限制、躯体症状的影响以及对糖尿病发生并发症的担心均构成了患者的应激(stress)因素,由此导致患者出现明显的焦虑和抑郁症状;④还有的学者认为,抑郁和焦虑症状可能是糖尿病综合征的固有症状,也就是说糖尿病本来就存在着两部分症状,一部分是躯体症状,一部分是精神症状,当然也包括了情感症状。这些情况说明精神病学与其他临床学科有着广泛的联系,以上病案就涉及了内分泌学、心身医学、精神病学等临床学科。

同样的情况在神经性厌食(anorexia nervosa)、高血压(hypertension)、冠心病(coronary heart disease)、消化性溃疡(peptic ulcer)、甲亢(hyperthyrosis)、甲减(hypothyroidism)等疾病中也得到证实。因此临床工作中,在对待任何疾病或异常情况的时候应该注意的问题是:①利用医学各个学科的知识综合考虑问题;②应该充分考虑到患者的文化背景;③应该充分考虑到患者的个性、各种应激因素对于患者疾病的影响。

第三节 精神障碍的危险因素

一、问题

面对所有慢性非感染性疾病都存在一个原因的探讨问题,这个问题对于临床医学来说是至关重要的问题,精神障碍当然也不例外。例如为什么患者会逐步出现情感的低落和自杀的行为;同样,是什么原因会导致患者出现各种幻觉(hallucination)、妄想(delusion)、运动兴奋、睡眠问题等等情况。这个问题和临床治疗直接有关,于是就有了对精神障碍的病因学研究。研究的领域涉及到非常宽泛的范围,并且已取得了一些成就。

二、过去几十年中对精神障碍病因的探讨

(一) 遗传因素的研究

遗传因素的分析方法有群体遗传学方法、遗传分析法和分子遗传学方法。

1. 群体遗传学研究 群体遗传学研究有三种方法,包括:①家系研究了解到许多疾病有遗传因素。如精神分裂症患者的一级亲属患精神分裂症(schizophrenia)的可能危险率约为 4%~14%,约为一般人群的 10 倍,若双亲均患精神分裂症,子女患病几率高达 40%。又如抑郁症(depression)患者一级亲属的患病率高出一般人群 30 倍,患抑郁症的患者有抑郁症家族史的大约为 50%。双相 I 型障碍的亲属中患病几率高出正常人群 8~18 倍,父母一方患病,其子女患病几率为 25%,父母两方均患病,则子女患病几率可高达 50%~70%。大

家从家系研究中发现血缘愈近,患病率愈高;②双生子研究:双生子研究是基于遗传基因的一致性加以分析,如单卵双生子(MZ)其遗传基因应是一致的,从患病一致率的高低可以判定疾病病因中遗传效应的大小。如果是异卵双生子(DZ),这种遗传基因可能的分布为50%相同基因,这从同病率看就理应可能低得多,遗传决定率参考价值也要低些。在早期双生子研究中,从住院的先证者追踪到家系,就有主观偏见认为双生子的另一位肯定有些异常,同病率就很高,但采用盲法评定后同病率就不是太高。故需要确定其是MZ还是DZ之后再科学的随访观察。为什么孪生子尽管都得病,总是一个先患病,另一个后患病,很少同时发生,现在的研究发现先得病者常与围产期并发症有关。双生子研究发现精神分裂症的同病率:单卵双生子为47%,异卵双生子为12%;抑郁症的同病率:单卵双生子为69%~95%,而异卵双生子为12%~38%。虽然多家报告的结果不一致,但较为肯定是单卵双生子研究同病率显著高于异卵双生子的研究;③寄养子研究:因双生子喂养条件或成长的环境常一致,所以早期就有人认为同一家庭环境对发病有影响。寄养子研究的目的是要分辨环境因素与遗传因素,确定谁是主要因素或关键因素。其方法有两种:一种方法是已知母亲为某种精神疾病的患者,例如精神分裂症患者,而将其子女寄养到正常人的家庭,另外将正常母亲生下的子女同样寄养到正常家庭作对照,到发病年龄时比较两组结果。另一种方法是从孤儿院成长的患病者再反向追踪,其亲生父母是否患病率高于未患病的对照组。Hesston(1966)观察47名寄养到正常父母家庭中并且母亲患精神分裂症的子女,并与50名双亲健康的寄养子女作对照,到成年发病时,发现研究组有5人患精神分裂症,而对照组无一人患精神分裂症,说明遗传因素在该病的发生中起着重要作用。

