

[第五版 · 中文版]

Shorter Oxford Textbook of Psychiatry

FIFTH EDITION

牛津精神病学教科书

原著

MICHAEL GELDER · PAUL HARRISON · PHILIP COWEN

主译

刘协和 李 涛



四川大学出版社

SICHUAN
UNIVERSITY PRESS

[第五版 · 中文版]

Shorter Oxford Textbook of Psychiatry

FIFTH EDITION

牛津精神病学教科书

原著

MICHAEL GELDER · PAUL HARRISON · PHILIP COWEN

主译

刘协和 李 涛

四川大学出版社

SICHUAN
UNIVERSITY PRESS

责任编辑:朱辅华
特约编辑:李晓静 许 奕 罗丽娅
责任校对:许 奕 张 宇
封面设计:米茄设计工作室
责任印制:李 平

图书在版编目(CIP)数据

牛津精神病学教科书:第5版/(英)格尔德(Gelder, M.), (英)哈里森(Harrison, P.), (英)考恩(Cowen, P.)主编;刘协和,李涛译. —成都:四川大学出版社, 2010. 2
ISBN 978-7-5614-4752-9

I. 牛… II. ①格…②哈…③考…④刘…⑤李… III. 精神病学—教材 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 024182 号

四川省版权局著作权合同登记图进字 21—2007—50 号

© Oxford University Press, 2006

“Shorter Oxford Textbook of Psychiatry Fifth Edition was originally published in English in 2006. This translation is published by arrangement with Oxford University Press and is for sale in the Mainland of The People’s Republic of China only.”

《牛津精神病学教科书》(第五版)原文为英文,由牛津大学出版社于2006年出版。本版本(中文版)的出版得到了牛津大学出版社的许可,仅在中国大陆销售。

书名 牛津精神病学教科书 (第五版·中文版)

原 著	MICHAEL GELDER · PAUL HARRISON · PHILIP COWEN
主 译	刘协和 李 涛
出 版	四川大学出版社
地 址	成都市一环路南一段24号(610065)
发 行	四川大学出版社
书 号	ISBN 978-7-5614-4752-9
印 刷	郫县犀浦印刷厂
成品尺寸	185 mm×260 mm
印 张	60.75
字 数	1474 千字
版 次	2010 年 2 月第 5 版
印 次	2010 年 2 月第 1 次印刷
印 数	0 001~3 000 册
定 价	150.00 元

版权所有◆侵权必究

◆读者邮购本书,请与本社发行科联系。电 话:85408408/85401670/85408023 邮 政 编 码:610065
◆本社图书如有印装质量问题,请寄回出版社调换。
◆网址:www.scupress.com.cn

第五版前言

本书前一版出版以来，我们考虑到新的研究成果和临床实践的变化，在第五版进行了全面的修订。在修订工作中，我们得到了许多同道的帮助，他们对各章节提出了建议。我们对这些同道表示衷心感谢。

我们对章节的排序做了一点变动。以往各版分类都是排在评估之后，这一版我们考虑到在进行全面评估之前应该对分类和诊断有所了解，于是把顺序颠倒过来。在每章中我们用了较多的条文和表格使提供的资料简明易记。对于一些想要了解更多相关知识的读者，除了在各章之末提出进一步阅读的著作之外，还在全书各章内提供了参考文献。我们首次把互联网上的资料来源，如 Cochrane Collaboration 和 National Institute for Clinical Excellence 列入参考文献，使许多读者，包括在英国国家健康服务部门工作的人员，可以方便获得，并便于其他读者通过图书馆索取或个人订阅。有关本书所有课题更深入的资料可以查阅其姊妹著作：*The New Oxford Textbook of Psychiatry*，这是一部多作者的综合性参考书。

这一版没有 Richard Mayou 参加编写，他已经退休了。我们对他及其在精神病学中的渊博知识，特别是精神病学与一般医学交叉面的深入了解，对以往各版的成功编著所作的重要贡献深表钦佩。我们还要对新近辞世的 Dennis Gath 表示深切哀悼。他是本书最初的作者之一，他的丰富学识和无与伦比的清晰表达对本书最初的成功起到了重要作用。并且我们在这一版力图保留这些优点。

