

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 | 编写

2007



全国卫生专业技术资格
考试指导

精神病学

精神病学
(中级)

[附赠考试大纲]



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 | 编写

2007

全国卫生专业技术资格
考试指导

精神病学

适用专业
精神病学
(中级)



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

图书在版编目(CIP)数据

精神病学/全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写. —北京:人民卫生出版社,2007.1

(2007 全国卫生专业技术资格考试指导)

ISBN 978-7-117-08414-7

I. 精… II. 全… III. 精神病学-医药卫生人员-资格考核-自学参考资料 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 154416 号

本书本印次封一贴有防伪标。请注意识别。

2007 全国卫生专业技术资格考试指导

精神病学

编写:全国卫生专业技术资格考试专家委员会

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:三河市富华印刷包装有限公司

经销:新华书店

开本:787×1092 1/16 印张:14.25

字数:335 千字

版次:2007 年 1 月第 1 版 2007 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-08414-7/R·8415

定价:19.00 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

为贯彻国家人事部、卫生部《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件的精神，自2001年全国卫生专业初、中级技术资格以考代评工作正式实施。通过考试取得的资格代表了相应级别技术职务要求的水平与能力，作为单位聘任相应技术职务的必要依据。

依据《关于2007年度卫生专业技术资格考试工作有关问题的通知》（国人厅发[2006]151号）文件精神，自2007年度起，卫生专业技术资格考试专业中全科医学、临床医学58个中级专业“专业知识”和“专业实践能力”两个科目的考试，改用人机对话的方式进行；其“基础知识”和“相关专业知识”两个科目仍采用纸笔作答的方式进行考试。

为了帮助广大考生做好考前复习工作，特组织国内有关专家、教授编写了《卫生专业技术资格考试指导》精神病学部分。本书根据最新考试大纲中的具体要求，参考国内外权威著作，将考试大纲中的各知识点与学科的系统性结合起来，以便于考生理解、记忆。本书全文分为三篇，与考试科目的关系如下：

“基础知识”：即考试指导第一篇的内容，包括绪论、精神疾病流行病学研究、病因学、精神疾病的症状学、精神疾病的分类与诊断过程、精神科评定量表。

“相关专业知识”：即考试指导第二篇的内容，包括心理学基础知识、人类心理发展、人格理论、社会心理学理论、癫痫所致精神障碍、颅内感染所致精神障碍、躯体感染所致精神障碍、脑外伤脑肿瘤所致精神障碍、躯体疾病所致的精神障碍、中毒所致的精神障碍、与文化密切相关的精神障碍、心理生理障碍与心身疾病、性心理障碍、自杀、司法精神病学。

“专业知识”：即考试指导第三篇的内容，包括精神分裂症、分裂情感性精神障碍、偏执性精神障碍、情感性精神障碍、神经症、心因性精神障碍、脑器质性精神障碍、精神活性物质所致精神障碍、人格障碍、精神发育迟滞、儿童多动综合征、全面发育障碍、抽动障碍、心理治疗、精神药物治疗、物理治疗。

“专业实践能力”：考试内容为考试大纲中列出的常见病种。主要考核考生在临床工作中所应该具备的技能、思维方式和对已有知识的综合应用能力。这一部分将采用案例分析题的形式考核，沿时间或空间、病情进展、临床诊疗过程的顺序提问，侧重考查考生对病情的分析、判断及对临床症状的处理能力，还涉及到对循证医学的了解情况。考生的答题情况在很大程度上与临床实践中的积累有关。