2. 遗传分析研究 遗传分析法有分离分析、关联分析和连锁分析。分离分析是确定家系中是否具有特殊的传递模式,目前不仅可用于单基因,而且也可用于多基因遗传的分析,但分离分析在精神疾病的遗传分析中却很少应用。关联分析是比较两个群体之间某个位点的等位基因的频率情况,这在精神疾病遗传分析中也少有应用。精神科应用最多的是连锁分析。在情感障碍的连锁分析中,来自Amish家系的研究发现11号染色体长臂的遗传标记有连锁,但是未能重复上述结果,大量研究结果认为18号染色体长臂有18q'的连锁,另外报告与21号染色体有连锁,并有重复研究结果可供参考。精神分裂症的连锁研究认为22号(22q)、6号(6p)、8号(8p)有连锁,其中以6p的证据最多。

3. 分子遗传学研究 是遗传基因定位的有效方法,它用限制性内切酶片段长度多态性(RFLP)检测DNA,其识别切割的序列长度可能为4~6或8个碱基对长度。这称内切酶的识别位点,目前已分离出100种以上的内切酶。一个酶切割人类基因组会产生100万个以上不同长度的DNA片段。如对AD的研究曾用此法定位基因于染色体21q、1、19、14,尤其21号染色。因Down氏综合征系21三体,晚发Down氏征与AD的病理改变一样,21q染色体可能存在早发性AD的候选基因,以上研究目前均未得出肯定结论。

(二) 心理因素致病作用的研究

1. 人格特征 有研究认为某些人格特征是风险因素,如孤僻、内倾、怕羞、敏感多疑、思想离奇缺乏逻辑性、好幻想等是患精神分裂症的风险因素之一,有人将这种人格模式称分裂人格。国外有学者发现精神分裂症患者病前有此人格者约为50%~60%。说明有此人格者易患精神分裂症。故有分裂人格者,又有家族史者应特别注意。

2. 心理创伤 心理创伤即是应激原作用于机体发生应激反应,在应激反应的情况下有一系列生物化学的改变。如 ACTH、 β -内啡肽等物质的释放。这些改变破坏了机体内稳定状态,很易使致病基因携带者发病,现在比较公认精神分裂症复发与精神创伤有关,故精神因素是不可忽略的。如一男青年患者的亲姨妈系精神分裂症患者,曾经过住院治疗,此后在“文化大革命”期间发病,出走,遇车祸身亡,患者母亲未发病,父亲无家族史。患者到城郊住读初一,人地生疏,父母因工作忙而对其少有关照。在陌生的环境下患者逐渐因感觉孤独以及经常见不到父母而不高兴,然后感到周围有人议论他、整他。一次邻居看了他一眼,他则欲冲动伤人。由于及时服药,他现在已缓解。这些例子不胜枚举,说明心理创伤可诱发精神疾病。

(三) 社会因素致病作用的研究

1. 家庭环境的影响 研究表明,幼年时期单亲家庭、不圆满家庭、幼年受到忽略、受到虐待,特别是受到性虐待以及由于特殊的原因,如躯体疾病造成在幼年时期与同龄人或与成年人的隔离与沟通障碍等因素,均可以成为成年以后发生许多精神障碍的重要诱因,如成为造成精神分裂症、抑郁障碍(depressive disorder)、双相情感障碍(bipolar affective disorder)、人格障碍(personality disorder)等疾病的发生诱因。英国的 Leff 教授研究的高情感表达(HEE)对精神分裂症复发的影响,就是指患者由于家庭中的压力而发病。高情感表达主要有 5 项:①高度批评指责;②亲属对患者过分的参与(包办代替);③亲属,特别是家庭的主要成员对患者有敌意;④亲属对患者缺乏热情与温暖;⑤对患者很少有肯定的结论。结果发现即使用药维持,在高情感表达(HEE)家庭中精神分裂症复发率还有 51%,而在低情感表达(LEE)家庭仅为 13%,充分说明家庭氛围与促发疾病有显著关系。现在许多意见一致认为精神分裂症复发与心理因素和药物维持治疗时的减药与停药两种因素有关。