在有关精神病学的文章中，psychiatric disorder, mental disorder 和 mental illness 这类术语应用很广，在大多数场合，混合使用。我们沿用这一习俗，把这类术语视为同义，在某处最适合使用哪一个术语，便用那一个术语。

最后，我们感谢 Valerie West 和 Linda Carter 在准备参考文献目录和改进文字方面给予的大力帮助。

MG
PC
PJH

2005 年 11 月

第四版中文版序

我们感谢刘协和教授和他的同事们翻译我们的书。我们也为这本书的第四版能提供给中国同道感到高兴和荣幸。我们当然知道，我们工作于文化传统和保健制度与中国迥然不同的国度，但是我们相信这本书与中国精神病学仍然是相通的。这一信念基于以下理由：

第一条理由是，精神障碍的临床表现在世界各国都很相似，只有很少例外。当然会有一些文化差异，主要是一些不太严重的障碍，我们在书中已经提到了。而绝大部分情况是不同种族起源和文化背景的患者都以同样的方式表现出来。这种相似体现在国际疾病分类系统 ICD-10 中，而这个分类系统已经成为世界各国普遍采用的正式分类系统。

我们相信这本书与中国精神病学相通的第二条理由是，现在对精神障碍广泛的病因学观点的普遍一致。精神病学各个学派对抗的日子已经过去。例如，在本书较大篇幅的姊妹著作中就反映了这种普遍的一致。两卷本的《新牛津精神病学教科书》尽管是由来自 22 个国家的作者编写的参考书，但仍然体现了现代精神病学统一的观点。

这种统一也延伸到治疗，不仅药物治疗达到了如所预期的一致，而且在心理学治疗方面也获得了较难达到的一致。有关心理学治疗日渐增加的意见一致是由于广泛采用了认知-行为方法取代了文化相关理论和精神分析方法。但有关服务措施又如何？各个国家之间肯定会有差异。不错，服务措施的详细内容受社会因素的影响会有所不同，如家庭在照顾其生病的成员方面所起作用的这一传统在中国远比英国要强得多。由于我们认识到这些差异，于是我们着重讨论服务措施的一些原则。我们提供英国的现代实践作为一个例子来说明这些原则是如何应用的，并非是要作为其他国家同事仿效的样板。

一些临床学家也许怀疑处于互联网上可以广泛获得信息的时代教科书是否还有价值。我们的观点是，来自两方面的知识可以互相补充。例如，我们希望读者利用互联网上新近介绍的治疗方法更新那些我们提供的知识。但我们坚持认为，对于从互联网上获得的信息，只有通过教科书才能提供的各种课题的现状和历史发展的广泛知识，才能适当地进行解释。

精神病学关注的是患者个人，而教科书必须关注群体。了解个人的关键是愿意倾听患者谈出他们的体验。教科书则能把这些体验以普遍的方式表述出来。愿意倾听不仅是深刻理解精神病学的基石，而且也是患者和医生之间相互信赖的基石。这种信赖关系是本书中所有治疗措施的基础。

Michael Gelder

2004 年 5 月

目 录

第一章 精神障碍的症状和征象	(1)
第一节 一般问题	(1)
第二节 症状和征象的描述	(4)
第二章 分类和诊断	(23)
第一节 精神疾病的概念	(23)
第二节 对分类的批评	(26)
第三节 当代分类的构建原则	(28)
第四节 信度与效度	(32)
第五节 目前的精神病学分类	(34)
第六节 精神病学分类目前和将来存在的问题	(37)
第七节 本书采用的分类	(39)
第三章 评 估	(40)
第一节 精神科晤谈	(41)
第二节 精神科病史	(45)
第三节 精神状态检查	(50)
第四节 精神病学评估的其他内容	(56)
第五节 特殊类型的精神病学评估	(60)
第六节 整合并评价资料	(63)
第七节 记录和交流资料	(66)
第八节 标准化评估方法	(71)
附录：简易精神状态检查 (MMSE)	(76)
第四章 伦理和民法	(78)
第一节 一般问题	(78)
第二节 精神病学实践中的伦理问题	(79)
第三节 民法的若干方面	(87)
第五章 病因学	(90)
第一节 精神病学的病因学研究方法	(90)
第二节 病因学的一般问题	(90)
第三节 病因学模式	(94)

