



“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材
中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材

全国高等医学院校教材
供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

精神病学

(第3版)

主编 马辛 毛富强
主审 蔡焯基

Psychiatry



北京大学医学出版社



“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材

中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材
全国高等医学院校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

精神病学

Psychiatry

(第3版)

主 编 马 辛 毛富强

主 审 蔡焯基

副主编 杨甫德 刘 靖 胡 建 任艳萍

王长虹 苑 杰 翟金国

编 者 (按姓名汉语拼音排序)

蔡焯基 (首都医科大学)
陈 敏 (济宁医学院)
侯也之 (首都医科大学)
胡 建 (哈尔滨医科大学)
李 洁 (天津医科大学)
李 平 (齐齐哈尔医学院)
李占江 (首都医科大学)
刘 靖 (北京大学医学部)
刘晓玲 (河北联合大学)
马 辛 (首都医科大学)
毛富强 (天津医科大学)
潘集阳 (暨南大学医学院)
任艳萍 (首都医科大学)
谭云龙 (北京大学医学部)

王长虹 (新乡医学院)
王传跃 (首都医科大学)
王学义 (河北医科大学)
徐 晔 (哈尔滨医科大学)
许秀峰 (昆明医科大学)
闫 芳 (首都医科大学)
杨甫德 (北京大学医学部)
叶兰仙 (兰州大学)
苑 杰 (河北联合大学)
翟金国 (济宁医学院)
张瑞岭 (新乡医学院)
赵阿勤 (齐齐哈尔医学院)
郑 毅 (首都医科大学)

北京大学医学出版社

JINGSHENBING XUE

图书在版编目 (CIP) 数据

精神病学 / 马辛, 毛富强主编. —3 版. —北京:
北京大学医学出版社, 2013.12
ISBN 978-7-5659-0680-0

I. ①精… II. ①马…②毛… III. ①精神病学-医
学院校-教材 IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 267128 号

精神病学 (第 3 版)

主 编: 马 辛 毛富强

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 药 蓉 宋小妹 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/16 印张: 20 字数: 568 千字

版 次: 2013 年 12 月第 3 版 2013 年 12 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0680-0

定 价: 38.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等医学院校临床专业本科教材评审委员会

主任委员 王德炳 柯 杨

副主任委员 吕兆丰 程德基

秘 书 长 陆银道 王凤廷

委 员 (按姓名汉语拼音排序)

白咸勇 曹德品 陈育民 崔慧先 董 志

郭志坤 韩 松 黄爱民 井西学 黎孟枫

刘传勇 刘志跃 宋焱峰 宋印利 宋远航

孙 莉 唐世英 王 宪 王维民 温小军

文民刚 线福华 袁聚祥 曾晓荣 张 宁

张建中 张金钟 张培功 张向阳 张晓杰

周增桓

序

北京大学医学出版社组织编写的全国高等医学院校临床医学专业本科教材（第2套）于2008年出版，共32种，获得了广大医学院校师生的欢迎，并被评为教育部“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材。这是在教育部教育改革、提倡教材多元化的精神指导下，我国高等医学教材建设的一个重要成果。为配合《国家中长期教育改革和发展纲要（2010—2020年）》，培养符合时代要求的医学专业人才，并配合教育部“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材建设，北京大学医学出版社于2013年正式启动全国高等医学院校临床医学专业（本科）第3套教材的修订及编写工作。本套教材近六十种，其中新启动教材二十余种。

本套教材的编写以“符合人才培养需求，体现教育改革成果，确保教材质量，形式新颖创新”为指导思想，配合教育部、国家卫生和计划生育委员会在医药卫生体制改革意见中指出的，要逐步建立“5+3”（五年医学院校本科教育加三年住院医师规范化培训）为主体的临床医学人才培养体系。我们广泛收集了对上版教材的反馈意见。同时，在教材编写过程中，我们将与更多的院校合作，尤其是新启动的二十余种教材，吸收了更多富有一线教学经验的老师参加编写，为本套教材注入了新鲜的活力。

新版教材在继承和发扬原教材结构优点的基础上，修改不足之处，从而更加层次分明、逻辑性强、结构严谨、文字简洁流畅。除了内容新颖、严谨以外，在版式、印刷和装帧方面，我们做了一些新的尝试，力求做到既有启发性又引起学生的兴趣，使本套教材的内容和形式再次跃上一个新的台阶。为此，我们还建立了数字化平台，在这个平台上，为适应我国数字化教学、为教材立体化建设作出尝试。

