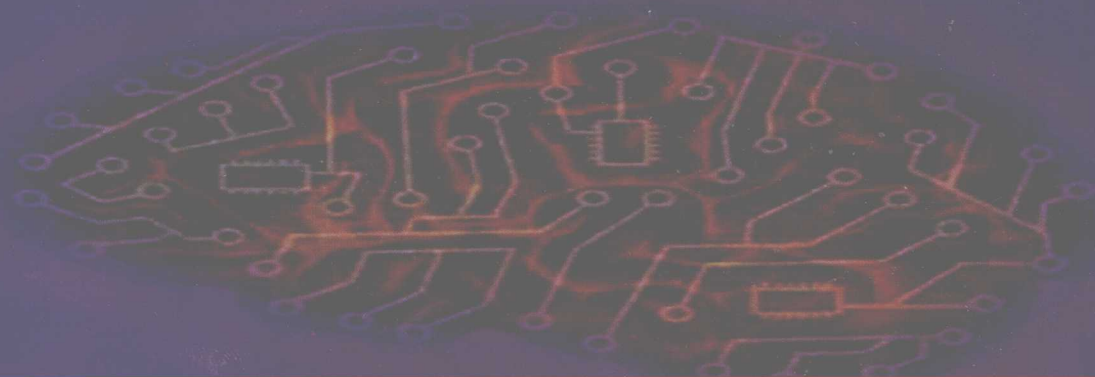


# 临床应用精神病学

高树河 主编



黑龙江科学技术出版社

# 临床应用精神病学

高树河 主编

黑龙江科学技术出版社

中国·哈尔滨

-----  
图书在版编目 (CIP) 数据

临床应用精神病学/高树河主编. —哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2008.2  
ISBN 978-7-5388-5702-3

I. 临... II. 高... III. 精神病—防治  
IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 022653 号  
-----

责任编辑 关士军  
封面设计 华颖

临床应用精神病学

LINCHUANG YINGYONG JINGSHENBINGXUE

高树河 主编

---

出版 黑龙江科学技术出版社

(150001 哈尔滨市南岗区建设街 41 号)

电话 (0451) 53642106 电传 53642143 (发行部)

印刷 哈尔滨市龙会科技彩印厂

发行 黑龙江科学技术出版社

开本 889×1194 1/16

印张 53

字数 1 508 000

版次 2008 年 5 月第 1 版·2008 年 5 月第 1 次印刷

印数 1-1 000

书号 ISBN 978-7-5388-5702-3/R·1449

定价 98.00 元

## 《临床应用精神病学》编委会

主 编 高树河

副主编 马连华 崔吉俊\* 彭龙颜 赵希武

本书编著人员 (以章节先后为序)

张树龙	于希洋	陈云辉**	刘淑华
谭余龙	李 平**	张 伟	李如玉
赵艳红	李淑华	王锐成	姜晓岩
孙大伟	李荣义***	刘志服	王井泉
任 凯	高树河	董 健	王晓飞
苑家金****	徐富玲	崔吉俊*	肖湘桥***
张 宇	张海燕*****	卜力强****	张仲霞
冯士娟	史丽芝	马连华	马俊国
单义辉	侯召香	徐 敏	徐 蕾
付丽松	彭龙颜	赵希武	富 兵
丁玉新	宋咏霞	赵丽萍	高建勋****
刘淑欣	张瑞华	杜淑艳	张忠山***
王 丹*****	陈 强*****		

注：\* 著者单位：胜利石油管理局胜利医院；\*\* 著者单位：齐齐哈尔医学院精神卫生系；\*\*\* 著者单位：黑龙江省牡丹江市精神病防治院；\*\*\*\* 著者单位：黑龙江省公安厅安康医院；\*\*\*\*\* 著者单位：哈尔滨市普宁医院；其余著者单位均为黑龙江省大庆市第三医院（大庆市精神卫生中心）。

## 前 言

《临床应用精神病学》一书，是在我们经过八年的精神医学临床教学实践后编写的，书中有编写者自己的学习体会，同时也征集了很多意见和建议，为了满足精神医学临床教学工作的需要，我们对本书多次进行了修改，可作为精神医学临床本科教学的参考书，本书也适合于医学本科生、精神科医生、病人及家属阅读。

全书共分四个部分内容，一是总论部分，主要介绍本学科的一般基础知识，让读者对这个学科有一个全貌的、概括的、整体性的认识，对知识的重点及记忆易混部分编写了《歌诀》，便于初学者的记忆；二是各论部分，介绍了各类精神障碍的病因、发病机制、临床表现、诊断、治疗以及预后等知识。重点介绍了常见病、多发病；三是实践部分，介绍了精神科急诊、临床相关知识专题、常见精神障碍治疗的规范化程序、医学论文写作的基本知识，以及临床教学和精神药物少见的不良反应病例等。安排这部分内容，旨在提高和培养初学者的专业诊断思维方法和实践能力；四是习题集，这部分是为学生考试能抓住重点以及临床医生检验自己学习水平而安排的。在编写过程中，疾病诊断多采用了CCMD-3的术语名称，同时参考国内外近几年出版的书籍和相关文献，以取长补短。力求内容简练、新颖、全面、准确、实用，文字流畅，通俗易懂。但由于学术观点的不同，可能存在分歧意见，仅供参考。