2. 家庭经济状况 家庭经济状况与某些精神障碍的发生有关。例如,抑郁障碍容易发生在经济发达的地区中而经济状况处于窘迫状况的群体,对于这部分群体中的家庭主要成员更是如此;而焦虑障碍则更容易发生在经济发达地区或国度中经济状况处于上乘的群体中。

3. 社会竞争和人际关系问题 随着社会竞争日趋激烈、生活节奏的明显加快、人际关系格局的明显改变,构成了某些精神障碍和心理问题的重要原因。如广泛性焦虑、创伤后应激障碍等问题均与这类因素密切相关。

4. 家庭和社会支持系统的影响 所谓家庭和社会支持系统包含了许多具体的因素,如家庭关系的融洽与否、家庭中的情感表达恰当与否、社会劳动保障系统是否相对完善、社会医疗保障机制是否健全等均属于家庭和社会支持系统的重要组成部分。因此,独身、离异、事业、劳动保障系统的缺陷、医疗保障系统的问题均可成为某些精神障碍发生的重要因素,同时也是构成某些精神障碍康复和患者回归社会的重要障碍。如精神分裂症患者的康复和回归社会问题就与上述许多因素密切相关。

(四) 躯体因素在致病中的作用研究

1. 躯体疾病和中枢神经系统疾病的影响 感染、中毒、外伤、缺氧变性等因素直接致病。在患躯体疾病的情况下,伴发精神障碍的可能性明显增加,特别是在个体本身具有某种

精神障碍家族史的情况下更是如此。如某一女性患者,患产后感染性精神障碍,表现为意识欠清,精神运动性兴奋,住院两月余精神症状缓解,意识障碍消失,拟将出院,可在出院的那一天,她突然对医师说听到有人告诉她,本地即将发生大地震,望医师逃避灾难。再追述患者有家族史,患者显然是躯体疾病诱发了精神分裂症。又如在近几年来所观察到的糖尿病患者伴发抑郁和焦虑的情况明显增加,有自杀行为者高出一般人群的3~5倍;高血压患者伴发焦虑症状明显增加等情况均说明这个问题。躯体疾病或神经系统疾病具有明显高于一般人群的某种精神障碍的伴发率的原因大致有以下几种情况:①躯体疾病或中枢神经系统疾病造成中枢神经系统的直接损害,或由于疾病所造成的躯体中毒、缺氧、脑血流动力学的改变等所导致的中枢神经系统功能紊乱,进而导致精神症状或某种精神障碍的发生。因此在精神疾病的分类中有“中枢神经系统疾病所致精神障碍”和“躯体疾病所致精神障碍”等条目;②躯体疾病或中枢神经系统疾病与某些精神障碍互为致病因素,从而致使躯体障碍和精神障碍交互发生和发展,这就是目前所提出的“共病”概念。

2. 年龄因素的影响 年龄因素实际上所指的主要是在不同年龄阶段所带来的躯体生理-心理功能的不同变化给精神障碍的发生所带来的影响。特别是在一些生理-心理变化的敏感时期更是如此,例如老年期,身体情况日衰,常有多种疾病,抵抗力下降,如服用一些中枢神经活性药物很易引起急性谵妄(delirium)状态。此外,老年人年龄每增加5岁则阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)患病率增加一倍、40~60岁患者组中发生慢性脑综合征(chronic brain syndrome)多见、年龄愈大则愈易发生遗忘综合征(amnestic syndrome)等均说明这个问题。

3. 药物和精神活性物质的影响 海洛因、乙醇、中枢兴奋剂(central stimulant)等很易促发精神分裂症、抑郁障碍和双相情感障碍等精神障碍的发生。据统计双相情感障碍有40%与乙醇依赖(alcohol dependence)共病;抑郁障碍常与饮酒有关,有报告50岁以上长期饮酒者有抑郁情绪,饮酒加重抑郁症状,在乙醇的作用下患者常失去自控能力,甚至自杀。因为他们中抑郁障碍特别多,所以乙醇和海洛因依赖者自杀率也特别高。乙醇滥用者中患精神分裂者为1%~33%,如果按前述发生率的高限(33%),是一般人群精神分裂症发生率的30倍左右。这说明乙醇和其他精神活性物质的使用是导致许多精神障碍重要因素。此外,许多类药物的使用均可导致意识障碍、幻觉妄想综合征、抑郁症状、躁狂(vesania)症状等精神症状的出现,常见的药物包括某些类型的抗生素、抗结核药物、类固醇激素、抗癫痫药物、降压药物等。