目 录

第一篇 基础知识	1
第一章 绪论	1
第二章 精神障碍流行病学研究	3
第一节 概述	3
第二节 流行病学研究方法	3
第三节 精神障碍流行病学调查的实施过程	6
第四节 国内精神障碍流行病学研究概况	7
第三章 精神障碍的病因学	9
第一节 病因分类概述	9
第二节 生物学因素	9
第三节 心理因素	10
第四节 社会因素	10
第四章 精神障碍的症状学	12
第一节 概述	12
第二节 精神疾病的常见症状	12
第三节 精神障碍综合征	20
第五章 精神障碍的分类与诊断过程	22
第一节 精神障碍的分类	22
第二节 精神障碍的诊断过程	25
第六章 精神科评定量表	28
第二篇 相关专业知识	31
第七章 心理学基础知识	31
第一节 心理学概论	31
第二节 动机和情绪	33
第三节 能力与人格	36
第八章 人类心理发展的主要阶段和特征	38
第九章 人格理论	49
第一节 精神分析学派的人格理论	49
第二节 行为主义学派的人格理论	57
第三节 人本主义学派的人格理论	59
第四节 特质理论	63
第十章 社会心理学理论	67
第一节 社会心理学的基本理论	67
第二节 人际沟通与人际关系	72

第十一章	癫痫所致的精神障碍	78
第十二章	颅内感染所致的精神障碍	80
第十三章	躯体感染所致的精神障碍	84
第十四章	脑外伤、脑肿瘤所致的精神障碍	86
第十五章	躯体疾病所致的精神障碍	92
第十六章	中毒所致的精神障碍	97
第十七章	与文化密切相关的精神障碍	100
第十八章	心理生理障碍与心身疾病	102
第十九章	性心理障碍	105
第二十章	自杀	108
第二十一章	司法精神病学	109
第一节	概述	109
第二节	各类精神疾病的鉴定	110
第三篇	专业知识与专业实践能力	115
第二十二章	精神分裂症	115
第二十三章	分裂情感性精神病	123
第二十四章	偏执性精神障碍	125
第二十五章	情感性精神障碍	127
第二十六章	神经症	133
第二十七章	心因性精神障碍	135
第二十八章	脑器质性精神障碍	138
第二十九章	精神活性物质所致精神障碍	162
第三十章	人格障碍	170
第三十一章	精神发育迟滞	174
第三十二章	儿童多动综合征	179
第三十三章	全面发育障碍	181
第一节	儿童孤独症	181
第二节	童年瓦解性障碍	182
第三节	Rett 综合征	182
第四节	Asperger 综合征	182
第三十四章	抽动障碍	183
第三十五章	心理治疗	185
第三十六章	精神药物治疗	193
第一节	抗精神病药	193
第二节	抗抑郁药	196
第三节	抗焦虑药	198
第四节	镇静催眠药	200
第五节	心境稳定剂	201
第三十七章	电痉挛治疗	205

第一篇 基础知识

第一章 绪 论

(一) 概念

1. **精神病** (精神病性障碍) 属于精神障碍的一种严重类型。在世界卫生组织编纂的 ICD-10 分类说明中将精神病性障碍界定为存在以下几种状态: 包括幻觉、妄想、广泛的兴奋和活动过多, 显著的精神运动性迟滞以及紧张症性行为。

2. **精神障碍** (mental disorder)、**精神疾病** (mental disease) 与**精神疾患** (illness) 障碍是目前国际通用的分类和诊断系统中正式采用的术语。ICD-10 的术语说明中明确指出: “障碍”不是一个精确的术语, 但在这里意味着存在一系列临床上可辨认的症状或行为, 这些症状或行为在大多数情况下伴痛苦和个人功能受干扰。根据此定义, 社会偏离或冲突本身如果不伴有个人功能紊乱则不应包括在精神障碍之内。

之所以不推荐采用疾病 (disease) 这一名词来描述精神障碍, 是因为就目前的认识水平, 很多精神障碍不能构成疾病实体, 即实体论的要领不适用于引起许多精神障碍的概括和总结。疾患 (illness) 是一个以患者本人感受和疾病信念为核心的概念, 而病人角色 (sick role) 是从社会角度出发看待疾病现象的产物。后两者突破了生物医学模式的局限, 于目前的医学主流定义有出入, 还处于研究者认识的阶段。

比 Kraepelin 稍晚的奥地利神经科医师 Sigmund Freud, 创立了他的精神分析学说, 在 20 世纪 30~60 年代, 成为美国的主流学派, 那是一个“灵魂”精神病学的时代。

3. 从 20 世纪 60 年代, 在精神药理学迅速发展的带动下, 生物精神病学又逐渐成为精神病学界的主流学派。虽然不断受到来自社会学、伦理学及人类学的冲击, 至今仍是主流学派。从一个侧面提示所谓的后工业化社会仍旧是一个物欲主义 (materialism) 的时代。