由于我们的水平有限，书中难免会有疏漏之处，在此希望读者给予批评指正，以利今后改进完善。

编 者  
2008年3月

# 目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 精神病学概述	(1)
第二节 精神病学的分支	(2)
第三节 精神病学发展概况	(2)
第四节 脑与精神活动	(11)
第二章 精神障碍的病因及分类	(15)
第一节 精神障碍的病因	(15)
第二节 精神障碍的分类	(17)
第三章 精神障碍的症状学	(32)
第一节 概述	(32)
第二节 常见的精神症状	(33)
第三节 精神障碍综合征	(55)
第四章 精神障碍的检查与诊断	(58)
第一节 病史的采集	(58)
第二节 精神检查	(60)
第三节 物理及实验室检查	(63)
第四节 特殊检查	(63)
第五节 精神障碍的诊断	(74)
第六节 病历书写规范	(78)
第五章 心理测量在精神卫生领域中的应用	(93)
第一节 概述	(93)
第二节 临床心理测量	(94)
第三节 人格测量	(111)
第四节 认知活动的测量	(124)
第五节 与应激有关的心理测量方法	(126)
第六节 流行病学调查常用筛选表	(128)
第六章 心理治疗	(131)
第一节 心理治疗概述	(131)
第二节 精神分析及分析性心理治疗	(134)
第三节 认知治疗	(139)
第四节 森田疗法	(144)
第五节 行为治疗	(150)
第六节 支持性心理治疗	(155)
第七节 家庭治疗	(159)
第八节 心理咨询	(166)
第七章 精神药物治疗及其他治疗	(172)
第一节 概述	(172)
第二节 精神障碍的药物治疗	(173)

第三节	电抽搐治疗	(198)
第四节	胰岛素治疗	(200)
第五节	中医药治疗	(204)
第六节	内分泌治疗	(209)
第七节	人工冬眠治疗	(210)
第八节	精神外科治疗	(212)
第九节	难治性抑郁症的治疗	(213)
第十节	难治性精神分裂症的治疗	(214)
<b>第八章</b>	<b>脑器质性精神障碍</b>	(216)
第一节	总论	(216)
第二节	阿尔茨海默病	(220)
第三节	额叶痴呆和皮克病	(226)
第四节	克-雅氏病	(227)
第五节	亨廷顿病	(229)
第六节	肝豆状核变性所致精神障碍	(230)
第七节	帕金森病	(232)
第八节	脑血管病所致精神障碍	(234)
第九节	多发性硬化所致精神障碍	(241)
第十节	病毒性脑炎所致精神障碍	(244)
第十一节	流行性乙型脑炎所致精神障碍	(248)
第十二节	流行性甲型脑炎所致精神障碍	(249)
第十三节	结核性脑膜炎所致精神障碍	(250)
第十四节	麻痹性痴呆	(250)
第十五节	颅脑损伤所致精神障碍	(252)
第十六节	颅内肿瘤所致精神障碍	(255)
第十七节	癫痫所致精神障碍	(258)
<b>第九章</b>	<b>躯体疾病所致精神障碍</b>	(266)
第一节	概述	(266)
第二节	躯体感染所致精神障碍	(268)
第三节	内脏器官疾病所致精神障碍	(272)
第四节	内分泌疾病所致精神障碍	(274)
第五节	结缔组织疾病所致精神障碍	(277)
第六节	血液系统疾病所致精神障碍	(279)
<b>第十章</b>	<b>精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍</b>	(281)
第一节	总论	(281)
第二节	阿片类物质所致精神障碍	(283)
第三节	镇静催眠药或抗焦虑药所致精神障碍	(285)
第四节	兴奋剂所致精神障碍	(286)
第五节	酒精所致精神障碍	(286)
第六节	医用药物所致精神障碍	(290)
第七节	一氧化碳所致精神障碍	(291)
第八节	有机化合物所致精神障碍	(292)
<b>第十一章</b>	<b>精神分裂症和其他精神病性障碍</b>	(295)

第一节	精神分裂症	(295)
第二节	偏执性精神障碍	(310)
第三节	急性短暂性精神病性障碍	(311)
第四节	感应性精神障碍	(313)
第五节	分裂情感性精神病	(314)
第六节	周期性精神病	(316)
<b>第十二章</b>	<b>心境障碍</b>	(318)
第一节	概述	(318)
第二节	流行病学	(318)
第三节	危险因素与发病机制	(319)
第四节	临床表现与状态	(324)
第五节	诊断标准	(327)
第六节	鉴别	(334)
第七节	治疗	(336)
第八节	病程与预后	(341)
<b>第十三章</b>	<b>癔症和应激相关障碍</b>	(342)
第一节	癔症	(342)
第二节	应激相关障碍	(348)
<b>第十四章</b>	<b>与文化相关的精神障碍</b>	(355)
第一节	气功所致精神障碍	(355)
第二节	巫术所致精神障碍	(357)
第三节	恐缩症	(360)
<b>第十五章</b>	<b>神经症</b>	(363)
第一节	概述	(363)
第二节	焦虑症	(369)
第三节	恐惧症	(371)
第四节	强迫症	(374)
第五节	躯体形式障碍	(379)
第六节	神经衰弱	(383)
<b>第十六章</b>	<b>心理因素相关的生理障碍</b>	(387)
第一节	进食障碍	(387)
第二节	非器质性睡眠障碍	(393)
第三节	非器质性性功能障碍	(398)
<b>第十七章</b>	<b>人格障碍、习惯与冲动控制障碍及性心理障碍</b>	(403)
第一节	人格障碍	(403)
第二节	习惯与冲动控制障碍	(415)
第三节	性心理障碍	(418)
<b>第十八章</b>	<b>儿童少年期精神障碍</b>	(426)
第一节	儿童精神病学发展概况及儿童心理生理发育过程	(426)
第二节	儿童广泛性发育障碍	(429)
第三节	儿童特殊发育障碍	(436)
第四节	儿童期情绪与行为障碍	(439)
第五节	儿童器质性精神障碍	(460)