第四节	一些学科对精神疾病病因学的贡献	(101)
第六章	精神病学的循证方法	(124)
第一节	什么是循证医学	(124)
第二节	单个治疗研究	(126)
第三节	系统评价	(129)
第四节	循证医学的应用	(133)
第五节	循证医学的其他应用	(134)
第六节	定性研究	(137)
第七章	人格和人格障碍	(139)
第一节	人 格	(139)
第二节	人格障碍	(143)
第三节	特殊人格障碍的处理	(165)
第八章	对应激性经历的反应	(168)
第一节	对应激事件的反应	(168)
第二节	对应激事件反应的分类	(170)
第三节	急性应激反应和急性应激障碍	(172)
第四节	创伤后应激障碍	(174)
第五节	对特殊严重应激的反应	(179)
第六节	适应障碍	(182)
第七节	适应的特殊类型	(183)
第九章	焦虑和强迫障碍	(194)
第一节	术语和分类	(194)
第二节	焦虑障碍	(194)
第三节	恐惧性焦虑障碍	(203)
第四节	惊恐障碍	(215)
第五节	混合性焦虑和抑郁障碍	(219)
第六节	焦虑障碍的跨文化变异	(220)
第七节	强迫障碍	(220)
第十章	躯体形式障碍和解离障碍	(227)
第一节	分 类	(227)
第二节	躯体形式障碍	(228)
第三节	解离障碍	(237)
第十一章	心境障碍	(243)
第一节	概 述	(243)
第二节	临床特征	(244)
第三节	跨文化因素	(252)
第四节	心境障碍的分类	(252)
第五节	鉴别诊断	(257)
第六节	心境障碍的流行病学	(258)

第七节	心境障碍的病因学	(260)
第八节	病程和预后	(276)
第九节	抑郁症的急性期治疗	(277)
第十节	躁狂症的急性期治疗	(282)
第十一节	心境障碍的长期治疗	(284)
第十二节	抑郁障碍的评估	(288)
第十三节	抑郁障碍的处理	(289)
第十四节	躁狂症的评估	(295)
第十五节	躁狂症的处理	(296)
第十二章	精神分裂症	(300)
第一节	临床特征	(301)
第二节	诊断和分类	(306)
第三节	流行病学	(314)
第四节	病因学	(314)
第五节	病程和预后	(330)
第六节	治 疗	(334)
第七节	管 理	(339)
第八节	其他问题	(345)
第十三章	偏执症状和妄想障碍	(347)
第一节	偏执症状	(347)
第二节	偏执型人格障碍	(349)
第三节	精神障碍中的偏执症状	(349)
第四节	妄想障碍	(351)
第五节	特殊妄想障碍	(354)
第六节	偏执症状的评估	(359)
第七节	偏执症状的治疗	(360)
第十四章	痴呆、谵妄和其他神经精神障碍	(362)
第一节	分 类	(363)
第二节	与局部脑病变相关的症状	(364)
第三节	认知损害患者的评估	(367)
第四节	遗忘综合征	(368)
第五节	谵 妄	(371)
第六节	痴 呆	(373)
第七节	癫 痫	(393)
第八节	头部损伤	(399)
第九节	其他神经精神综合征	(401)
第十节	继发性或症状性神经精神综合征	(406)
第十五章	进食障碍和睡眠障碍	(408)
第一节	进食障碍	(408)