(二) 对精神障碍本质认识的历史演变

希波克拉底是古希腊医学家, 被称为精神病学之父。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。

中世纪神学宗教视精神病人为魔鬼附体, 精神病学的发展处于停滞甚至倒退状态。18 世纪, 法国比奈尔第一个被任命当“疯人院”的院长, 首次去掉了精神病人身上的铁链和枷锁, 把“疯人院”变成了医院。

19 世纪末, 20 世纪初, 德国克雷丕林提出了临床障碍分类学原则, 第一次将早发性痴呆作为障碍单元来描述。

(三) 现代精神病学学科发展概况

1. 生物精神病学以精神障碍遗传学、神经生化学、精神药理学研究为主导,神经影像学的研究伴随着神经成像技术的进步也越来越多地被应用。

2. 社会精神病学主要研究社会、生态以及文化差异等因素,对精神障碍和行为适应不良在发生、发展、临床表现及其转归方面的影响。

(四) 20 世纪 80 年代以来我国精神病学专业和服务机构的发展

精神障碍的防治工作从单独依靠精神病院开始重视向社区发展,并在试点地区取得了成绩。

关于精神病学的科学研究,传统的临床研究工作继续受到重视,临床精神药理研究对指导临床用药起到了作用。精神障碍的生物学基础研究方面也从单胺类递质水平扩大到神经内分泌功能的测定与受体功能的研究。对精神分裂症的分子遗传学研究也有了良好的开端。社会精神病学研究,尤其是精神障碍的流行病学调查研究也取得了明显的进展。跨文化研究,应激与健康的研究也取得十分有意义的资料。

第二章 精神障碍流行病学研究

第一节 概 述

（一）精神障碍流行病学的概念

精神障碍的流行病学是将流行病学的基本方法应用于精神卫生领域。调查精神障碍在人群中的分布、影响分布的各种有关因素、分布频率的变化及其有关因素，从而探讨精神障碍的病因、流行规律，以及制订控制、预防甚至消除精神障碍的具体措施和检查防治效果的科学。

（二）精神障碍流行病学研究的目的和用途

1. 描述各类精神障碍的人群分布情况，作为制订防治措施的依据和判断防治工作的效果。
2. 探讨障碍的病因及性质。
3. 探索各种精神障碍发病诱因以及影响病程及预后的因素。
4. 了解某些障碍完全的临床相以及描述其自然史。

第二节 流行病学研究方法

国内流行病学界常将流行病学研究方法的类型（或称设计类型）划分为描述性研究、分析性研究，实验性研究以及理论性研究。主要掌握描述性研究和分析性研究。

一、描述性研究

描述性研究是描述某地区、某特定人群中某种障碍发生或死亡的频度及其变化趋势；包括描述障碍的各种分布特点，可疑的流行因素，防治措施落实情况等。并从中探索发病（或死亡）频度与外界环境或人群某些特征之间的关系，提出与病因有关因素的线索，为进一步的分析性研究提供依据。

（一）现况研究

现况研究又称横断面调查。是在某一特定人群中，应用普查或抽样调查的方法，采用统一诊断标准，在特定时间（某时点或一短的时期）内，收集障碍资料，并同时收集社会人口学、社会环境、自然环境等资料，以描述障碍分布以及某些因素或特征与障碍之间的关联。进行现况研究时，障碍及其因素或特征是在同一时间内获得的，是并存的，因而在分析时只能提出相互之间的关联，不能分析因果关系。

