



普通高等教育“十一五”国家级规划教材

全国高等医药院校教材

(供临床、口腔、法医、预防、护理、妇幼保健等专业用)

# 精神病学

(第2版)

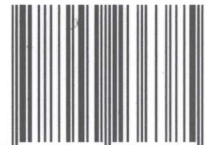
主编 孙学礼



高等教育出版社  
Higher Education Press



ISBN 978-7-04-023638-5



9 787040 236385 >

定价 60.00 元

普通高等教育“十一五”国家级规划教材  
全国高等医药院校教材  
(供临床、口腔、法医、预防、护理、妇幼保健等专业用)

# 精神病学

(第2版)

主 编 孙学礼

副主编 许秀峰 王高华 高成阁

编 者(以姓氏笔画为序)

王 雪(四川大学华西临床医学院)  
王有德(兰州大学第二医院)  
王学义(河北医科大学第一附属医院)  
王高华(武汉大学人民医院)  
邓 红(四川大学华西临床医学院)  
白克镇(泸州医学院附属医院)  
朱金福(新乡医学院)  
衣桂花(青岛大学医学院)  
刘晓加(南方医科大学南方医院)  
许秀峰(昆明医学院第一附属医院)  
孙学礼(四川大学华西临床医学院)  
杜 勇(宁夏医学院精神病学教研室)  
李 进(四川大学华西临床医学院)  
李 静(四川大学华西临床医学院)  
李小麟(四川大学华西临床医学院)  
杨彦春(四川大学华西临床医学院)  
杨德兰(重庆医科大学第一附属医院)  
况伟宏(四川大学华西临床医学院)  
张 伟(四川大学华西临床医学院)  
张 岚(四川大学华西临床医学院)  
张 波(四川大学华西临床医学院)  
季建林(复旦大学精神卫生系)  
高成阁(西安交通大学第一附属医院)  
黄 颐(四川大学华西临床医学院)  
谭庆荣(第四军医大学西京医院)

学术秘书 张波 唐娴 康林



高等教育出版社  
Higher Education Press

## 内容简介

本书是普通高等教育“十一五”国家级规划教材。

本书与其他精神病学教科书比较有如下特点:① 强调对躯体疾病、中枢神经系统疾病、精神活性物质依赖等情况所伴随的精神症状的识别和处理,以利于对即将从事精神病学专业以外的其他医学专业学生的精神病学知识的培养;同时也强调对综合医院非精神专科所常见的抑郁障碍、焦虑障碍、儿童精神卫生问题等涉及公共卫生问题的知识了解;② 为了与医学其他学科接轨,本书一改国内以往精神病学教科书传统的编排方法,删除了“精神病症状学”、“精神疾病治疗学”等专门的章节,而以疾病为主线,结合疾病来描述精神症状和治疗;③ 强调基础训练,在第一篇中对于临床精神病学领域中常用的诊断、治疗技术进行了较为详尽的描述;④ 在疾病的描写中,加入了实际案例,便于学生加深对基本概念和疾病的理解。

本书可供5、7、8年制临床医学,口腔医学,法医学,预防医学和妇幼保健等专业使用。

## 图书在版编目(CIP)数据

精神病学/孙学礼主编. —2版. —北京:高等教育出版社,2008.4

ISBN 978-7-04-023638-5

I. 精… II. 孙… III. 精神病学-医学院校-教材  
IV. R749

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第029247号

策划编辑 席雁 责任编辑 孙葵葵 封面设计 张楠 责任绘图 宗小梅  
版式设计 王莹 责任校对 王超 责任印制 毛斯璐

---

出版发行	高等教育出版社	购书热线	010-58581118
社 址	北京市西城区德外大街4号	免费咨询	800-810-0598
邮政编码	100011	网 址	<a href="http://www.hep.edu.cn">http://www.hep.edu.cn</a>
总 机	010-58581000		<a href="http://www.hep.com.cn">http://www.hep.com.cn</a>
		网上订购	<a href="http://www.landaco.com">http://www.landaco.com</a>
经 销	蓝色畅想图书发行有限公司		<a href="http://www.landaco.com.cn">http://www.landaco.com.cn</a>
印 刷	北京嘉实印刷有限公司印刷	畅想教育	<a href="http://www.widedu.com">http://www.widedu.com</a>
		版 次	2003年2月第1版 2008年4月第2版
开 本	787×1092 1/16	印 次	2008年4月第1次印刷
印 张	39	定 价	60.00元
字 数	1 000 000		