在编写第3套教材时，一些曾担任第2套教材的主编由于年事已高，此次不再担任主编，但他们对改版工作提出了很多宝贵的意见。前两套教材的作者为本套教材的日臻完善打下了坚实的基础。对他们所作出的贡献，我们表示衷心的感谢。

尽管本套教材的编者都是多年工作在教学第一线的教师，但基于现有的水平，书中难免存在不当之处，欢迎广大师生和读者批评指正。

王德炳 柯杨

2013年11月

第3版前言

五年制全国高等医学院校教材《精神病学》自2009年出版已过去了四年。四年来，我国精神医学发展迅速。第一部《中华人民共和国精神卫生法》的出台标志着精神卫生是我国当前重大的社会公共卫生问题的理念已成为社会共识。心理健康和精神卫生工作对国民素质的提高、国民经济的发展乃至和谐社会的建设正在产生深远的影响，公众对心理卫生服务的需求明显增加。与此同时，精神医学无论是基础还是临床研究的发展都日新月异，新理论、新技术、新知识不断涌现，并在众多综合性医疗机构和社区精神卫生康复工作中广泛推广应用。

面对精神医学学科发展和社会需求的增加，精神病学教学必须适应形势发展的要求，致力于培养五年制医学生在较全面了解和基本掌握精神病学基本理论、基本知识和基本技能的基础上，较全面地知晓精神病学近年来国内外的新进展、新成果。因此，新教材的编写必须进一步认真处理好基础与前沿、“三基”与新进展的关系，使教材的内容不仅有实用性，还应有指导性和先进性。

本教材在2版教材的基础上新增了研究生入学和执业医师考试的相关内容，主要包括医患沟通及医学伦理学、人文学等方面的内容。《中华人民共和国精神卫生法》于2013年颁布并实施，是中国精神卫生工作的一部大法。本书对《中华人民共和国精神卫生法》的主要内容和意义进行了介绍。在疾病编写上，结合美国2013年新出版的《精神疾病诊断手册（第5版）》，增加了相应的内容，保证了教材的先进性和与国际接轨。在基础理论方面，增加了精神疾病的神经生物学基础以及各类精神疾病临床流行病学调查的内容。精神卫生健康教育作为社会日益增加的一项服务需求，本书亦对这部分内容有所介绍。此外，新版教材沿袭上一版教材的特色，每章后附有思考题，书后列有中英文专业词汇索引，便于读者掌握各章节的重点内容和查阅中英文专业词汇。

本教材的编写工作由首都医科大学、北京大学医学部、天津医科大学、哈尔滨医科大学、新乡医学院、河北联合大学、济宁医学院、河北医科大学、昆明医科大学、暨南大学医学院、兰州大学、齐齐哈尔医学院12所医学院校的26名资深精神医学专家担任，大大提高了教材的专业水准和编写质量。同时，本教材的组织编写工作得到了北京大学医学出版社的全面支持和帮助。在此，对所有参编作者和出版社表示由衷的感谢。