1. 抽样方法 有单纯随机抽样，系统抽样，分层抽样，整群抽样和多级抽样。后三种比较常用。

2. 表示障碍频度的指标 常用表示障碍频度的指标有患病率和发病率。

(1) 患病率：为某一时点（或时期）受检人口中患有某种障碍人数的比例。是用来衡量某一时点（或时期）人群中某种障碍存在多少的指标。

患病率 = 受检人群中检出的患某病的病例数 / 受检人口数 × 1000‰

患病率又可根据调查期限是按时点还是时期分为时点患病率和期间患病率。

(2) 发病率（incidence rate）：表示在某一时期内，暴露人口中发生某病新病例的频率。是用来衡量某时期一个地区人群发生某种障碍危险性大小的指标。

发病率 = 某地某时期某人群中发生某病的新病例数 / 相同时期暴露人口数 × 1000‰

(3) 患病率与发病率基本的区别：发病率是指在某一时期人群中发生的新病例；而患病率是指在某一时点（或时期）人群中存在的所有病例，而不管这些病例发生的时间。发病率反映人群发病的危险概率，而患病率反映人群中某种病人存在的多少。

（二）障碍监测

障碍监测（disease surveillance）是在现况调查的基础上，对某类精神障碍的流行病学特点及变动趋势进行长时期的动态观察。

（三）随访研究

随访研究（follow-up studies）是对某些病例进行长期观察，用以了解精神障碍的临床过程、转归和结局。

（四）历史资料分析

历史资料分析也是描述性研究的一个重要方法。此方法是利用现成的记录或历年障碍统计资料，通过分析可以查明某个地区、某种障碍的基本流行趋势，为现况研究补充信息。

二、分析性研究

分析性研究（analytic studies）是一种检验可疑因子与障碍之间是否有统计学关联的特殊研究方法。

（一）病例对照研究

病例对照研究是以某障碍的患者为病例，以不患该障碍并具有可比性的个体作为对照，通过询问、检查或复查病史等方法，搜集既往各种可能的危险因素暴露史，测量和比较患病者与未患该病的对照者暴露于某可能危险因素的百分比差异，并经统计学检验来确定这些因素是否与该病存在关联，从而推断出可能的一个或多个危险因素。

病例对照研究的优点是：①适用于罕见障碍的病因研究；②研究样本需要的数量较少；③一次性研究可探索多种病因假设；④省时、省力，能充分利用信息。

病例对照研究的缺点是：①研究中控制选择性偏倚和回忆偏倚的难度较大；②对照组的选择较困难；③一般病例和对照的选择不是来自于某个人群，所以不能估计障碍率。

病例对照研究的基本分析步骤如下：

1. 将资料按 2×2 表格式整理，用来表示暴露与障碍之间的联系（表 2-1）。

表 2-1 病例对照研究

	病例	对照	合计
暴露	a	b	$a+b$
未暴露	c	d	$c+d$
合计	$a+c$	$b+d$	$a+b+c+d$

2. 比较两组资料中有暴露史的比例, 即比较 $a/a+c$ 与 $b/b+d$ 之间是否有差异。可用卡方检验比较某因素在病例组与对照组之间的差异是否有统计学上的显著性意义, 如果差异有显著性, 说明暴露因子可能与障碍存在关联。

3. 计算相对危险度 (relative risk 简称 RR) 和比值比 (odd ratio 简称 OR) 来估计某个暴露因素与障碍的关联强度。

相对危险度 (RR) 在病因研究中是衡量某因素与结局之间联系强度的指标, 是暴露人群的发病率与非暴露人群发病率之比。此比值表示暴露组发病的概率是非暴露组发病概率的倍数。

$$\text{暴露组发病率: } P_1 = \frac{a}{a+b}$$

$$\text{非暴露组发病率: } P_2 = \frac{c}{c+d}$$

$$RR = \frac{c+d}{P_2} \cdot \frac{P_1}{a+b} = \frac{a}{c} \cdot \frac{c}{a+b}$$

在病例对照研究中, 由于病例和对照不是来自于某个人群, 不知道病例组和对照组的资料分别占病例总数及人口的比例, 无法计算发病率, 因而不能直接计算相对危险度, 需要计算比值比来估计相对危险度。

比值比 (OR) 是指某事物发生的概率与不发生的概率之比。

$$\text{病例组与非病例组的比值比: } OR = \frac{a}{c} \div \frac{b}{d} = \frac{ad}{bc}$$

对于罕见障碍 RR 近似于 OR , 所以在病例对照研究中可以用 OR 作为相对危险度的有效估计值。

当 $OR=1$ 时, 说明危险因素与障碍无关联。 $OR>1$ 时, 危险因素与障碍呈正关联。 $OR<1$ 时, 危险因素与障碍呈负关联, 表示保护作用。

4. 计算比值比的可信区间 计算可信区间的目的是用样本的比值比来估计总体比值比的区间范围。95%可信区间则表示我们有 95%把握确信真正的 OR 值是在此区间范围内。当可信区间的下限小于 1, 而上限大于 1 时, 结果难以解释, 可能存在混杂效应, 注意去除混杂因子。