---

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

物料号 23638-00

# 前 言

随着全球疾病谱和疾病负担的变化,精神疾病和精神卫生问题已经成为 21 世纪人类所面临的主要健康问题之一。根据 20 世纪 90 年代至今的多次调查表明,中国疾病谱的变化和全球疾病谱变化的趋势一致。目前,中国的精神疾病总负担已因占整个疾病负担的五分之一而居第一位,随着时间的推移,这种趋势会更加突出。这是整个医学界所面临的医疗与保健的新问题。通过医学教育,加强精神卫生知识的培训,改变医学生的医学知识结构是应对这种趋势的重要环节。

本书是以医学生为对象的精神病学教科书,与以往的教科书比较有如下特点:① 强调对即将从事精神病学专业以外的其他医学专业学生的精神病学知识的培养,因此本书特别强调对躯体疾病、中枢神经系统疾病、精神活性物质依赖等情况所伴随的精神症状的识别和处理,同时也强调对综合医院非精神专科所常见的抑郁障碍、焦虑障碍、儿童精神卫生问题等涉及公共卫生问题的知识了解;② 为了与医学其他学科接轨,本书一改国内以往精神病学教科书传统的编排方法,删除了“精神病症状学”、“精神疾病治疗学”等专门的章节,而以疾病为主线,结合疾病来描述精神症状和治疗;③ 为了保持学科的完整性和学生对精神病学较为全面的了解,主张 5、7、8 年制医学生使用相同的教材,对不同层次学生的具体要求,可以通过制定不同的教学大纲来完成;④ 强调学生的基础训练,在第一篇中对于临床精神病学领域中常用的诊断、治疗技术进行了较为详尽的描述;⑤ 在对各个疾病的描写中,强调联系实际,因而加入了许多实际案例,便于学生加深对基本概念和疾病的理解。

总之,作者希望本书能够对于国内的精神病学教学改革和临床实践有所帮助。该书肯定存在有不少不尽如人意之处,希望使用本书的老师和学生提出意见。

孙学礼

2007 年 9 月于成都

# 目 录

## 第一篇 总 论

第一章 绪论 .....	2	原则 .....	98
第一节 精神病学相关的概念 .....	2	第二节 精神药物的分类和一般应用	
第二节 中国精神疾病负担 .....	5	原则 .....	101
第三节 精神病学与临床其他学科的联系 .....	6	第三节 电休克治疗 .....	110
第四节 精神障碍的危险因素 .....	8	第四节 心理治疗 .....	117
第五节 精神活动的生物学基础 .....	13	第五节 心理社会康复原则 .....	123
第六节 精神病学的任务和发展方向 .....	23	第四章 精神障碍与法律问题 .....	125
第二章 精神障碍的分类和标准化诊断 .....	26	第一节 概述 .....	125
第一节 精神障碍的分类和诊断标准 .....	26	第二节 精神科临床实践中的法律问题 .....	125
第二节 精神科的基本技能 .....	69	第三节 精神残疾的评估 .....	130
第三节 精神科辅助诊断技术 .....	92	第四节 精神障碍患者的法律能力 .....	131
第三章 精神科相关的治疗技术 .....	98	第五节 精神损伤的评定 .....	142
第一节 精神障碍治疗方案制订的一般		第六节 儿童司法精神病学 .....	145
原则 .....		第七节 关于法医精神病学鉴定专家	
		问题 .....	146