第六节	儿童精神分裂症	(463)
第七节	儿童心境障碍	(466)
第八节	精神发育迟滞	(469)
第九节	儿童心理治疗与精神卫生保健	(472)
第十节	精神药物治疗	(477)
<b>第十九章</b>	<b>精神障碍的护理</b>	(479)
第一节	概述	(479)
第二节	精神科护理简史	(480)
第三节	精神科护士应具备的素质和行为准则	(481)
第四节	精神病人的接触	(483)
第五节	精神疾病的观察及健康教育	(486)
第六节	精神药物常见不良反应的护理	(489)
第七节	精神科常见症状的护理	(493)
第八节	精神障碍病人的护理	(500)
第九节	慢性精神障碍病人的护理	(505)
第十节	老年精神障碍病人的护理	(506)
第十一节	精神病人的家庭护理	(507)
<b>第二十章</b>	<b>精神障碍的康复与预防</b>	(510)
第一节	康复的概念及基本原则	(510)
第二节	精神康复	(511)
第三节	社区精神卫生发展	(514)
第四节	精神障碍的预防	(515)
第五节	精神障碍预防工作的前瞻	(517)
<b>第二十一章</b>	<b>司法精神病学</b>	(519)
第一节	概述	(519)
第二节	精神疾病的社会问题	(522)
第三节	司法精神病学鉴定	(523)
第四节	法律能力的鉴定	(526)
第五节	受害人司法鉴定	(530)
第六节	行为能力鉴定	(536)
第七节	与司法精神病学有关的名词(或术语)解释及其他	(538)
第八节	精神分裂症	(542)
第九节	偏执性精神障碍	(545)
第十节	旅途性精神病	(547)
第十一节	心境障碍	(548)
第十二节	癫痫所致精神障碍	(550)
第十三节	颅脑外伤所致精神障碍	(552)
第十四节	老年性或早老性痴呆	(553)
第十五节	酒精所致精神障碍	(554)
第十六节	急性应激性精神病	(556)
第十七节	精神发育迟滞	(557)
第十八节	癔症	(559)
第十九节	与迷信巫术相关的精神障碍	(561)

第二十章 拘禁性精神障碍·····	(563)
第二十一章 人格障碍·····	(564)
第二十二章 性心理障碍·····	(564)
第二十三章 精神疾病的伪装·····	(566)
<b>第二十二章 精神科急诊·····</b>	<b>(568)</b>
第一节 精神科急诊简介·····	(568)
第二节 精神科常见的急重症·····	(571)
第三节 急诊诊疗技术·····	(589)
第四节 精神科急诊的法律问题·····	(592)
<b>第二十三章 精神科临床相关知识专题·····</b>	<b>(594)</b>
第一节 中国常见精神障碍治疗的规范化程序·····	(594)
第二节 医学论文写作的基本知识·····	(608)
第三节 药物所致威胁生命的急性神经综合征·····	(613)
第四节 行为医学·····	(618)
第五节 司法精神病学的专题·····	(632)
<b>第二十四章 临床教学和精神药物引起的少见的不良反应病例·····</b>	<b>(640)</b>
第一节 临床教学病例·····	(640)
第二节 精神药物引起的少见或罕见的不良反应病例·····	(656)
<b>第二十五章 精神病学复习题·····</b>	<b>(690)</b>
第一节 精神医学基础复习题·····	(690)
第二节 临床精神病学复习题·····	(723)
第三节 儿童精神病学复习题·····	(765)
第四节 临床心理学复习题·····	(775)
第五节 司法精神病学复习题·····	(818)
<b>参考文献·····</b>	<b>(834)</b>

# 第一章 绪 论

## 第一节 精神病学概述

精神病学 (psychiatry) 是临床医学的一个分支。它是研究各种精神疾病的病因、发生机制、临床表现、疾病发展的规律, 以及治疗和预防为目的的一门科学。

由于精神疾病本身的特点及其复杂性, 精神病学涉及很多方面的问题, 从 20 世纪 50 年代以来, 社会精神病学、跨文化精神病学、司法精神病学、儿童精神病学和老年精神病学等都得到了相应的发展, 精神病学学科研究的范围日益扩大。精神卫生 (Mental health) 这一术语已被广泛应用, 它的涵义较精神病学更广泛, 即不仅研究各类精神疾病的社会防治, 同时探讨保障人群心理健康, 以减少和预防各种心理或行为问题的发生。