(二) 群组研究

又称队列研究、定群研究。是用来检验障碍病因假说, 确定障碍流行因素的另一种分析性研究方法。此方法是将特定人群分为暴露于某因素与非暴露于某因素的两组, 追踪观察一段时间, 比较两组某病的发病率, 如果两组的发病率经统计学检验确有差别, 则认为该因素与障碍之间存在关联。

群组研究的优点是: ①可以直接获得两个组的发病率; ②在发病之前已收集了有关

暴露的资料，可避免偏性；③可获得多种结局的资料。主要缺点是观察时间较长，实施难度较大，不适用于发病率很低的障碍的研究。

第三节 精神障碍流行病学调查的实施过程

一、评价工具的标准

(一) 可靠性 (信度)

可靠性是对测定工具所测定结果的稳定性的度量。影响工具可靠性的三大因素是测定内容、测定时间和测定人。

1. **重测信度** 相隔一段时间，再用同一工具测定同一组调查对象，比较两次测定结果的一致程度。

2. **评定人员之间的一致性** 不同评定人员对同一组调查对象同时进行评定，看其一致的程度。测定评定人员一致性的方法有配对一致率，卡帕值，组内相关系数等（详见一致性检验部分）。

(二) 真实性 (效度)

真实性是指工具所测结果与真实情况的吻合程度，也就是测定工具的准确性。测定效度包括两个成分，即灵敏度（发现真阳性的效率）和特异度（发现真阴性的效率）。

1. **灵敏度 (真阳性率 sensitivity)** 即有病而被筛选查出有病的百分率。公式为：

$$\text{灵敏度} = \frac{a}{a+c} \times 100\%$$

2. **特异度 (真阴性率 specificity)** 即无病而被筛选判为无病的百分率。公式为：

$$\text{特异度} = \frac{d}{b+d} \times 100\%$$

3. **假阴性率 (false negative rate)** 即有病而被筛选判为无病的百分率。公式为：

$$\text{假阴性率} = \frac{c}{a+c} \times 100\% = \left(1 - \frac{a}{a+c}\right) \times 100\%$$

4. **假阳性率 (false positive rate)** 即无病而被筛选判为有病的百分率。公式为：

$$\text{假阳性率} = \frac{b}{b+d} \times 100\% = \left(1 - \frac{d}{b+d}\right) \times 100\%$$

表 2-2 为评价筛查工具真实性的资料归纳表：

表 2-2 评价资料归纳表

筛查结果	标准分类		合计
	有病	无病	
阳性	a	b	a+b
阴性	c	d	c+d
合计	a+c	b+d	a+b+c+d

a=阳性一致例数；b=筛选为阳性，而标准分类为阴性的例数；c=筛选为阴性，而标准分类为阳性的例数；d=阴性一致例数。

二、一致性检验

现将 WHO 1990 年所提供检验一致性的方法简介如下:

卡帕值 (Kappa) 的含义是在去除机遇一致概率之后, 实际观察到的一致概率与理论的一致概率之比值。基本计算公式为:

$Kappa = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$ 其中, P_o 代表观察一致率 (即为配对一致率); P_e 代表机遇一致率; 1 代表最大一致率。

P_e 的计算公式为:

$$P_e = \frac{2}{k(k-1)} \sum_{k=1}^N \cdot \sum_{r=1}^N \cdot \sum_{q=r}^K \cdot P_{ri} P_{qi}$$

式中, k 代表评定者数; N 代表评定的等级数; r 、 q 分别代表一名评定者; i 代表评定的某一等级; P_{ri} 代表第 r 名评定者对多名被调查者的评定结果中, 评为 i 等级的比率; P_{qi} 代表第 q 名评定者对多名被调查者的评定结果中, 评为 i 等级的比率。