第二节	未特定的进食障碍	(419)
第三节	睡眠障碍	(421)
第十六章	精神病学与一般医学	(428)
第一节	精神病学、一般医学和心身二元论	(428)
第二节	医疗机构中精神障碍流行病学	(430)
第三节	医疗机构中精神障碍的临床表现	(431)
第四节	共病：精神疾病与躯体疾病并存	(432)
第五节	躯体病理学难以解释的躯体症状	(435)
第六节	服 务	(445)
第七节	与诊疗过程及躯体疾病相关的精神病学问题	(448)
第八节	妇产科学的精神病学问题	(458)
第十七章	自杀和蓄意自伤	(464)
第一节	自 杀	(465)
第二节	蓄意自伤	(477)
第三节	蓄意自伤后的治疗效果	(481)
第四节	蓄意自伤的处理	(482)
第十八章	酒精和药物误用	(489)
第一节	物质使用障碍的分类	(489)
第二节	酒精相关障碍	(492)
第三节	其他物质使用障碍	(514)
第十九章	性和性别认同相关问题	(538)
第一节	性行为的变异	(538)
第二节	性行为调查	(539)
第三节	性取向	(540)
第四节	性及性别认同问题	(542)
第五节	性别认同异常	(560)
第六节	性行为的其他方面	(564)
第七节	诊断与治疗性和性别认同障碍中的伦理问题	(564)
第二十章	老年精神病学	(566)
第一节	正常老年化	(566)
第二节	老年化的影响	(568)
第三节	老年精神障碍的流行病学	(570)
第四节	老年精神病学的原则和实践	(573)
第五节	痴 呆	(580)
第六节	老年心境障碍	(586)
第七节	老年焦虑障碍	(589)
第八节	老年精神分裂症样障碍	(589)
第九节	老年人格障碍	(591)
第十节	老年其他精神综合征	(591)

第二十一章 药物和其他躯体治疗	(593)
第一节 躯体治疗的历史	(593)
第二节 概 述	(595)
第三节 精神病学中使用的药物分类	(601)
第四节 其他躯体治疗	(648)
第二十二章 心理学治疗	(662)
第一节 心理学治疗的发展	(662)
第二节 心理学治疗分类及应用	(667)
第三节 心理学治疗中的共同因素	(668)
第四节 咨询和危机干预	(670)
第五节 支持性心理治疗	(673)
第六节 人际关系心理治疗	(674)
第七节 认知-行为治疗	(674)
第八节 个体动力学心理治疗	(688)
第九节 团体心理治疗	(693)
第十节 配偶和家庭心理治疗	(700)
第十一节 儿童心理治疗	(706)
第十二节 老年人心理治疗	(707)
第十三节 其他心理治疗	(707)
第十四节 心理学治疗中的伦理问题	(709)
第二十三章 精神病学服务	(711)
第一节 精神病学服务发展史	(711)
第二节 精神障碍在社区中的患病率	(715)
第三节 需求评估	(717)
第四节 精神病学服务计划	(719)
第五节 精神卫生服务的组成部分	(722)
第六节 社区服务的评价	(734)
第七节 对有特殊需求的患者的服务	(736)
第八节 服务设施的跨文化方面	(739)
第九节 提供精神病学服务中的伦理问题	(740)
第二十四章 儿童精神病学	(742)
第一节 正常发育	(743)
第二节 儿童和少年精神障碍的分类	(746)
第三节 流行病学	(747)
第四节 病因学	(749)
第五节 儿童及其家庭的精神病学评估	(755)
第六节 儿童及其家庭的精神病学治疗	(759)
第七节 综合征综述	(764)
第八节 儿童和少年精神病学的伦理和法律问题	(807)

附录：儿童精神病学中的病史采集和检查..... (808)

第二十五章 学习能力低下..... (811)

第一节 术 语..... (811)

第二节 流行病学..... (812)

第三节 学习能力低下的临床特征..... (813)

第四节 学习能力低下的病因学..... (819)

第五节 学习能力低下者精神障碍和行为问题的原因 (827)

第六节 学习能力低下者的评估和分类..... (827)

第七节 学习能力低下者的照管..... (830)

第八节 精神障碍和行为问题的治疗..... (834)

第九节 照管学习能力低下者的伦理和法律问题..... (836)

第二十六章 司法精神病学..... (838)

第一节 普通犯罪学..... (839)