近年来, 有学者主张把“精神病学”改称为范围更广泛的“精神医学”, 除了研究精神疾病的发生、发展、预防和治理等精神病学的传统内容外, 还包括各种因素对精神活动影响的研究以及精神卫生服务。但也有学者对这个术语持不同意见, 认为它在概念上比较含糊, 因为把精神放在医学前面, 还有与生物医学、躯体医学、生理医学对立起来的意味, 与当前关于医学模式转变的趋势不相符合。

精神活动又称心理活动, 是人脑在反映客观事物时所进行的一系列复杂的功能活动, 主要包括认识、情感、意志过程。神经生理学研究发现, 某些精神活动与大脑的特定部位功能关系较密切, 如情感和记忆活动与边缘系统有关, 意识状态与脑干网状结构有关, 刺激或破坏脑的这些部位, 可造成精神活动的改变。总之, 精神活动是大脑各部分的整合活动。

精神病或精神疾病是一组由不同原因所致的大脑功能紊乱, 临床上突出地表现为精神活动的异常—精神症状, 包括感知、思维、情感、注意、记忆、行为、意识和智能等方面的异常。“精神病”一词有两种不同含义: 广义者泛指所有各类精神障碍, 包括严重的精神病、神经症、精神发育迟滞和人格障碍等。狭义者仅指精神障碍较为严重的一组疾病。现有人主张, 把前者称为精神疾病, 后者称为精神病, 但临床上常将两者混用。以往有人习惯于按精神症状的严重程度把精神疾病分为轻性精神病和重性精神病, 但这样的区分既无严格的客观指标, 又不能说明疾病的本质, 故目前已少采用。

精神卫生和心理卫生是同一概念, 英文均为 Mental health, 精神障碍和心理障碍也是同一概念, 英文均为 Mental disorder。精神障碍是一个临床诊断概念: 精神症状必须达到一定的严重程度, 并且持续足够的时间或在某一时段里出现的频率达到一定程度, 才符合临床诊断的标准。因此, 没有精神障碍并不等于精神健康。而有些人将有轻微心理问题的人, 称有心理障碍, 理由有: 一是富有同情心的提法; 二是精神病学不能只研究精神疾病。这一提法尚未有统一的认识。应当指出的是, 精神健康与精神障碍并非对立的两极, 而是一个移行谱 (continuum)。精神健康可以定义为成功履行精神功能的一种状态, 这种状态能产生建设性活动、维持良好的人际关系、能调整自己以适应不良环境。精神健康是个人安康、事业成功、家庭幸福、良好的人际交往、健康的社会关系所不可缺少的部分。

目前精神障碍引起病人的功能受损或增加其死亡、残疾等危险性日趋受到关注。国外研究表

明,有 25%~30% 的急诊病人是由于精神方面的障碍而就诊。在美国,每 10 个人中就有 1 个人在其一生某个时段住进精神病院,有 1/3~1/4 的人群将因精神健康问题寻求专业人员的帮助。精神病人因为患病不能正常工作、学习、行使自己的社会责任,也可能由于社会歧视而丧失工作、学习机会。精神病人对家庭的影响不仅仅是治疗、照顾的负担,还包括诸如家庭成员的精神付出、重新适应、忍受社会歧视等等。据统计,非感染性疾病占全球疾病负担的比重日益增加,精神障碍占整个疾病负担的 15% 以上,其中,中低收入国家为 10.5%,高收入国家为 23.5%。研究预测,到 2010 年,抑郁症在世界范围内成为致残的第二大疾病。

表 1-1 主要精神障碍所致全球疾病负担排位

	全球	高收入国家	中低收入国家
单相重症抑郁症	4	2	4
酒依赖	17	4	20
双相情感障碍	18	14	19
精神分裂症及相关障碍	22	12	24
强迫症	28	18	27
痴呆症	33	9	41
药物依赖	41	17	45
惊恐障碍	44	29	48

引自 The World Health Report 1999: Making a Difference, WHO, Geneva.

## 第二节 精神病学的分支

近几十年,精神病学在发展过程中分化出许多新的分支学科,可以概括为三个学科群。一是临床精神病学 (clinical psychiatry),除一般意义的临床精神病学实践外,精神疾病分类学、联络—会诊精神病学、儿童精神病学、老年精神病学、司法精神病学、职业精神病学、军事精神病学等也包括在这一类中;二是生物精神病学 (biological psychiatry),主要包括遗传精神病学、精神生物化学、精神药理学、精神疾病影像诊断学等;三是社会精神病学 (social psychiatry),包括社区精神病学、文化精神病学、跨文化精神病学 (比较精神病学)、精神疾病流行病学、预防精神病学等。上述学科群之间的划分只是相对的,各分支学科之间存在着广泛的相互联系。例如,精神疾病流行病学一般归属于社会精神病学,而精神疾病的遗传流行病学研究可归纳于生物精神病学内。