Kappa 值一般在 +1 和 -1 之间。Kappa = 1 表示完全一致; Kappa = 0 表示观察到的一致完全是由机遇造成的。Kappa 值为正值表示观察到的一致大于机遇的一致; Kappa 值为负值表示机遇一致大于观察到的一致。当 Kappa 值较小时, 需要对求得的 Kappa 值与 Kappa = 0 进行显著性检验。按公式求出 Z 值, 根据 Z 值大小来判断差异是否有显著性。

$$Z = \frac{Kappa}{\sigma_k} \quad (\text{若 } Z > 1.96, P < 0.05; Z > 2.58, P < 0.01)$$

$$\sigma_k = \sqrt{P_o \cdot (1 - P_o) / s \cdot (1 - P_o)^2} \quad (s \text{ 代表被调查者人数})$$

Kappa 值不适用于极端情况。如果评定者之间仅有个别一致或个别不一致时, Kappa 值会出现较大的波动, 致使结果难以解释。另外, Kappa 值不适用于连续性的资料, 仅适用于按等级评定结果的一致性检验。

第四节 国内精神障碍流行病学研究概况

1982 年全国 12 个地区和 1993 年全国 7 个地区精神障碍流行病学调查: 表 2-3 及表 2-4 分别为 1982 年全国 12 个地区和 1993 年 7 个地区精神障碍总患病率 (15 岁及以上人口)。

表 2-3 1982 年全国 12 个地区和 1993 年 7 个地区精神障碍总患病率

患病率 (‰)	1982 年 (n=38136)			1993 年 (n=19223)		
	城	乡	合计	城	乡	合计
时点患病率	11.19	9.88	10.54	10.68	11.61	11.18
终生患病率	13.18	12.19	12.69	12.96	13.91	13.47

总之, 两次全国协作调查表明, 精神障碍 (不包括神经症) 总患病率在相同 7 个地

区比较虽然有上升趋势,但标化后差异无显著性。在各类精神障碍中,只有酒依赖患病率 1993 年较 1982 年明显上升,提示与社会环境密切相关的精神障碍应受到更多的关注。精神分裂症、精神发育迟滞和情感性障碍的患病率居前三位,仍应是防治的重点。

表 2-4 1982 年全国 12 个地区和 1993 年 7 个地区几种主要精神障碍患病率排序

序位	1982 年		1993 年	
	精神障碍	终生患病率 (%)	精神障碍	终生患病率 (%)
	精神分裂症	5.69	精神分裂症	6.55
	精神发育迟滞	2.88	精神发育迟滞	2.71
	情感性障碍	0.76	情感性障碍	0.83
	反应性精神障碍	0.68	酒精依赖	0.68
	脑血管病所致精神障碍	0.50	药物依赖	0.52

第三章 精神障碍的病因学

第一节 病因分类概述

精神障碍的病因可根据研究的角度不同进行如下分类。

1. 遗传因素和环境因素 遗传学家认为任何精神障碍都是个体的遗传因素与环境因素共同作用的结果。例如在染色体畸变所致精神发育迟滞中，遗传因素起了决定性作用，有些障碍例如苯酮尿症所致精神障碍，其致病基因的作用需要一定环境条件，例如食用含大量苯丙氨酸的食物才能显现出来。

2. 素质因素、诱发因素和附加因素 在障碍的发生过程中，可能有多种因素起作用。通常有以下三类：

(1) 素质因素：这类因素表现为个体对其他有害因素的承受能力。心理素质是否健全对童年和成年精神障碍的发生都有重要影响。

(2) 诱发因素：是指紧接起病前作用于个体，促使障碍发生的事件，可以是躯体的、心理的或社会的。躯体因素如颅脑损伤、感染、化学药品等。

(3) 附加因素：是指障碍发生之后附加于个体，使障碍加剧或使病程持续下去的事件。

3. 致病因素与条件因素 导致发病所必需的因素称为致病因素。为致病因素发挥作用提供必要条件的因素称为条件因素。

4. 生物因素、心理因素和社会因素 生物因素的研究通常采用医学实验的方法，心理因素需要采取心理学的分析方法，而社会因素则有赖于客观可靠的社会调查。

第二节 生物学因素

(一) 遗传

1. 染色体畸变 染色体数目和形态结构的改变常导致遗传信息的变化，在临床上则表现为严重的躯体和发育障碍，有的还引起人格异常、违法犯罪倾向和类似精神分裂症等表现，统称为染色体病。21 三体引起的先天愚型；XXY (Klinefelter 综合征)、XO (Turner 综合征)。脆性 X 染色体不仅可导致精神发育迟滞，而且与儿童学习困难、儿童行为障碍和儿童孤独症等有关。