尽管我们对新教材的编写力图精益求精，以臻完善，但终因能力所限，总会挂一漏万，顾此失彼，谬误难免，在此敬请同道斧正！

首都医科大学附属北京安定医院 蔡焯基

2013年8月

目 录

第一章 绪论1	第六章 躯体疾病所致精神障碍 61
第一节 基本概念1	第一节 概述 61
第二节 精神病学简史2	第二节 常见躯体疾病所致精神障碍 ... 65
第三节 精神病学与现代医学的关系4	第七章 精神活性物质所致精神障碍 76
第四节 我国精神病学发展面临的 形势与任务5	第一节 概述 76
第五节 精神卫生法9	第二节 药物依赖 76
第二章 精神障碍的病因与分类 11	第三节 酒精所致精神障碍 82
第一节 精神障碍的病因 11	第八章 非成瘾物质所致精神障碍 88
第二节 精神障碍的分类 19	第一节 概述 88
第三章 常见精神症状与综合征 22	第二节 一氧化碳中毒所致精神障碍 ... 88
第一节 概述 22	第三节 有机磷化合物中毒所致精神 障碍 90
第二节 常见精神症状 22	第四节 重金属所致精神障碍 91
第三节 常见精神症状综合征 35	第五节 药源性精神障碍 93
第四章 精神检查与精神障碍的诊断 37	第九章 心身疾病 95
第一节 医患沟通技巧 37	第一节 概述 95
第二节 精神检查的相关问题 38	第二节 常见心身疾病101
第三节 病史采集及精神检查 40	第十章 心理因素相关性生理障碍103
第四节 躯体检查及特殊检查 43	第一节 进食障碍103
第五节 精神症状的量表评定 45	第二节 非器质性睡眠障碍108
第六节 诊断原则 47	第十一章 神经症性障碍121
第七节 病历书写及病程记录要求 ... 48	第一节 概述121
第五章 脑部疾病所致精神障碍 50	第二节 恐惧症123
第一节 概述 50	第三节 惊恐障碍125
第二节 阿尔茨海默病 50	第四节 广泛性焦虑障碍127
第三节 血管性痴呆 55	第五节 强迫性障碍129
第四节 其他脑变性疾病所致精神 障碍 56	第六节 躯体形式障碍133
第五节 颅内感染所致精神障碍 57	第七节 神经衰弱136
第六节 脑外伤所致精神障碍 57	第十二章 分离(转换)性障碍139
第七节 脑肿瘤所致精神障碍 58	
第八节 癫痫所致精神障碍 59	

第十三章 应激相关障碍147	第五节 抗焦虑药235
第一节 概述147	第六节 其他药物236
第二节 急性应激障碍148	第七节 精神科急症与处理239
第三节 创伤后应激障碍149	第二十章 精神障碍的物理治疗244
第四节 适应障碍150	第一节 电抽搐治疗244
第五节 与文化相关的精神障碍152	第二节 重复经颅磁刺激治疗248
第六节 应激相关障碍的治疗153	第二十一章 心理治疗252
第十四章 精神发育迟滞与广泛性发育障碍156	第一节 概述252
第一节 精神发育迟滞156	第二节 心理治疗的对象257
第二节 儿童孤独症161	第三节 治疗者258
第十五章 儿童和少年期精神障碍167	第四节 治疗协议260
第一节 注意缺陷/多动障碍167	第五节 心理治疗中的一些基本理念和常用技术261
第二节 品行障碍172	第六节 心理治疗的主要流派265
第三节 特发于童年的情绪障碍174	第二十二章 会诊联络精神病学271
第四节 抽动障碍177	第一节 概述271
第十六章 心境障碍183	第二节 临床中的会诊联络精神病学 272
第十七章 精神分裂症及其他妄想性障碍195	第二十三章 精神障碍的康复281
第一节 精神分裂症195	第一节 精神康复简史281
第二节 妄想性障碍205	第二节 精神康复的概念和原则282
第三节 急性而短暂的精神病性障碍206	第三节 精神康复的程序和步骤284
第十八章 人格障碍、性心理障碍、习惯和冲动控制障碍207	第四节 医院内和社区中康复的循环288
第一节 人格障碍207	第五节 精神残疾的评估290
第二节 性心理障碍211	第二十四章 社区精神卫生服务292
第三节 习惯和冲动控制障碍215	第一节 概述292
第十九章 精神障碍的药物治疗218	第二节 社区精神卫生服务的组织形式292
第一节 概述218	第三节 社区精神卫生服务的内容294
第二节 抗精神病药218	第四节 精神疾病的社区管理297
第三节 抗抑郁药225	主要参考文献301
第四节 心境稳定剂232	中英文专业词汇索引302