我国的精神病学由于起步较晚,和许多国家相比,人力和机构都相对不足,因此目前绝大多数的人员和机构仅从事普通精神病学范畴的工作。科学的发展,导致学科的分化,精神病学在过去的几十年中,已分化出许多新的分支学科,如社区精神病学、儿童精神病学、老年精神病学、司法精神病学和会诊—联络精神病学等。分支是学科发展的必然趋势,精神科工作者在打下扎实的临床实践基础后,要选择定向发展,以毕生的精力从事某一分支学科的服务和研究。要结合我们的具体情况,创造条件,逐步发展。

## 第三节 精神病学发展概况

### 一、精神病学发展简史

精神病学的发展历史,可以说是源远流长。早在公元前 5~4 世纪,古希腊罗马时代,已有了朴

素唯物主义的萌芽。希腊医学家希波克拉底（Hippocrates, 460~377 B. C.）被认为是科学的医学奠基人，也被称为精神病学之父。他也是一位唯物主义的哲学家。他认为脑是思维活动的器官，提出了精神病的体液病理学说。他认为人体存在四种基本体液：血液、黏液、黄胆汁和黑胆汁，就像自然界存在四种现象—火、土、空气和水一样。四种体液如果正常地混合起来则就是健康，如果其中某一种过多或过少，或它们之间的相互关系失常，人就生病。他的学说对医学的发展起到了很大影响。

祖国医学早在公元前3~2世纪战国时代，医学典籍《内经》把人的精神活动归之于“心神”，“心神”不仅主持人的精神活动，而且统管五脏六腑。《素问·阴阳应象大论》云：“人有五脏化五气，以生喜怒忧恐”，即五志。后世在“五志”的基础上，发展成为喜怒悲思忧恐惊七情学说。这对精神和躯体功能关系有十分精辟的论述。

公元3世纪后，西欧随着古罗马文化的衰落，特别在中世纪，医学为神学和宗教所掌握，对精神病的看法大大后退了。精神病人视为魔鬼附体，被送进寺院，用祷告、符咒、驱鬼等方法进行治疗。至中世纪末，对待精神病人更为残酷：如用烙铁烧炙皮肤，用长针穿舌头，用苦刑来处罚躲藏在躯体内的魔鬼，使之无法栖身。声援精神病人的正义呼声很可能被宣判为异端邪说，而受火刑的处罚。

17世纪以后，工业革命开始高涨，资产阶级兴起，科学有了很大进步，医学也逐渐摆脱了神学的束缚。18世纪法国大革命后，社会结构发生了根本性的变化。比奈尔（Pinel, 1754~1826）是第一个被任命当“疯人院”院长的医生。他去掉了精神病人身上的铁链和枷锁，把“疯人院”变成了医院，从而使医生有可能观察研究精神疾病的症状，使当时法国的精神病学有了显著发展。如比奈尔的学生 Esquirol 发现了错觉与幻觉的区别，Bayle 等对麻痹性痴呆进行了临床和病理解剖研究等。随着自然科学，包括基础医学，如大脑解剖学、生理和病理学的发展以及临床资料的积累，到19世纪中叶，得出精神病是由于脑病变所致的结论。德国 Griesinger（1817~1868）在1845年所发表的专著中，引用当代大脑生理和病理解剖的科学资料，论述了所谓的精神失常是一种脑病的观点。

19世纪末至20世纪初期，是精神病学发展史上一个重要时期。德国克雷丕林（E. Kraepelin, 1856~1926）以临床观察为基础，以病因学为根据，提出了临床疾病分类学原则。他第一次将早发性痴呆作为疾病单元来描述，认为青春性痴呆、紧张症和早发性痴呆的表现虽然不同，而是同一疾病的亚型。躁狂症和抑郁症临床表现虽然完全相反，却是同一疾病的不同表现。使精神病学的研究从症候群的基础进入了自然疾病单元的研究。这一学派的观察在当前国际精神病学中仍有影响，如 K. Schneider 提出的对精神分裂症有特征性的一级症状。

20世纪以来，许多精神病学家对精神病的病因、发病机制分别从大脑解剖学、生理学和心理学等不同角度进行了大量的研究和探讨，以期阐明精神现象的实质和精神病理现象的发生机制，形成了精神病学中的各种学派。①弗洛伊德（Sigmund Freud, 1856~1939）创建的精神分析学派。1880~1882年，弗洛伊德和 Breuer 发现癔症患者说出自己精神创伤的经历，醒后症状消失，遂用这种方法治疗癔症。这一学派把“无意识”的概念作为精神分析理论的重要组成部分。无意识，即受到压抑，隐藏很深的心理活动领域，包含着各种本能欲望，是人类心理的原动力之所在。②俄国生理学家巴甫洛夫（И. П. Павлов, 1849~1936）通过大量的实验研究，建立了条件反射学说，或称“暂时性联系”的理论。认为动物的一切行为都可用条件反射来说明，不必用本能来解释。条件反射是新的不断形成，旧的不断消失的变化过程，以很好适应环境要求。③以德国 Karl Jaspers 为代表的精神病现象学派。主要是深入到病人的体验中去研究病人的精神功能，认为精神分裂症是一个过程，即它所谓原发性体验（如受控制体验和被动体验等）是不可了解的，它只能用目前尚不清楚的躯体原因加以说明。而心因性反应是可以了解的，这是人格发展的一种形式而不是过程。Jaspers 的主要著作《精神病理学总论》一书，对许