## 第二篇 成人精神障碍

第五章 中枢神经系统疾病所致精神障碍 .....	150	第七章 精神活性物质所致精神障碍 .....	203
第一节 概述 .....	150	第一节 概述 .....	203
第二节 脑变性疾病所致精神障碍 .....	162	第二节 酒精所致精神障碍 .....	208
第三节 脑血管疾病伴发的精神障碍 .....	170	第三节 阿片类物质所致精神障碍 .....	221
第四节 癫痫性精神障碍 .....	174	第四节 苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍 .....	229
第五节 颅内肿瘤所致精神障碍 .....	179	第五节 可卡因所致精神障碍 .....	235
第六节 颅内感染所致精神障碍 .....	183	第六节 致幻剂所致精神障碍 .....	238
第七节 颅脑损伤所致精神障碍 .....	186	第七节 挥发性有机溶剂所致精神障碍 .....	240
第六章 躯体疾病所致精神障碍 .....	191	第八节 抗焦虑药和催眠药滥用 .....	242
第一节 概述 .....	191	第九节 烟草依赖所致精神障碍 .....	243
第二节 躯体感染所致精神障碍 .....	192	第八章 非依赖性物质所致精神障碍 .....	246
第三节 内脏器官疾病所致精神障碍 .....	194	第一节 概述 .....	246
第四节 内分泌疾病和代谢性疾病所致精神障碍 .....	196	第二节 有机化合物所致精神障碍 .....	246
第五节 系统性红斑狼疮所致精神障碍 .....	201	第三节 一氧化碳中毒所致精神障碍 .....	252
		第四节 重金属及其他化学物质所致精神障碍 .....	254

第五节 医用药物所致精神障碍 .....	261	第二节 躯体化障碍 .....	407
第六节 植物性食物所致精神障碍 .....	265	第三节 疑病症 .....	410
<b>第九章 精神分裂症</b> .....	267	第四节 持续性躯体形式疼痛障碍 .....	414
第一节 概述 .....	267	第五节 躯体形式的自主神经功能紊乱 .....	417
第二节 临床表现 .....	269	<b>第十五章 应激相关精神障碍</b> .....	419
第三节 诊断和鉴别诊断 .....	282	第一节 概述 .....	419
第四节 治疗及预后 .....	284	第二节 急性应激障碍 .....	421
第五节 发病机制及危险因素 .....	292	第三节 创伤后应激障碍 .....	423
<b>第十章 心境障碍</b> .....	295	第四节 适应障碍 .....	426
第一节 概述 .....	295	第五节 应激相关精神障碍的病因和发病 机制研究 .....	429
第二节 临床表现 .....	298	<b>第十六章 心理生理障碍</b> .....	431
第三节 诊断和鉴别诊断 .....	307	第一节 进食障碍 .....	431
第四节 治疗及预后 .....	311	第二节 睡眠与觉醒障碍 .....	443
第五节 特殊人群的心境障碍 .....	325	[附录一] 睡眠与觉醒障碍分类 .....	457
第六节 心境障碍的病因和发病机制研究 概况 .....	329	[附录二] 匹兹堡睡眠质量指数(PSQI) .....	459
第七节 自杀 .....	344	<b>第十七章 人格障碍</b> .....	461
<b>第十一章 神经症</b> .....	353	第一节 人格的概念及人格障碍概述 .....	461
第一节 概述 .....	353	第二节 临床表现 .....	463
第二节 神经症的共同特征和分类 .....	355	第三节 诊断和鉴别诊断 .....	466
<b>第十二章 焦虑障碍</b> .....	357	第四节 治疗及预后 .....	469
第一节 概述 .....	357	第五节 危险因素研究 .....	469
第二节 惊恐障碍 .....	359	<b>第十八章 性心理及性功能障碍</b> .....	471
第三节 广泛性焦虑障碍 .....	363	第一节 性心理障碍 .....	471
第四节 强迫障碍 .....	366	第二节 性功能障碍 .....	490
第五节 恐怖症 .....	373	<b>第十九章 精神障碍的护理与康复</b> .....	503
第六节 焦虑障碍的治疗 .....	378	第一节 概述 .....	503
<b>第十三章 分离(转换)性障碍</b> .....	389	第二节 精神科护理的基本理论 .....	504
第一节 概念的演变 .....	389	第三节 精神疾病的护理观察与记录 .....	508
第二节 分离性障碍 .....	392	第四节 精神科基础护理 .....	510
第三节 分离性运动和感觉障碍 .....	396	第五节 精神疾病患者危急状态的防范与 护理 .....	512
第四节 分离(转换)性障碍的其他形式 .....	401	第六节 精神疾病患者的组织与管理 .....	515
第五节 分离(转换)性障碍的特殊形式 .....	403	第七节 精神疾病的康复与护理 .....	516
<b>第十四章 躯体形式障碍</b> .....	404		
第一节 概述 .....	404		