四、精神病学

按古希腊语的解析, Psyche 即精神、灵魂之意, -iatria 为治疗之意, 故精神病学被定义为“治疗灵魂疾病”的医学, 是古代医学的一部分。现代精神病学 (psychiatry) 的概念是以研究各种精神疾病 (或精神障碍) 的病因、发病机制、临床病象、疾病的发展规律, 以及以治疗和预防为目的的一门科学。它是临床医学的一个分支。随着医学科学的发展和日益增长的社会需求, 现代精神病学的研究范畴亦日渐扩大, 专业的划分更加深入和专业化, 目前精神病学有临床精神病学 (其中包括普通成人精神病学、儿童精神病学、老年精神病学)、司法精神病学、联络-会诊精神病学、精神病流行病学、社会精神病学、社区精神病学、职业精神病学、跨文化精神病学等。进入 20 世纪 70 年代, 国际和国内广泛采用精神卫生 (mental health) 和精神医学 (psychological medicine) 的术语, 其含义较传统的精神病学更广泛, 它不仅包括研究各类精神疾病 (或精神障碍) 的病因、发病机制、临床病象、治疗与预防, 同时还包含研究与探讨心理社会因素对人体健康和疾病的作用与影响, 以减少和预防各种心理或行为问题的发生, 以及精神卫生健康教育等内容。可见, 广义的精神卫生或精神医学的内容包括传统的精神病学和心理卫生两方面。

第二节 精神病学简史

精神病学的发展走过了漫长而曲折的道路, 其发展速度与水平受各个不同历史阶段的学科水平、意识形态、哲学观点的影响与制约。因此, 回顾历史, 以史为鉴, 对于理解精神病学发展的现状、展望与筹划今后的发展至关重要。简言之, 世界精神病学的发展史可分为四个阶段, 即远古阶段、中世纪阶段、近代史阶段和现代史阶段。

一、远古阶段

远古阶段的精神病学发展, 主要表现在古代朴素的唯物主义思想对精神病的认识上。公元前 460—公元前 377 年, 希腊医学家希波克拉底 (Hippocrates) 首先认识到精神疾病是大脑活动破坏的结果, 认为脑是思维的器官, 精神异常是一种病, 是可以治疗的。进而提出了精神病的体液病理学说, 认为人体内有血液、黏液、黄胆汁和黑胆汁四种基本体液, 此四种体液的正常混合保持了人体的健康, 如若其中的某一种过多、过少或相互关系失常, 人就会生病。如人体内黑胆汁过多, 进入脑内, 干扰和破坏脑的活动, 人就会患抑郁症。同时, 希波克拉底还对精神疾病进行了分类, 首先划分出癫、躁狂、抑郁、产褥精神病、酒精中毒性谵妄和痴呆等, 并分别做了描述。由于希波克拉底的贡献, 故被后人称颂为科学的医学奠基人和精神病学之父。此外, 此时期还有不少学者如公元前 3 世纪的阿雷提阿斯 (Areteas), 公元前 128—公元前 56 年的阿斯克勒披亚底斯 (Asclepiades), 以及后来的奥雷里安纳斯 (Aurelianus) 等均分别对精神病的分类、病因假设以及以音乐、改变生活环境、工作娱乐和简单的物理、药物、心理等措施治疗精神疾病方面做出过重大贡献, 为精神病学的发展奠定了基础。

二、中世纪阶段

从公元 476 年至 17 世纪资产阶级兴起的漫长历史阶段, 医学为神学和宗教所垄断, 处在黑暗时期, 对精神病的看法大大后退, 精神病患者被视为魔鬼附体, 以拷打、烙烧以及驱鬼等惨无人道的手段对待, 无数精神病患者受到残酷的迫害与摧残。更有甚者, 对此类恶行持批评态度、伸张正义的学者也被视为危险分子而遭杀害。此历史阶段, 精神病学的发展停滞不前。

三、近代史阶段

18世纪法国大革命的胜利对精神病学发展的深远影响是近代史阶段精神病学发展的主要特征。此时期,由于工业革命高潮的到来,科学快速进步,迷信受到巨大打击,致使医学逐渐摆脱了中世纪唯心主义及神学的束缚,精神病学的发展发生了质的飞跃,精神病真正被认为是需要治疗的疾病,精神病患者被认为是社会的成员。此时期最具代表性的是法国精神病学家比奈尔(Pinel, 1754—1826),是法国第一位被任命的“疯人院”院长,他对精神病医院进行了历史性的改革,将“疯人院”变为真正意义的医院,解除了患者的铁链和枷锁,将患者从终身囚禁中解放出来,使医生对患者精神症状的研究成为可能,进而发现了错觉和幻觉的区别,对“环性精神病”等精神障碍进行了描述,对麻痹性痴呆进行了临床和病理解剖学研究,使法国的精神病学有了显著进展。应该指出,在18和19世纪的德国,仍然存在两个观点对立的学派,即所谓“精神学派”和“躯体学派”。受康德和黑格尔哲学思想的影响,精神学派认为精神病是精神和灵魂本身的病,是罪恶和居心不良所致,主张由哲学家进行道德教育,不应由医生治疗。而躯体学派认为,精神病是躯体原因所致,应从躯体变化去寻找病因、积累资料和实验以利于疾病的治疗,这种观点体现了唯物主义的科学精神,对当时精神病学的发展有一定的积极意义。