多精神症状和精神病理状态或综合征作了精彩的描述，对相似而实不同的病态作了细致的鉴别，这些无疑是精神病理学很有价值的基础部分。④精神生物学派由 Adolf Meyer (1866~1950) 所倡导，故又称 Meyer 学派。这一学派强调，从个体开始形成起，人的躯体和精神就是一个不可分割的精神生物学整体。认为人格是否平衡，是决定人们能否适应环境的关键。特别强调社会因素对个性的形成和疾病的发生具有重要影响，从而促进了心理卫生工作的开展以及社会精神病学的建立。这两方面工作目前已受到世界各国的普遍重视，并日益得到发展。

## 二、我国近代精神病学发展情况

精神病学作为医学的一个学科，在我国的发展较晚，1840 年鸦片战争后，随着西方医学的传入，先后在广州 (1898)、北京 (1906)、沈阳 (1919)、苏州 (1923)、大连 (1932)、上海 (1935)、成都 (1944)、南京 (1947) 等地设立精神病医疗和收容机构。1949 年以前全国精神病床位约 1 100 张，仅有沈阳、北京、大连、上海、成都、长沙和南京等少数医学院校开设了精神病学课程。

新中国成立以后，全国精神病防治工作有了较快发展，特别是 20 世纪 50 年代以来，精神病学学科以及医疗、教学和科研工作，有了较明显的发展。

据统计至 1958 年，全国建立 62 所精神病院，在大多数医学院校开设了精神病学教学工作，并于 1960 年出版了四川医学院刘永昌教授编写的高等医学院校教材《精神病学》。1954 年中华医学会成立了神经精神病学分会，同年发行其刊物《中华神经精神科杂志》。1958 年 6 月，卫生部在南京召开了第一次全国精神病防治工作会议，会议提出精神病防治工作的方针：中西医结合、药物治疗和精神治疗、工娱治疗相结合。并制定了精神病分类草案与精神病疗效四级评价意见。这次会议对我国精神病学专业的发展起到了重要的推动作用。1962 年在全国制定的十二年科研规划中将常见病精神分裂症和神经衰弱列为国家重点项目，推动了精神病专业研究工作的开展。

20 世纪 80 年代以来，我国工业化和社会经济改革不断深入，社会上对精神卫生的需求日益增多。为适应这一新形势的要求，1985 年中国心理卫生协会重建，协会的会刊《中国心理卫生杂志》于 1987 年开始在国内外发行。并于 1986 年 10 月由卫生部、民政部和公安部联合召开了全国第二次精神卫生工作会议，会议提出了 20 世纪 80 年代后期急需解决的问题：如推广社区精神卫生服务机构；在综合性医院设立精神科、心理咨询和心理治疗门诊。概括起来，自 20 世纪 80 年代以来，我国精神病学取得的主要进展有以下几个方面：

(1) 范围扩大。与医学模式转变以及社会经济发展、健康状况和需求转变相适应，精神病学的研究和实践基本实现了“四个过渡”，即“由单纯的治疗型向预防、治疗、康复、培训和回归社会五位一体型过渡；由单纯的药物治疗向药物、心理、物理、外科等多种疗法过渡；由封闭关锁管理方式向半开放和部分全开放管理方式过渡；由单纯为重性精神病人服务向扩大到各种心理和行为问题服务于全人口的精神卫生过渡”。现已经把促进人群的心理卫生水平提到了议事日程。

(2) 专业队伍迅速发展。随着学科建设和师资队伍的发展与提高，国内若干重点医科大学的精神病学教学和研究单位，相继培养了一大批精神卫生专业的本科、硕士和博士毕业生充实到了精神卫生的各个领域。使我国精神病学专业队伍不论在数量还是在质量方面都取得了迅速的发展。

(3) 在精神疾病的理论研究方面。最为突出的是建立了我国的精神疾病分类系统，并制定了各种精神疾病的诊断标准。至 2001 年 4 月，中华医学会已出版了中国精神障碍分类与诊断标准 (第三版)，与世界卫生组织 (WHO) 的《ICD-10》和美国的《DSM-IV》保持一定的兼容性，又反映了中国精神病学的现状和中国文化的特点。

(4) 在学科建设方面。1994 年成立了独立的中华精神科学会 (原有和神经病学联合的中华神经精神科学会)，并建立了多个专业学组，出版了多种学术性杂志和 20 种以上的精神病学专著。1996 年 2 月，在精神科学界广大同道的努力下，经国家科委批准，原中华神经精神科杂志

更名为中华精神科杂志并与读者见面。

(5) 在临床精神病学方面。除传统的门诊和住院治疗外,很多地区已开展了联络—会诊精神病学实践,有中国特色的心理治疗手段也正在探索和发展之中。

(6) 社会精神病学方面。已多次进行大规模的精神疾病流行病学研究,包括对饮酒和吸毒的流行病学调查;应激及其中介机制的研究,取得了一定成果;若干跨文化精神病学研究(如恐缩症、神经衰弱与慢性疲劳综合征、日本孤儿返回日本后的适应问题等)已在国际上产生了一定的影响。精神疾病的社区康复方面,也在部分城市和农村地区广泛开展。