第二节 犯罪的原因..... (841)

第三节 精神障碍与犯罪的联系..... (842)

第四节 特殊犯罪群体..... (847)

第五节 特殊犯罪类型的精神病学问题..... (848)

第六节 犯罪受害者的精神病学问题..... (856)

第七节 精神病学家在刑事法庭上的作用..... (858)

第八节 精神障碍违法者的治疗..... (861)

第九节 保健机构内暴力行为的处理..... (863)

第十节 风险评估..... (865)

第十一节 精神病学报告..... (867)

参考文献..... (871)

中英文索引..... (937)

第五版译后记..... (959)

第一章

精神障碍的症状和征象

精神科医生需具有两种不同性质的能力。一种能力是通过病史和精神检查，客观而准确地收集临床资料，并将这些材料以系统而均衡的形式加以组织。另一种能力是把每位患者视为独特的个体并对其有直觉的理解。第一种能力有赖于医生的临床技能和有关临床现象的知识。第二种能力则有赖于医生对人性的理解，以及从以往患者得到的经验，从而洞察眼前患者的感受和行为。这两种能力均可以在倾听患者诉述中和向较有经验的精神科医生的学习中得到发展。对于培养第一种能力，教科书能提供信息和描述获取知识和技能的程序。本章着重于第一种能力，这并不意味着直觉的理解不重要，而只是由于后者不可能直接并单独从教科书里得到。

检查患者的技能取决于怎样用可靠的知识给症状和征象下定义。没有这种知识，精神科医生便难免将现象错误归类，从而做出不正确的诊断。因此，这一章主要讨论精神障碍的重要症状和征象的定义。精神科医生一旦引出症状和征象，就必须确定这些现象多大程度上与在其他精神科患者身上所观察到的某种症状和征象相符合。换言之，他要确定此患者的临床相与已知的某种综合征是否符合。而这种判断要求他把对患者现状的观察和对病史的了解结合起来才能做到。确认为某综合征的意义在于，它有助于推断预后和选择有效的治疗。这样做是在指导精神科医生把若干类似患者的原因、治疗和结局的知识积累起来构成相互关联的整体。诊断和分类将在下一章里讨论，也会在以后各种精神障碍的章节中分别谈到。第三章将讨论如何引出和解释本章描述的症状，如何综合各种信息来得出某综合征的诊断，因为这些是选择合理治疗方法和判断预后的基础。

由于本章主要讨论精神障碍症状与征象的定义和描述，因此它比以后各章较为难读。作者建议读者可分两个阶段来学习本章。第一次阅读主要是绪论部分和对较常见症状的一般性了解。第二次阅读再集中于定义的细节以及较少见的症状和征象，这样能更好地把阅读内容和与患者进行晤谈的表现结合起来。

第一节 一般问题

在叙述各种临床现象前，先介绍一些研究症状和征象的方法以及描述它们的术语等一般问题。

一、精神病理学

对异常精神状态的研究称为**精神病理学**。此术语包含对同一对象的两种不同性质的研究途径：**描述性**和**实验性**。本章专门讨论描述性精神病理学，后者将在本章提及，详细内容将在后面的章节进行讨论。

（一）描述性精神病理学

描述性精神病理学是对异常精神状态的客观描述，尽可能避免先入之见和各种理论，它只是对意识到的体验和可观察到的行为进行描述。有时它也称为**现象学**或**现象精神病理学**，但这两个术语事实上并不是同义的，现象学包括更多的内涵（Berrios, 1992 年）。

描述性精神病理学旨在阐明病态心理体验的主要性质，并理解每位患者的患病体验。因此，它要求能够引出、识别和解释精神障碍的症状，这也是临床实践的关键内容。事实上，它被认为是“精神科医生的基本职业技能”（Sims, 2003 年）。

描述性精神病理学最重要的代表人物是德国精神病学家兼哲学家 Karl Jaspers。他的经典著作《精神病理学概论》于 1913 年出版了德文第一版，迄今仍不失为对这一领域最全面的论述，其第七版已有 Hoenig 和 Hamilton 的英译本（Jaspers, 1963 年）。Sims (2003 年) 出版了更有可读性的最新版本，而 Jaspers 观点的简要介绍可见 Jaspers 于 1968 年出版的著作。