四、现代史阶段

自19世纪中叶至20世纪40年代,自然科学包括基础医学如生理学、解剖学和病理学的发展,以及大量临床资料的积累,推动了精神病学的发展,最突出的进展是德国Griesinger在1845年提出的“精神病是脑病变所致”的观点。尔后,在19世纪末至20世纪初期,德国学者克雷丕林(Kraepelin, 1856—1926)提出了临床疾病分类原则,即认为精神疾病可根据客观生物学规律分成数类,每一类精神疾病均应有其独特的病因,特征性的精神症状和体征,典型的病程和病理解剖改变,以及与疾病本质相关的预后和转归。据此理论,克雷丕林首次将早发性痴呆(现称为精神分裂症)视为独立疾病单元,并认为青春痴呆、慢性系统性妄想症、紧张症和早发性痴呆是同一疾病的亚型。认为躁狂症和抑郁症临床表现虽然相反,但本质上是同一疾病的不同表现,而首先由他命名为躁狂抑郁性精神病。进入20世纪初至40年代,还有许多精神病学家对精神疾病的命名、分类、病因、发病机制进行过心理学、生理学、遗传学、大脑解剖学等多学科的研究与探索。如布鲁勒提出以精神分裂取代克雷丕林的早发性痴呆的命名,以及精神分裂症的“4A”症状(即联想障碍, association disturbances; 矛盾观念, ambivalence; 情感淡漠, apathy; 内向性, autism); 弗洛伊德(Sigmund Freud)的精神分析学说; 阿道夫·麦尔(Adolf Meyer)的精神生物学说以及巴甫洛夫的条件反射学说,等等,都对精神病学的发展作出了卓越的、不可磨灭的贡献。

20世纪50年代开始,特别是进入21世纪以来,当代精神病学取得了突飞猛进的发展。众多基础学科如遗传学、神经生理、神经生化、精神药理、神经免疫的迅速发展,分子生物学理论与应用上的长足进步,电生理学、脑影像学、心理测查等新技术在精神疾病的诊治和研究中的广泛应用,特别是社会学、社会心理学乃至人类学的理论在精神疾病以及心理行为问题的病因、治疗、预防与康复等诸多领域研究中越来越受到重视,彰显了人类对疾病(特别是精神病)本质的认识发生了根本性的变化。现今,人们不仅能深入到分子水平,如神经细胞膜、受体、酶和氨基酸的分子水平去探索精神疾病的病因和发病机制,而且还十分重视心理社会应激因素对精神疾病和各种心理和行为问题的致病作用。以生物、心理和社会三维的整体观念、结合现代高水平的基础医学理论和日新月异的高科技技术去研究疾病本质和重视患者的权益是当代“生物—心理—社会”医学模式的理论核心。这种疾病观念质的飞跃是标志当代精神病学

迅速发展的里程碑，21 世纪的精神医学正以惊人的速度和史无前例的辉煌成果与时俱进。

五、精神病学与中医中药学

中医关于精神病学的论述最早可追溯到《内经》，约为公元前 3 世纪—公元前 2 世纪，除记录正常精神活动外，还记录了精神疾病临床症状方面，如阳厥（发热谵妄）、妄见妄闻（幻觉）、怪异言行等。在治疗方面，提出了辨证论治原则，迄今仍是指导中医治疗精神疾病的基本原则，并提出了针灸治疗精神病的穴位和方法以及民间的方剂。610 年巢元方著的《诸病源候论》是我国第一部论述精神疾病病因症候学的专著，根据病因和症状分别列出 30 余种精神病的综合征，包括癫狂、鬼邪候等。唐代孙思邈的《千金方》对癫狂证候的描述更加丰富和细致。王焘所著的《外台秘药》认为气血失调为发狂的病理。这三部巨著为我国有关精神病的诊断和治疗进行了总结，迄今仍为学习中医的重要参考书。此后，中医中药治疗精神疾病的方法不断发展，并且在精神疾病的病因和病机方面提出了很多新的见解，如“痰迷心窍”学说，“心血不足”论，“血迷心包”论，以脏象为基础的综合辨证论等，不仅为临床归纳提供范例，而且为精神疾病药物治疗方剂的出现提供了依据。清代陈世铎所著的《石室秘录》将精神病划分为狂病、癫病、花癫和呆病四类，并根据分类给予方药治疗，是一部精神病论述的巨著。清代王清任创癫狂梦醒汤等方剂，提倡用活血化瘀的方法治疗精神疾病，此方法目前仍为精神病学界应用。