(7) 在生物精神病学方面。国内已建立了一批初具规模的生物精神病学实验室,并在某些项目的研究方面取得了可喜的成绩。

(8) 对外交流方面逐渐在扩大。已在不同层次上与国际组织、国外相关机构建立了密切联系。相当一部分学者曾到国外学习、研究和交流。国外学者对我国的访问也日趋频繁,其中与 WHO 合作,已在我国建立了 4 个 WHO 合作研究和培训中心。国际学术交流在促进我国精神病学学科发展中也起到了十分重要的作用。自 20 世纪 90 年代以来,先后三次在我国举行大型国际学术团体的学术交流,如 1997 年在上海举行的第六届环太平洋精神病学家学术会议,同年 10 月在北京举行的世界精神病学协会 WPA—北京地区学术会议,以及 1994 年 4 月在北京举行的国际老年精神病学协会 IPA—北京地区会议等,有力地推动了我国精神病学界与国际精神病学界的交流和协作。1999 年 11 月,在 WHO 总部的支持下,卫生部、民政部、公安部、教育部等部委和中国残疾人联合会在北京联合召开了中国/世界卫生组织精神卫生高层研讨会,当时在任的 WHO 总干事布伦特兰博士介绍了全球精神卫生状况及 WHO 战略,会议深入地讨论了当前国内主要精神卫生问题:精神分裂症、抑郁症和自杀,对我国精神卫生工作的发展起到了积极的推动作用。

### 三、精神卫生立法

精神卫生立法是一个国家为保障精神卫生工作有秩序地执行而建立的法规。由于精神障碍者受各种先天或后天的有害因素的影响导致脑功能紊乱,出现各种各样的精神症状,使他们对客观环境或自身行为的辨认能力或控制能力受到损害,可产生危害自己或他人的行为。他们是脑疾病的受害者,由于精神症状的奇特,常不被健康人所理解,故常论为少数人所取笑、歧视、凌辱、甚至虐待的对象。所以,通过法律条款阐明精神卫生工作的政策范围及具体的实行措施,以此保护精神障碍者得到及时发现、收容、治疗和预防,并为维护其合法的权利和利益以及社会安宁作出必要的规定。然而,我国精神卫生工作总体发展水平不能适应经济发展和社会进步的要求,不能适应人民群众的健康要求。从国际的经验看,对于推动精神卫生事业的发展,充分保障精神障碍者合法权益的最有效、最直接的手段是依靠建立和健全法制予以解决。

世界卫生组织在 20 世纪 70 年代对其成员国进行调查时,颁布精神卫生规律的国家仅 31 个,到目前全球已有超过 100 个国家实施了精神卫生法。早在 1800 年英国颁布了《精神错乱者法》,1890 年更名为《精神错乱法》。1938 年法国颁布了第一部《精神卫生法》,其后欧美各国相继颁布了精神卫生法,美国各州有各自的精神卫生法。英国和日本还多次修订了精神卫生法。我国的香港和台湾省也相继于 20 世纪 90 年代初修订和颁布了精神卫生法。

在国际上,特别关注的是,保护那些自身缺乏保护能力的人,如儿童、残疾人,包括精神发育迟滞和精神患者。为此,联合国大会除了 1948 年通过的《世界人权宣言》外,还通过了一系列国际性特别宣言,如 1971 年的《精神发育迟滞宣言》、1976 年《残疾人权利宣言》、1991 年的《保护精神病患者和改善精神保健的原则》等。世界精神病学学会、世界心理卫生联合会等国际机构还通过了《夏威夷宣言》(1983)、《保障精神患者权利的声明》(1989)、《精神患者的人权宣言》(1989)等文件。世界卫生组织的精神卫生处,于 1995 年提出《精神卫生保健法—十项基本原则》作为各国政府制定和修改精神卫生法的参考。十项基本原则概括如下:

- (1) 政策。建立全面的公共政策。并确定精神卫生的服务对象。
- (2) 权力。指定计划和执行公共政策及管理精神卫生计划实施的权限。
- (3) 预算。保证财政支持的条款。
- (4) 职能。贯彻执行精神卫生计划，包括义务和评价作用。
- (5) 研究与教育。规定与精神卫生有关的研究和教育的内容，培训精神卫生专业技术人员，开展公众的健康教育。
- (6) 服务。提供公正的、平等的精神卫生服务。
- (7) 保护。规定对精神病患者、精神发育障碍者及其家属的权利、福利财产和尊严的保护。
- (8) 机构。建立为住院患者提供标准的精神卫生方面的医疗保健服务机构，有条件的社区也应为精神病人和精神发育障碍者建立类似的机构。
- (9) 治疗。调整治疗药物和其他的治疗手段。
- (10) 管理。政府权力机构应根据精神卫生法规进行法制管理，以改善精神卫生服务工作。

我国的精神卫生立法工作已经进入了实质性启动阶段，WHO 对此特别关注，自 1987 年以来，曾四次组织专家来华举办讲习班或调研，对我国精神卫生法的起草工作予以充分肯定，并提供了大量帮助。最值得一提的是，《上海市精神卫生条例》在 2001 年 12 月 28 日经上海市第十一届人民代表大会常务委员会第三十五次会议通过并公布，于 2002 年 4 月 7 日正式实施。由此标志着我国大陆第一部较为完善的、严格遵循国际上精神卫生立法有关基本原则的地方性精神卫生法规正式出台，上海市的精神卫生工作也从此将在法律保护下取得更大的发展。我国卫生部早在 1985 年就开始组织精神卫生立法调研，但由于全国经济与社会发展不平衡，国家精神卫生立法尚需时日。目前，杭州市、北京市也相继出台了精神卫生条例，这将对全国的精神卫生立法起到积极的推动作用。