（二）实验精神病理学

实验精神病理学除了对异常精神现象进行描述之外，还要寻求对这些异常精神现象的解释。首先的尝试是**精神动力学的精神病理学**，它源自弗洛伊德精神动力学的研究（第 99 页）。它以患者没有意识到的（“无意识的”）心理过程来解释异常精神现象的原因。例如，弗洛伊德认为被害妄想是无意识心理活动在意识层面的表现，它的机制是阻抑和投射（第 348 页）。

其后，实验精神病理学主要研究经验性的、可测量和可证实的、有意识的心理过程，主要采用一些实验方法，如认知和行为心理学以及功能脑影像学。研究内容如有关妄想、惊恐发作和抑郁起因的一些认知理论。尽管实验精神病理学研究的是症状产生的原因，但通常在具有该症状的综合征中进行研究。因此，其研究结果将在涉及相关问题的精神障碍的章节中加以讨论。

二、描述性精神病理学的术语和概念

（一）症状和征象

在一般医学中，症状和征象有明确的定义，它们之间有明显的区别，但在精神病学中情况有所不同。很少有一般医学意义上的“征象”（除了紧张型精神分裂症的运动障碍或神经性厌食症的躯体表现），大多数诊断所需的信息来自于病史和对患者外表和行为的观察。因此，在精神病学中“征象”这个词的使用并不明确，它有两种不同的用法。第一，它可能是指观察者注意到的特征（如患者正在对幻觉产生反应）而不是患者说出来的内容。第二，它可能是一组症状，观察者将这组症状看作一个整体而作为某种精神障碍的征象。在实践中，“症状和征象”这个词常可与“症状”交替使用（就像本章中所使用的一样），它们作为集合名词指的都是精神障碍的现象，两个词之间没有明显的区别。

（二）主观和客观

在一般医学中，主观和客观分别用于症状和征象，客观是指医生观察到的表现（如假性脑膜炎、黄疸）。但严格来说它也是医生根据自己观察到的情况做出的一种主观判断。

在精神病学中主观和客观含义的差别虽然有些模糊，但这些术语从广义上来说与一般医学有相似的含义，恰如症状和征象的含义那样。“客观”是指在晤谈中观察到的特征，即患者的外表和行为。当精神科医生将这些观察到的特征与患者诉述的症状相比较时，就常用到“客观”这个词。例如，在评估抑郁时，患者诉述情绪低落和想哭，这就是**主观特征**；而医生观察到患者缺乏眼神交流、精神运动性迟缓和哭泣，这就是**客观特征**。如果两者同时存在，那么精神科医生便可记录为“抑郁的主观和客观表现”。二者的结合比单独只有一种提供了更为强有力的证据。但是，如果患者在晤谈中表现的行为举止都正常，医生便记录为：“虽有主观诉述，但客观上并不抑郁”。然后医生必须找到这种主观和客观之间差异的原因，从而决定应下什么诊断。通常，客观征象在诊断中占更大的比重。因此，如果有充分的客观证据，即使患者否认有主观的抑郁体验，医生仍然可以诊断为抑郁障碍。反之，如果缺乏与诊断有关的客观特征，患者诉述情绪低落虽然突出，医生仍可对此类诉述的重要意义提出质疑。

（三）形式和内容

在描述精神症状时，将形式与内容加以区分是有益的。其区别用一个例子就能很好地说明。如果一位患者称其独处时听到有声音说他是同性恋者，该体验的**形式**是听幻觉，而其**内容**则是他是同性爱的陈述。另一位患者可能听到声音讲她会被杀死，形式仍然是听幻觉，但内容则不同。第三位患者可能反复体验到他是同性爱的侵入性观念，但认识到这些是不真实的，该例内容与第一例相同（均涉及同性恋），但形式不同。