4. 围产期并发症的影响 在母亲分娩时出现宫内窒息、产伤、感染等情况的个体到青春期或成年后某些精神障碍的发生率提高,表明产期并发症构成今后一生中某些精神障碍发生的重要原因之一。如研究发现精神分裂症的发生就与产期并发症有着密切关系,而这种关系被证实为主要是因为中枢神经系统的损伤所致。

三、目前对精神障碍病因研究的看法

(一) 问题

尽管多年来对精神障碍的病因进行了许多研究,其研究的领域涉及到了生物、心理、社

会非常广泛的领域,也得到了一些值得将来借鉴的非常有意义的结果。但目前存在的问题是:①上述罗列的各种病因之间的关系是什么,是有主次之分还是同样重要?如果有主次之分,那么什么又是某种精神障碍的主要致病因素呢?如果认为以上所列出的可能的病因对于某种精神障碍的发病具有同样重要的意义,那么针对病因治疗该精神障碍又该从何下手呢?②多年来,在以上病因学的研究中结果不尽一致;③上述病因学的研究结果在部分患者中无法重复。以遗传学的研究为例,不是所有具有家族史的个体均患与亲代同样的精神障碍,甚至终生不患任何精神障碍,即使是单卵双生的个体也是如此,而有的精神障碍患者并没有发现家族史;又以精神刺激为例,有的个体经历重大的生活事件,但某种精神障碍并不是其必然结果,相反,有的个体则是在家庭、社会支持系统完整,生活优裕、平静的情况下发生了某种精神障碍,如精神分裂症、抑郁障碍等均有这种情况。此外,所有慢性非感染性疾病的病因学研究均遇到类似的情况。

(二) 目前对于精神障碍病因学研究的思考

1. 多元化的思维模式 一个原因可以导致多个结果,而一个结果可以由多个原因引起。也就是说前面所描述的每一个病因均可以导致不同的临床综合征,如精神因素可能是抑郁障碍发生的原因,也可能是精神分裂症发生的原因;而同样的临床综合征可以由不同的原因引起,如遗传因素和社会环境因素对于导致抑郁症状可能有着同样重要的意义。这种思维模式是对传统的“单元疾病”概念的挑战。单元疾病强调的是具有共同的病因、共同的发病机制、共同的临床表现、共同的治疗途径和共同的转归和预后等。而多元化的思维模式正如以上所说是强调多种因素所导致的共同临床结果,同时强调多种致病因素在产生同一临床综合征中的共同作用或者是相加的作用。正是目前精神病学临床疾病的分类和诊断标准中多使用“精神障碍”而少用“精神疾病”这一词汇的原因之一。按照多元化思维模式,以上所曾经研究过的任何单一因素很难在导致某种精神障碍中单独产生作用,因此以往强调探索某种精神障碍特殊病因的研究方法就值得反思和改进,作为结果,目前临床上对于各种精神障碍的治疗实际上就是针对多种原因所导致的某一特殊结果的治疗,也就是对症治疗。同样,目前在对待所有慢性非感染性疾病的病因学研究的看法以及治疗理念多是基于这种观点。

2. 病因判别的个别化 基于以上所提到的多元化临床思维模式,并且基于以上所描述的病因学研究资料的可靠性可以这样理解,即不同的患者患同样的精神障碍是基于不同的原因,如有的患者出现抑郁障碍可能遗传因素起了重要的作用,而有的患者发病则是基于重大的生活事件,还有的患者可能是多种因素的叠加。基于这种看法,在临床上对于具体患者发生某种精神障碍的原因分析就显得特别重要。因为如果说按照以上平行罗列病因的作法对临床的治疗没有具体帮助,那么对于具体患者产生某种精神障碍的原因作具体的探索则直接和该患者的治疗相关。再以抑郁障碍为例,对于有的患者必须以药物治疗为主,对有的患者则必须同时给予心理治疗,而对另一些患者可能心理治疗会成为主要治疗手段。某 17 岁的男性患者,病程 3 年,主要表现为典型的抑郁综合征,如情感低落、兴趣下降、思维迟钝(thought slowness)、失眠(insomnia)、精力缺乏、成绩下降和自信心不足。由此休学专门接受诊断和治疗。经多名工作经历在 10 年以上的精神专科医师一致诊断为抑郁障碍。3 年来一直接受正规抗抑郁治疗,3 年来足剂量和足疗程使用过多种 SSRI 类药物和 SNRI 类药