## [附] 北京市精神卫生条例（全文）

《北京市精神卫生条例》已由北京市第十二届人民代表大会常务委员会第三十三次会议于 2006 年 12 月 8 日通过，现予公布，自 2007 年 3 月 1 日起施行。

北京市第十二届人民代表大会常务委员会（2006 年 12 月 8 日）

### 目 录

- 第一章 总则
- 第二章 精神健康促进与精神疾病预防
- 第三章 精神疾病的诊断与治疗
- 第四章 精神疾病的康复
- 第五章 精神疾病患者的权益保障
- 第六章 法律责任
- 第七章 附则

### 第一章 总 则

第一条 为了加强精神卫生工作，提高公民的精神健康水平，保障精神疾病患者的合法权益，促进社会的和谐稳定，根据有关法律、法规，结合本市实际情况，制定本条例。

第二条 本条例适用于本市行政区域内的精神健康促进和精神疾病的预防、诊断、治疗、康复等精神卫生服务以及相关的行政管理活动。

第三条 本市精神卫生工作遵循属地管理原则，坚持预防为主、防治结合、重点干预、广泛



覆盖、依法管理的方针，建立政府领导、部门合作、社会参与的工作机制。

第四条 精神卫生工作是本市公共卫生体系建设的重要组成部分，应当纳入国民经济和社会发展规划。

本市根据经济社会发展水平和精神卫生工作需要，建立精神卫生工作经费保障制度，完善精神卫生服务网络，推动精神卫生事业的发展。

第五条 市和区、县人民政府统一组织领导本行政区域内的精神卫生工作。  
市和区、县卫生行政部门是精神卫生工作的主管部门，负责组织制定和实施精神卫生工作规划，对精神卫生工作进行监督管理。

民政、公安、财政、人事、教育、发展改革、司法行政、工商、劳动和社会保障等行政部门和街道办事处、乡镇人民政府，应当在各自的职责范围内做好精神卫生相关工作。

工会、共青团、妇联、残联以及老龄委等社会团体和居民委员会、村民委员会，应当按照本条例的规定协助做好精神卫生工作。

第六条 精神疾病患者的合法权益受法律保护。

禁止歧视、侮辱精神疾病患者及其家庭成员；禁止虐待、遗弃精神疾病患者。

第七条 精神卫生从业人员的合法权益受法律保护。

全社会应当尊重和理解精神卫生从业人员。任何单位和个人不得干扰精神卫生机构及其从业人员的正常执业活动。

本市各级人民政府及其有关部门应当采取措施加强精神卫生从业人员的职业保护。

第八条 本市鼓励单位和个人关心、帮助精神疾病患者及其家庭，以提供资助、志愿服务等多种形式支持精神卫生事业的发展。

本市对在精神卫生工作中做出突出贡献的单位和个人给予表彰或者奖励。

## 第二章 精神健康促进与精神疾病预防

第九条 本市建立以精神疾病预防控制机构为主体、医疗机构为骨干、社区为基础、家庭为依托的精神疾病预防控制体系。具体办法由市卫生行政部门另行制定。

第十条 本市建立精神疾病信息报告制度。

市卫生行政部门应当建立精神疾病信息分类报告和管理系统。

医疗机构应当按照市卫生行政部门规定的内容、程序、时限和方式将确诊患有精神疾病的患者情况，向该医疗机构所在区、县的精神疾病预防控制机构报告。区、县精神疾病预防控制机构应当对信息进行核实，并向市精神疾病预防控制机构报告。

第十一条 区、县精神疾病预防控制机构应当对重性精神疾病患者建立档案，并将重性精神疾病患者信息通报社区卫生服务机构和街道办事处、乡镇人民政府。街道办事处、乡镇人民政府应当及时了解本辖区重性精神疾病患者的情况，并与精神疾病预防控制机构建立患者信息沟通机制。

区、县精神疾病预防控制机构和社区卫生服务机构应当定期访视重性精神疾病患者。居民委员会、村民委员会应当协助进行定期访视，并根据精神疾病患者的病情需要，协助其进行治疗。

第十二条 市和区、县人民政府应当将重大灾害的心理危机干预工作列入突发公共事件的应急预案。卫生行政部门应当组织开展心理危机干预的业务培训。

市和区、县人民政府及其有关部门在重大灾害处理过程中，应当组织开展心理危机干预工作，降低重大灾害发生后精神疾病的发病率。

第十三条 市和区、县卫生行政部门应当组织开展精神健康教育工作，普及精神卫生知识，提高公民的精神健康水平，预防精神疾病的发生。

市和区、县卫生行政部门应当加强对精神卫生专业人员的在职培训，提高其业务水平和工作能力；加强对医疗机构中非精神卫生专业人员的培训和教育，提高其识别精神疾病的能力；为公