通常，症状的形式对诊断来说是关键的。从上面的例子可以看出，幻觉的存在（根据定义）提示存在这种或那种精神障碍，第三个例子则提示强迫障碍。内容尽管对诊断帮助不大，但对处理可能非常重要。例如，妄想的内容可能提示患者会攻击设想的迫害者。患者关心的也是内容而不是形式，他优先讨论的是他被迫害以及这意味着什么，他可能会被一些似乎与其信念的形式无关的问题所激怒。

（四）原发和继发

原发和继发是关于症状的常用术语，但却有两种不同的意义。第一种意义是时间上的，原发仅意味着首先发生；第二种意义是因果关系上的，原发说明“直接起源于病理过程”，而继发则是“来自对原发症状的反应”。这两种意义通常是一致的，因为直接起源于病理过程的症状通常首先出现。然而，尽管随后出现的症状多为第一个症状的反应，但它们并非总是如此，也有可能是直接起源于病理过程。原发和继发这两个术语更多地用于时间意义上，因为这种用法并不涉及因果关系的推测。然而，许多患者并不能够说出其症状发生的先后顺序。在这些情形下，当一个症状看似是对另一症状的反应时也被称为继发（此处含有因果意义），如受到迫害者跟踪的妄想是对听到责骂声音的反应。在对综合征进行描述时，原发和继发这两个术语也用来说明因果关系。

（五）理解和解释

Jaspers（1913 年）比较了理解在症状学上的两种形式。第一种称为理解（verstehen），指试图去感受患者的主观体验：有什么样的感受？这一重要技巧需要直觉

和共情。第二种为解释 (erklären)，这种方法主要是根据外界因素来解释某些事件（如患者情绪低落可能“解释”为由于她最近太劳累）。后一种方法需要精神障碍病因学知识。

（六）单个症状的意义

精神障碍的诊断有赖于一组确定症状（综合征）的出现。几乎任何单个的症状均可见于健康人，即使像幻觉这样通常被视为精神障碍的标志的，有时也短暂地被健康人体验到。例外的是，一个孤立的妄想如果明确而持久，通常被视为精神障碍存在的证据（第十三章）。不过一般而言，单个症状的发现并非精神障碍的证据，但它提示应彻底探索精神障碍的其他症状和征象，必要时还需反复进行。Rosenhahn（1973 年）的研究举例证实了不遵循这一原则的危险性。8 名“患者”诉述他们听到大声说“空的、洞穴、砰”。尽管这 8 人否认有其他症状并且行为完全正常，但仍被全部收住医院并诊断为精神分裂症。这个研究也显示描述性精神病理学和可靠的诊断标准（第二章）作为精神病学基础的重要性。

（七）患者的体验

症状和征象仅仅是精神病理学研究对象的一部分。它还涉及患者对疾病的体验，以及精神障碍改变患者对自己的认识、对未来的希望和对世界的看法。这可看作是上述理解 (verstehen) 的一个例子。抑郁障碍可对一个生活得满足而愉快且重大理想已经实现的人和一个备尝艰辛尚在憧憬未来成功的人，产生截然不同的影响。要从这一角度理解患者对精神障碍的体验，精神科医生必须了解患者如同传记作家了解他的传记主人那样。这一了解方式有时也称为传记研究法。这不是能轻易地从教科书中学到的东西，最好的学习是花时间倾听患者的诉述。精神病学家可受益于阅读传记和文学作品，这些可提供洞察力用以深入整个人生经历塑造人格的方式，以及导致不同个体对同一事件反应方式的诸多差异性。

（八）精神病理学的文化差异

尽管精神症状的形式在广泛的不同文化中大致相同，然而暴露在医生面前的症状仍存在文化差异，如来自印度次大陆的抑郁障碍患者很少像欧洲患者那样诉说情绪低落，而更可能诉说躯体症状。症状的内容在不同的文化之间也有差异，如来自某些非洲文化的人，其妄想可涉及妖魔，而欧洲人则很少有这类妄想。文化差异还影响患者对疾病的主观体验，从而影响患者对疾病的理解 (Fabrega, 2000 年)。在某些文化中，精神障碍被归咎于巫术所致，这一信念添加到患者的苦恼之中；在另一些文化中，精神疾病被看作奇耻大辱，可成为婚姻的阻碍。在这样的文化中，疾病对患者如何看待自己以及对其将来的影响，与生活在对精神障碍较能容忍的社会里的患者其影响是完全不同的。