物,此后还住院接受电抽搐治疗。但前述治疗基本没有效果,符合目前难治性抑郁障碍的标准。此后,在进一步询问病史的时候发现,患者的认知存在明显偏差,总结起来可以概括为在亲属的影响下,患者对自己的能力以及自己的生活有着不太切合实际的目标,如将自己的成绩始终定位在全年级的前三名。因而使其长期处于过大压力的状态,同时患者兴趣、爱好较少,与人交往较少,与父母的沟通较少。分析认为该患者的病理心理机制应为“原发性获益”,即以某种疾病状态来缓解自己所面临的内心冲突和外界压力。按照以上分析的思路对于患者进行认知治疗,在3个月以后患者重新恢复学习,6个月以后患者在学习重新取得较好成绩,前述抑郁综合征的症状基本消失,同时停止使用任何抗抑郁药物。该案例很好地说明以上问题。病因判别个别化更有利于临床的治疗,由病因判别的个别化所引申出来的问题就是对于患者治疗的个别化。

(三) 精神障碍危险因素的提出

1. “危险因素”提出的意义 上述的各项病因学研究均说明这些因素均与某些精神障碍的发生有关,许多证据已经表明某种精神障碍的发生并非某种单一因素所单独导致的结果,因此将病因学研究所发现的与某种精神障碍发生有关的各种因素罗列为该精神障碍的危险因素比各种病因的平行罗列能够更好地反映出这些因素与相应精神障碍的关系。精神障碍危险因素的提出其意义有以下几个方面:①更充分地反映出所罗列的因素在该精神障碍中的共同作用;②更有利于高危人群地发现,因此有利于精神障碍预防工作的进行;③有利于对具体患者所产生的特定精神障碍原因的甄别和分析,因而就有利于针对特定的案例制定个性化的治疗措施。

2. 抑郁障碍的危险因素 包括:①遗传因素。不同的研究表明,大约有40%~70%的患者具有家族史,因此个体的亲属,特别是一级亲属出现抑郁障碍患者将成为该个体发生抑郁障碍的重要危险因素;②性别因素。研究发现,成年女性发生抑郁障碍的发生率为男性的1.7~2倍,而男性儿童抑郁障碍的发生率则高于女性儿童;③幼年时期的经历,包括父母的离异、双亲丧失、生活在不完满的家庭,被双亲所忽略、幼年时期受虐的经历,特别是受性虐待的经历、幼年时期由于某种特定的原因所造成的与成年人沟通的障碍等情况;④人格偏离正常的情况,特别是具有明显的焦虑人格、强迫人格等人格特征者;⑤婚姻状况不完满者,如离异、丧偶、独身等;⑥重大生活事件的经历;⑦社会经济状况的影响,特别是处在经济发达地区中的贫困群体,其中家庭的主要成员更容易受到影响;⑧存在某种躯体疾病或中枢神经系统疾病;⑨乙醇以及精神活性物质的滥用。

3. 精神分裂症的危险因素 包括:①遗传因素,关于精神分裂症的遗传问题各种专著均有较多的阐述;②中枢神经系统某些部位的损害;③重大生活事件的经历;④围产期并发症的发生,包括产伤、宫内窒息的历史等;⑤中枢神经系统的感染;⑥幼年时期高情感表达的经历。

4. 总结 从精神分裂症和抑郁障碍危险因素的描述中应该得到的启发是,分析一种精神障碍产生的原因应该从生物学、心理和社会多个方面进行综合分析,同时应该落实到对于临床具体病例的认识上;此外,对于各种危险因素在某种精神障碍中所起到的作用以及各个因素之间的关系在临床工作中还需进一步的认识。

(孙学礼)