1840 年鸦片战争以后，祖国中医药学处于奄奄一息的状态，所幸新中国成立后，祖国中医药学又得到发展。特别是中西医结合方针以及西学中方针的提出，我国精神病学医务工作者应用中草药与针灸通过辨证施治治疗精神疾病，在广泛医疗实践的基础上，开展科研工作，不断积累经验，将祖国中医药学的遗产发扬光大。

第三节 精神病学与现代医学的关系

在现代医学中，精神病学和临床医学与基础医学的关系十分密切，这是由人体内中枢神经系统与其他生理系统密不可分的生物学基础所决定的。大脑作为中枢神经系统的高级部分，对来自体内外环境的各种应激发挥着协调、筛选和整合的主导作用，大脑的功能活动与其他生理系统的功能活动彼此联系，相互制约，共组平衡，以维系人体功能的正常运转。正常情况下，人体内分泌功能的生理变化会导致中枢神经系统，尤其是脑功能的明显变化，反之亦然。病理情况下，这些变化会十分剧烈而持久。临床上，各种躯体疾病如心血管疾病、内分泌功能紊乱、营养代谢性疾病均会影响脑功能而出现精神症状或诱发各种精神疾病。反之，脑功能紊乱同样会产生一系列内脏自主神经功能、代谢功能和内分泌功能明显且持续的失调。不少精神疾病患者，如抑郁症患者发病期间可出现月经紊乱、闭经、食欲缺乏、体重减轻、便秘、失眠和自主神经功能紊乱等症状。尤其应注意的是，神经系统疾病与精神疾病常互为因果，同一疾病过程中既可有神经系统疾病的症状和体征，又可有精神症状，两者并存。上述两类患者患病时，都会就诊于综合医院各临床科室或精神病科。可见，精神病学与其他临床学科特别是神经病学的关系何等密切。鉴于此，综合医院临床各科的医护人员，要高度警觉各种躯体疾病，包括神经系统疾病患者出现精神症状或精神疾病的可能性，在诊治各类躯体疾病时，掌握识别和处置精神疾病的基本知识和技能。同样，精神科医生亦应学会常见躯体疾病的诊疗技术。对于严重或复杂的躯体疾病与精神疾病共病问题，通过发展联络—会诊精神病学（liaison-consultation psychiatry）加强临床医学各科与精神科之间的会诊来解决。

当今人类已充分认识到精神病是脑的疾病，是生物、心理和社会因素综合作用的结果。遗憾的是，迄今为止，绝大多数精神疾病的病因和发病机制尚未阐明。自然科学，特别是基础医

学的发展,是精神病学发展的关键所在,精神病学的发展有赖于应用先进的基础医学理论和技术逐步揭开正常脑功能和脑功能紊乱的奥秘。近30年来,围绕着精神疾病病因学的问题,世界范围内开展了众多基础科学研究,如分子生物学、神经内分泌学、分子遗传学、神经生化、精神药理学以及心理学的理论研究,以及相关新技术开发和应用,如影像技术、放射免疫技术、微量测定技术等。这些理论和技术都纷纷应用于精神病学的研究中,建立了相应的基础医学研究分支,积累了大量与精神疾病病因及发病机制有关的宝贵资料,为最终揭示精神疾病病因及推动精神病学的发展奠定了广泛而深入的自然科学基础。另一方面,基础医学也在精神病学的研究中得以发展和完善。此外,精神病学与基础医学的关系还表现在:人们对情绪及心理活动如何影响躯体功能和心身健康、心理社会刺激与疾病间的关系等问题越来越关注;运用医学心理学、行为科学和心身医学等基础学科的原理解释精神障碍的病因、发病机制、临床表现,指导精神疾病的诊断和防治工作的趋势日益明显。这些均表明精神病学与基础医学是相辅相成、互相促进、密不可分的关系。