第二节 症状和征象的描述

一、情绪和心境障碍

精神病学更多关注的是异常的情绪状态，特别是心境和其他类型情绪（尤其是焦虑）的紊乱。在描述这些主要症状前，我们首先应该区分清楚两个可能混淆的术语（心境和情

感)，造成其混淆的部分原因是在这些年它们的用法发生了变化。

首先，“心境 (mood)” 可以被看作是一个宽泛的术语，包括所有情绪 (emotion) (如焦虑的心境)。或从更严格的意义上讲，心境是指从抑郁一端到躁狂一端的情绪。前一种用法现在很少使用，后一种用法被现在的诊断系统所强调，“心境障碍” 以抑郁和躁狂为其确定的特征，而定义为焦虑或其他情绪障碍的则被单独分类。在这一节，我们首先描述“心境” 和“其他情绪” 的共同特点，然后再分别描述焦虑、抑郁和躁狂各自的特点。

其次要讨论的术语是**情感** (affect)。就心境这个词的狭义而言，现在情感经常与心境换用。因此可以说，“他的情感正常”、“他有情感障碍”。但是，这两个词在过去有不同的含义：心境是指占优势、持续的状态，而情感则与某一特别的事件或对象有关且是较短暂的。

情绪和心境异常可表现为三种方式：①性质发生改变；②或多或少偏离正常，出现波动；③与患者的思维、行为或当前的处境不相协调。

(一) 情绪和心境性质的改变

这类改变可能是焦虑、抑郁、情绪高涨或易激惹和愤怒。任何这类改变都可能与个人的生活事件相关，但无明显原因也可能出现这类改变。情绪和心境性质的改变通常伴有其他症状和征象，如焦虑的增加常伴有自主神经功能亢进和肌张力增高；而抑郁则常伴有悲观的先占观念和精神运动性迟缓。

(二) 情绪和心境波动方式的改变

情绪和心境的波动与个人的处境和一些先占观念有关，在异常状态下，这种波动可超过或低于正常水平。波动增大称为**心境不稳**，波动非常大时称为**情绪失禁**，波动减弱时则称为**情感迟钝或平淡**。这两个词的含义有一些细致的区别，但现在通常互相换用。这种症状常见于抑郁症和精神分裂症。严重的平淡有时也称为**情感淡漠**。

(三) 情绪的不协调

情绪的变化也可能与个人的处境和思想不一致，称为**不协调或不適切**，如患者讲述自己母亲的死亡时可显得情绪高昂而大笑。这种情绪的不协调须同显示紧张不安的尴尬笑容相区别。

(四) 情绪和心境障碍的临床联系

情绪和心境障碍基本上可见于所有的精神障碍。它们是心境障碍和焦虑障碍的核心特征，也常见于进食障碍、物质诱发的障碍、谵妄、痴呆和精神分裂症。

(五) 焦 虑

焦虑是对危险的正常反应，但当焦虑的严重程度与危险的威胁不相称或持续时间过长时则为异常。焦虑心境常与躯体和自主神经功能的改变，以及心理成分紧密地结合在一起。所有这些症状可想象为其他哺乳动物面对被猎食的险境，准备逃逸、躲避和搏斗时的状况。轻度和中度的焦虑可增进大多数行为表现，但过高的焦虑水平会起干扰作用。

焦虑反应详见第九章，这里就其主要组成归纳如下：

(1) 心理性：主要感受为恐惧和提心吊胆，伴有紧张不安、注意范围狭窄（专注于危险源）、有一些烦恼的念头、警觉性增高（有失眠）以及易激惹等。

(2) 躯体性：肌紧张和呼吸加快。如果这些改变不伴有躯体活动，可能体验为肌紧张性震颤，或者过度换气的结果（如头晕）。