2. 单基因病 由于单个基因突变导致酶的质或量的改变引起的一类障碍称为先天性代谢缺陷或遗传性代谢缺陷病。在已知的 200 多种酶的缺陷病中，可引起精神发育障碍或行为异常者约 70 余种。大多为常染色体隐性遗传，包括：氨基酸代谢障碍，如苯丙酮尿症；糖代谢障碍，如半乳糖血症；溶酶体贮积病，如神经节苷脂贮积病等。常染

染色体显性遗传,如 Huntington 病、结节性硬化;X 连锁遗传,如粘多糖贮积症Ⅱ型、Lesch-Nyham 病等。

3. 多基因病 一些原因不明的精神发育迟滞、精神分裂症、情感性精神障碍以及 Alzheimer 病等都属于这一类,称复杂性遗传病。常由于多个基因共同作用而致病。这类障碍除家族性 Alzheimer 病的部分致病基因已经分别定位于 21 号、14 号和 1 号染色体之外,多数障碍的致病基因尚未明确。

(二) 感染

包括全身性感染、中枢神经系统感染和其他系统感染均可引起精神障碍。病原体可为寄生虫、螺旋体、立克次体、细菌、病毒等。

(三) 化学物质

各种对中枢神经系统有害的物质都可引起精神障碍。

(四) 脑和内脏器官障碍

1. 颅脑障碍 颅脑损伤、脑血管障碍、颅内肿瘤、脑变性障碍是引起脑器质性精神障碍的主要原因。

2. 内脏器官障碍。

第三节 心理因素

心理因素简称为心因,包括心理素质和心理应激两方面。

(一) 心理素质

人格是个体心理素质的体现。Eysenk 人格测验的结果表明:神经质特征突出的人容易产生各种神经症性障碍。而精神质特征突出者容易产生精神分裂症等精神病障碍。童年遭受躯体性和性虐待者,成年以后容易患抑郁症和分离障碍等神经症性障碍。童年期受到过分保护,其应付机能往往不健全,处于应激状态时容易产生应激障碍。

(二) 心理应激

引起心理应激的生活事件必须具备如下两个条件:①对接受者有重要的利害关系;②达到足以激发剧烈情绪反应的强度或频度。

第四节 社会因素

社会因素是指对个体心理健康产生良好的或不良的社会影响。

(一) 社会文化

社会环境和传统文化对躯 thể健康和心理健康都可产生重要影响。恐缩症(Koro)的流行是中国、印度和东南亚居民中特有的现象。还有一些精神障碍如马来西亚的“杀人狂”等也都与社会文化背景密切相关。分离障碍、恍惚状态和附体状态在低文化地区较高文化地区要常见得多。Alzheimer 病在低文化人群中患病率明显高于高文化人群。

(二) 社会变迁

城市化、工业化、移民的迁徙都会对精神障碍的障碍谱产生重大影响。20 世纪 80 年代末由于受到国际社会的影响,在我国海洛因依赖和获得性免疫缺陷病的患病率急剧

上升。酒精滥用或慢性酒精中毒的病例上升也很快。另一方面，随着社会生活普遍改善，人均寿命延长，老年痴呆和老年抑郁症的患病增加了，而感染诱发的精神障碍则明显减少。

（三）社会压力

来自于战争、种族歧视、暴力犯罪、政治迫害以及贫困等社会压力，对心理健康可造成严重损害。

（四）社会支持

是指人际关系对应激的有害影响所起的保护作用。近代的许多研究表明：社会支持能够减轻应激对健康的不利影响。