第四节 我国精神病学发展面临的形势与任务

世界精神病学的发展洪流一直推动着我国精神病学的发展。作为临床医学的一个学科,我国精神病学的发展,自100年前至今,经历了从无到有,从小到大,从相对落后到全方位与世界现代精神病学发展前沿接轨的发展历程。回顾我国精神病学的发展,从建国前基础十分薄弱,到20世纪50年代初期重新起步,再到20世纪70—80年代迅猛发展,直至21世纪与世界精神病学发展潮流全面接轨的漫长发展阶段,尤其是20世纪末期到21世纪初,我国精神病学在学科建设、人才培养、学术交流,以及精神疾病流行病学调查、社区精神卫生服务、国际学术交流与合作、精神卫生立法等方面发展迅猛,成果显著,取得了十分可喜的进步,为我国精神医学跃居世界先进行列打下了十分坚实的基础。

20世纪80年代以来,尤其是进入21世纪后,公众对精神卫生在国家经济建设、社会发展和心身健康方面重要性的认识已有了显著的提高,精神卫生是我国当前重大的公共卫生问题和社会问题,直接影响着国民的整体素质、社会稳定和我国社会主义现代化建设的快速可持续发展,是当前我国构建社会主义和谐社会重要内容的理念已渐成共识。2005年9月21日,原国家卫生部在《关于开展世界精神卫生日主题宣传活动的通知》中提出:“对精神健康的关注是对人的根本关注,国民精神健康和享有精神卫生服务的水平是衡量一个国家社会稳定和文明程度的重要标志之一,也直接影响到社会的和谐与发展。”2006年10月11日在中国共产党第十六届中央委员会第六次全体会议上通过的《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》中明确指出:“注重促进人的心理和谐,加强人文关怀和心理疏导,引导人们正确对待自己、他人和社会,正确对待困难、挫折和荣誉。加强心理健康教育 and 保健,健全心理咨询网络,塑造自尊自信、理性平和、积极向上的社会心态。”这体现了我国政府已充分认识到心理健康(即精神健康)和精神卫生工作对建设和谐社会的深远影响,并将精神卫生工作提升到构建社会主义和谐社会的战略高度。认识的提高、观念的改变以及党和政府的高度关注有力地推动着精神卫生事业的发展。目前我国精神病学在学科建设,精神卫生服务机构的规模、服务性质与范围,专业技术队伍的数量、质量与学术水平,教学与科研工作以及国内外学术交流等方面都取得了显著的成绩,发展十分迅猛。今天,我国精神卫生工作已有了较为明确的发展方针,遵循着“政府领导、社会参与、防治结合、重点干预、广泛覆盖、依法管理”的策略,逐渐形成了集医疗、教学、科学研究、防治与康复、对外交流、社区服务和精神卫生的宣传与教育为一体的、较为完整的学术和管理体系,对提高全民心身健康水平,适应社会主义经济建设的需要,促进精神卫生事业的发展发挥着越来越重要的作用。

一、我国精神卫生工作面临的形势

综观世界精神卫生工作发展的现状以及临床医学和其他学科的发展水平,我国精神病学的发 展仍相对滞后,困难和问题繁多,任务十分艰巨。当前,精神障碍已经成为我国的重大公共 卫生问题和较为突出的社会问题,表现在以下几个方面。

(一) 公众心理行为问题日益凸显

各个年龄段及不同职业人群的心理行为问题突出。留守儿童、单亲儿童、独生子女的心理 行为以及青少年的网络成瘾、违法犯罪突显。70%的老人、16.5%的大学生、29.3%的公务员、 33%的高校教师和52.2%的中小学教师存在不同程度的心理行为问题。42.1%的医护人员有一 定程度的情绪衰竭现象。18%~28%的农民工伴有焦虑、抑郁症状。同时,自杀已成为突出 的社会问题。据卫生部门统计,我国人群的自杀率为22.99/10万,高于16/10万的世界平均水 平,其中,60岁以上和15~34岁是我国自杀人群中的两个高峰年龄段,自杀死亡率分别是 68.0/10万和26.0/10万,自杀已成为青少年的第一位死亡原因,每年约有4.5万青少年自杀死 亡。此外,我国15岁以上居民的饮酒率达21.0%,35岁以下的吸毒者占总吸毒人数的72.2%。 与此同时,公众对上述心理卫生问题的相关知识匮乏,对各种心理行为问题的识别率低。