### 第三篇 儿童、青春期及老年期精神障碍

<b>第二十章 儿童及青春期精神障碍</b>		第二节 对儿童及青春期精神障碍诊断和 治疗的特殊技能 .....	521
概述 .....	520	<b>第二十一章 婴幼儿常见精神障碍</b> .....	526
第一节 儿童精神病学的特点 .....	520		

第一节 依恋障碍 .....	526	第三节 儿童焦虑障碍 .....	557
第二节 喂养和进食障碍 .....	527	第四节 儿童情感障碍 .....	563
第三节 排泄障碍 .....	528	第五节 起病于儿童期的精神分裂症 .....	570
第四节 精神发育迟滞 .....	531	<b>第二十三章 老年精神病学概要 .....</b>	<b>573</b>
第五节 言语及语言障碍 .....	535	第一节 心理的正常老年化过程 .....	573
第六节 弥漫性发育障碍 .....	538	第二节 老年期精神障碍的流行病学 .....	576
<b>第二十二章 6~18岁儿童青少年常见</b>		第三节 老年神经心理测验与评估 .....	579
<b>精神障碍</b> .....	543	第四节 老年期精神障碍的分类和诊断 .....	589
第一节 学习障碍 .....	543	第五节 老年期精神障碍的治疗学 .....	595
第二节 注意缺陷多动障碍与品行障碍 .....	547	第六节 老年心理卫生服务 .....	598
<b>参考文献</b> .....	601		
<b>汉英名词对照</b> .....	604		



# 全 卷 章 一 第

## 第一篇

本书是作者根据多年从事心理实验研究工作的经验，结合心理学理论，对心理实验研究的方法、步骤、注意事项等进行了系统的总结和概括。全书共分三篇，第一篇为总论，第二篇为心理实验的方法，第三篇为心理实验的注意事项。

## 总 论

**我所遵循的而且已经为一切精神科学开始采用的近代方法，不过是把人类的事业……看作事实和产品，指出它们的特征，探求它们的原因。**

——斯宾塞

——丹纳

### 论精神科学实验的总论

#### 一、实验的总论

实验是科学研究的重要方法，也是心理学研究的重要手段。实验法的基本原理是：在控制条件下，人为地引起某种心理现象，并观察其结果。实验法可以分为自然实验和实验室实验两种。自然实验是在自然条件下进行的，实验室实验是在实验室中进行的。实验法的特点是：主动性强、控制性强、可重复性强、可量化性强。实验法在心理学研究中的应用非常广泛，如：学习、记忆、思维、情绪、人格、社会心理等。实验法的研究成果对心理学理论的发展起到了重要的推动作用。实验法的研究成果也可以应用于实际生活，如：教育、管理、临床心理等。实验法的研究成果也可以应用于其他学科，如：医学、社会学、政治学等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：艺术、体育、军事等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：法律、经济、环境等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：哲学、宗教、文学等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：历史、地理、生物等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：化学、物理、数学等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：音乐、舞蹈、戏剧等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：电影、电视、广播等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：网络、计算机、人工智能等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：航天、航海、航空等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：农业、林业、畜牧业等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：渔业、林业、畜牧业等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：工业、制造业、服务业等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：能源、环保、安全等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：交通、通信、金融等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：法律、政治、外交等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：军事、国防、国家安全等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：外交、国际关系、全球治理等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：文化、教育、科技等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：艺术、体育、娱乐等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：健康、医疗、保健等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：环境、生态、可持续发展等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：社会、民生、公共事务等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：法律、政治、外交等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：军事、国防、国家安全等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：外交、国际关系、全球治理等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：文化、教育、科技等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：艺术、体育、娱乐等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：健康、医疗、保健等。实验法的研究成果也可以应用于其他领域，如：环境、生态、可持续发展等。实验法的研究成果也可以应用于其他方面，如：社会、民生、公共事务等。

# 第一章 绪 论

第一章

精神卫生是一个涉及内容非常广泛的领域,精神病学是其中的一个重要的组成部分。随着现代医学的发展,精神病学的研究领域逐渐扩展,逐渐形成了完整的学科体系。得益于联络-会诊精神病学的快速发展,以及对精神疾病给个体和社会造成的重大负担已达成共识,促使人们对于相关医学分支学科中的精神病学问题日益重视。其他医学研究领域的新发现和新技术越来越多地被应用于精神病学的研究中,加深了人们对精神病学的认识,为开展精神疾病的预防、治疗和康复提供了大量的理论依据。但是,不可否认,精神病学在发展过程中尚且面临许多亟待解决的问题,如何促进大众精神健康知识的普及,揭示精神疾病的发病机制,寻找更有效、更安全的治疗药物,发现其他的有效治疗和康复手段等,是精神病学未来发展的方向和精神病学研究者的神圣使命。

## 第一节 精神病学相关的概念

### 一、精神病学的概念

精神病学(psychiatry)系医学的重要组成部分,是主要研究精神疾病或精神障碍的病因、发病机制、临床症状、病程转归、诊断治疗以及防治的临床医学科学。与内科学、外科学等临床医学学科一样,精神病学属于医学的二级学科之一,按照研究对象、研究领域以及研究方法等方面的不同,精神病学又包括了许多三级学科和特殊的研究领域。研究精神疾病或精神障碍的临床诊断以及临床治疗技能的领域,称为临床精神病学(clinical psychiatry);利用分子生物学、影像学、电生理、生物化学等技术来研究精神障碍或精神疾病的病因、病理生理机制以及实验诊断标准等,称为生物精神病学(biological psychiatry);研究精神疾病或精神障碍在老年期的特殊表现以及老年期特殊的精神障碍及精神卫生问题的领域,称为老年精神病学(psychiatry in senile people);研究精神疾病在儿童及青少年期的特殊表现以及在此时期所发生的特殊精神疾病及精神卫生问题的学科,称为儿童精神病学(children psychiatry);涉及对非精神专科医生的精神病学知识教育,以及研究和解决内科疾病、外科疾病中所出现的精神疾病以及精神卫生问题的领域,称为联络-会诊精神病学(consultation-liaison psychiatry);研究精神病学在司法过程中应用的领域,称为司法精神病学(forensic psychiatry);涉及研究个体所处的社会文化环境对于精神疾病或精神障碍发生、发展、转归、预后的影响以及个体行为问题的领域,称为社会精神病学(social psychiatry);涉及研究精神药物的分类以及对精神疾病和行为问题的作用机制、作用效果等的领域称为精神药理学(psychopharmacology)。随着社会的需要、对于精神疾病认识水平的提高以及精神病学学科的发展,涉及精神病学学科的分支将还会增加或融合或重新整合。此外,由于任何疾病的发生、发展以及治疗、预后等方面,不仅仅涉及个体所生长的自然环境以及生物学方面的问题,同时也必然会涉及个体所生存的社会环境,而在治疗精神疾病更是如此,因此临床心理学是与精神病学关系最为密切的学科。讨论精神病学,离不开精神卫生的问题,这是因为精神卫生与精神疾病的发生、临床表现、治疗、预后及预防等方面均有密切的关系,因此本书将要介绍的内容

实际上是精神病学及精神卫生学方面的内容。

## 二、精神障碍的概念及其相关问题

### 【典型病例】

患者,某男,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,患者逐步出现与人说话紧张,以至于后来在别人面前语无伦次,不能表达自己的意图和传递自己需要传递的信息。近2周来,除了在别人面前不能正常表达自己的意图以外,还进一步出现听不见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处看影视作品,或阅读,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。患者对自己的状况非常担心,盼望早日明确诊断和及时治疗。

### (一) 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、手抖等自主神经功能紊乱的症状;三是对于一些活动的回避,例如因为怕病情发作而不敢出门,因为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,则称为“社交焦虑”。

### (二) 关于精神障碍的概念问题

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、社会等方面的因素)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,一方面是人的三个心理过程,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。另一方面就是人的人格。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,因此,该案例属于精神障碍的范畴,该患者属于精神障碍。在此,有必要同时提出与之相关的一些概念。

1. 精神病 精神病(psychosis)这一概念是指在认知、情感、意志和行为等方面有明显障碍,致使患者歪曲地反映现实,不能适应正常的生活;具有危害自身和社会的行为者,临床上又称重性精神障碍。这类患者一般不能正确认识自身疾病,缺乏现实批判能力。曾因为原因不明,目前尚无明确的脑形态学改变,因而将它与精神分裂症等同起来,也有内因性精神病(endogenic psychosis)之称。国外一些专家、学者认为,精神病应包括脑器质性精神障碍综合征和功能性精神病(functional psychosis),而功能性精神病又包括精神分裂症、心境障碍、偏执性精神障碍、精神病性抑郁障碍等。

2. 精神疾病 在精神病学领域中最常用英语“mental illness”来描述精神疾病,而很少用“mental disease”,因为“disease”常指生理的障碍,而不指心理障碍,从翻译角度二者可同称为精神疾病。目前也有人提出精神疾病这一词汇应被精神障碍(mental disorder)所取代,因为该概念的内涵与外延均与精神障碍相似。而由于临床实践中,特别是国内临床实践中过去更习惯使用“精神疾病”,因此了解这一概念目前仍有必要。

3. 精神卫生 精神卫生(mental health)是一个涉及内容非常广泛的领域。对于一般人群来说,精神卫生涉及个体的准确的自我评价,个体的工作能力、个体的社交能力、个体与他人保持亲密关系的能力、个体对于环境,特别是社会环境的适应能力,个体的愉快体验以及个体的生活质量等多方面的问题。精神卫生工作就是采取各种行之有效的方法来保障和促进个体的心理健康。而对于精神疾病患者来说,由于存在着上述某方面的缺陷,因此精神卫生就意味着采取各种方式使以上情况得以恢复。此外,从预防医学的角度上讲,精神卫生涉及各类精神障碍的预防,从而减少各类心理和行为障碍的发生。在某种意义上,精神卫生是除了精神病学领域以外的整个医学领域均应该密切注意的问题。

### (三) 精神状态正常与否的判断标准

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。

1. 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每分钟60~100次,因而当某个个体的心率高于每分钟100次时便称之为“窦性心动过速”,而低于每分钟60次则称之为“窦性心动过缓”。判断精神障碍的标准是同样的道理,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%。

2. 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、情感和行为的反应是具有非常大的差别的。社会标准至少包括习惯性标准、文化标准和伦理道德标准等方面的内容。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不同的伦理道德标准问题。

3. 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,异常情况的出现频率是十分重要的,偶然的异常可以出现在

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,但单一的腹痛决不足以诊断阑尾炎,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。以上情况首先说明,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且更具有临床意义;其次是说明,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、自主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 中国精神疾病负担

1993年世界卫生组织(WHO)等开展全球疾病负担(global burden of disease,GBD)问题的研究,在研究中应用伤残调整生命年(disability adjusted of life years,DALYS)的减少作为衡量单位,认为1990年全球疾病负担前5位的疾病为下呼吸道感染、围生期疾病、腹泻、艾滋病(AIDS)和抑郁障碍,提示精神疾病中的抑郁障碍,已经排位到第5位。15~44岁年龄组疾病负担排序前10位中有5种疾病为精神疾病,它们分别是抑郁障碍、自杀和自伤、双相情感障碍、精神分裂症、酒精和药物依赖。在全球的疾病负担中,精神疾病负担占总疾病负担的1/5。据WHO公布的1998年度调查资料显示,中国精神疾病负担已接近或超过某些发达国家。

中国精神疾病负担仍以DALYS的减少为衡量单位排序,以1990、1998、2020年为例,顺序依次为抑郁障碍(单相)、自杀和自伤、双相情感障碍、精神分裂症、强迫障碍、老年性痴呆、酒精中毒等。这些疾病均为精神病学领域内研究的重点,也是精神病学教学的重点。从全球疾病负担来看,精神疾病的负担已在全球疾病负担的前10位中占有5位,因此精神病学的医学教学应该得到应有的重视,尤其是对发病率高和致残率高的抑郁障碍、精神分裂症等疾病。

WHO的总干事在中国-WHO精神卫生高层研讨会上,引用全球疾病负担资料指出,中国精神疾病中,最重的是抑郁障碍和自杀、精神分裂症、癫痫、精神发育迟滞和老年性痴呆,与全球的情况大致一致。为此WHO发起了“全世界防止抑郁、自杀、精神分裂症、癫痫”的运动。

(孙学礼)

### 第三节 精神病学与临床其他学科的联系

#### 【典型病例】

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 mmol/L,餐后2 h血糖为13.5,糖化血红蛋白指数为10.5,临床诊断为糖尿病,下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴检查发现,早晨8:00时的血浆皮质醇640 nmol/L,ACTH 120 ng/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。主要用药为二甲双胍1 000~2 000 mg/d,连续用药2个月,效果不理想,主要是体现在FPG和餐后2 h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糖尿病(diabetes mellitus)的治疗模式,同时给予阿普唑仑(alprazolam)2.4 mg/d以及赛乐特(paroxetine)30 mg/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周后医生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。

#### 【案例分析】

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%左右,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有正相关的关系。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。

从更深入的层面来看问题,首先应该试图去弄清楚的就是,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享着某些致病因素。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-羟色胺(5-HT)和去甲肾上腺素(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下降,导致这些区域神经元树突和胞体萎缩,从而产生认知功能障碍并出现焦虑、抑郁症状。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方面。目前在临床上使用的许多类型的抗抑郁剂,如选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)、5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs)均有抑制 HPA 轴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)、冠状动脉硬化性心脏病(coronary heart disease,简称冠心病)、消化性溃疡(peptic ulcer)、甲状腺功能亢进症(hyperthyroidism,简称甲亢)、甲状腺功能减退症(hypothyroidism,简称甲减)等疾病中也得到证实。精神问题与躯体疾病或神经系统疾病的联系总结起来有以下四种情况:一是躯体疾病或神经系统疾病与精神疾病共同存在,在临床的诊断与治疗中应该分别加以注意;二是某种躯体疾病或神经系统疾病的长期存在作为某种精神疾病的危险因素,促进某种精神疾病的发生或促进某类精神异常的出现,如脑血管疾病的存在可以成为抑郁障碍发生的重要危险因素;三是某种精神疾病的存在成为某种躯体疾病或中枢神经系统疾病发生的重要危险因素,如焦虑障碍的存在成为高血压发生的重要危险因素已经被证实;四是某些躯体疾病的临床表现特征本身就包含了躯体症状和精神症状两个方面,如甲亢所表现的易激惹以及甲减所表现出来的抑郁综合征均是这方面的例子。而以上所列举的四种情况相互交叉,不能截然分开。本节的案例就是最好的说明。

在临床实践中,以上问题是一个普遍存在的问题。据四川大学华西医院 2004 年的统计,在内科住院患者 417 例中,发现符合 CCMD-2-R 和 ICD-10 诊断标准的抑郁障碍患者占总调查人数的 3.4% 和 3.6%,而内科医生对其识别率只占 10.15%。从医学模式的转变观点出发,许多躯体疾病的患者由于对疾病缺乏认识,就会产生一系列的心理负担,如恐惧、焦虑和抑郁,这些心理障碍反过来又会影响躯体疾病的康复。相反,精神疾病也可以伴发躯体疾病,如有报道精神分裂症患者患躯体疾病的几率大于正常对照组 3~4 倍。所以精神病学与临床各学科联系相当密切,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 充分考虑到患者的文化背景;③ 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。

## 第四节 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,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。研究的领域涉及了非常宽泛的范围,并取得了一些成就。

### 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 有三种方法,包括:① 家系研究,可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%。又如抑郁障碍(depression)患者一级亲属的患病率高出一般人群30倍,患抑郁障碍的患者有抑郁障碍家族史的大约为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%;父母双方均患病,则子女患病几率可高达50%~70%。从家系研究中发现,血缘愈近,患病率愈高。② 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,从同病率看就可能低得多,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之后再科学地随访观察。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生期伴发症有关。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%;抑郁障碍的同病率,单卵双生子为69%~95%,而异卵双生子为12%~38%。虽然多家报道的结果不一致,但较为肯定的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年)观察47名寄养到正常父母家庭中并有患精神分裂症母亲的子女,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。分离分析系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,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,对来自 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,另外报道与 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,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,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。如对阿尔茨海默病(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 综合征系 21 三体,晚发 Down 综合征与 AD 的病理改变一样,21q 染色体可能是早发性 AD 的候选基因,以上研究目前均未作肯定结论。

## (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、内向、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,又有家族史者应特别注意。

2. 心理创伤 即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、 $\beta$ -内啡肽等物质的释放。这些改变破坏了机体的内稳定状态,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,故心理因素是不可忽略的。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、不完美家庭,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,均可能成为成年以后发生许多精神障碍的重要原因,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)等疾病的发生原因。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的经济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家中经济状况处于上乘的群体中。