(二) 精神疾病患者数量增加但就诊率偏低

精神疾病种类繁多,人数呈不断增高趋势,仅重性精神疾病患者数有1600万,涉及所有 年龄和所有人群,其病程长,残疾率高。儿童行为问题、酒精与药物滥用、海洛因等毒品成瘾 等相关的精神障碍及自杀发生率有所上升,老年精神障碍患者在人群中的比例逐年增高,大、 中学生心理卫生问题的发生率也有上升趋势。但与此相矛盾的是,在上述精神卫生问题日渐加 剧的情况下,公众对众多精神疾病和心理行为问题的知晓率低,精神疾病和心理行为问题的就 诊率偏低,未治率高,尽管未治率高具有全球普遍性,但在我国更为突出。资料显示,我国精 神分裂症的治疗率不到30%,抑郁症为10%(北京地区抑郁障碍患者62.9%从未就诊)。综合 医院中,对精神疾病的识别率普遍较低,调查发现不足16%,且常诊治不当。

造成精神疾病及心理行为问题知晓率低、就诊率低、未治率高的原因复杂,涉及政府对精 神卫生决策不当,卫生资源分配不合理,公众对精神卫生问题的知识匮乏,以及对精神疾病及 患者的偏见与歧视等社会公众问题。还涉及患者自身对疾病的错误认识,如不知有病、耻于就 诊、不知如何就诊等,对治病缺乏信心,认为抗精神病药有害,等等。另外,非精神科专业医 生、特别是综合医院临床各科医生不能识别精神疾病,不了解各类精神病的治疗,以及少数精 神病专科医生的知识水平、技术能力低下等问题均会导致问题的产生。

此外,精神疾病就诊率低下的原因还在于我国公众对精神病学及精神疾病患者还存在种 种误解,缺乏科学态度,歧视、排斥精神病患者的现象仍很普遍;精神卫生机构的服务对象仍 然以重性精神病为主,主要的服务方式依然是“医院精神病学”,无暇顾及大量的轻型精神障 碍(如抑郁障碍和各类神经症)和儿童、老年精神卫生问题、物质滥用等问题,精神卫生服务 整体上未能适应精神疾病谱变化的需求;就全国范围而言,我国社区精神卫生服务网络仍不完 善,大多数地区尚未开展此类服务或服务不佳,农村及偏远地区缺医少药问题仍很突出;精神 病专业人才匮乏,综合医院临床各科医务人员在医学教育阶段所接受的精神卫生专业训练十分 有限,加上我国目前多数大型综合医院仍未设立精神科或心理卫生服务部门,因此无法提供基 本的精神卫生服务。

(三) 精神卫生问题导致的社会危害巨大

我国神经精神疾病总负担(DALYs)居世界第一位,预计到2020年,将上升到疾病总负 担的1/4。精神疾病患者肇事、肇祸人数日益增多,治疗率低,严重危害社会治安和公共安全。 2003—2004年,全国42.9万名精神疾病患者发生肇事、肇祸行为,其中84%从未接受过治

疗。社会上的精神疾病患者肇事、肇祸行为中凶杀和伤害的比率高,严重影响人民群众的安全感和社会和谐。某些特殊人群的心理行为问题诱发或衍变成违法犯罪行为的事件屡见不鲜。如农民工在城市打工期间面临着环境改变、生活和工作等多重压力,容易产生心理失衡,如果情绪疏导不及时,一旦遇到刺激,诸如上当受骗、感情受挫、经济纠纷或追讨欠薪无果、人际关系处理不当等原因,身心上的不稳定状态就容易转化成行为的失控。

(四) 精神卫生服务体系薄弱

如前所述,我国精神卫生服务网络不完善,服务网点少,至今大部分县级市、县、自治县无精神卫生机构或精神科门诊,精神疾病患者就医困难。精神卫生机构整体布局与配置不合理,专业技术人才匮乏,缺乏持续发展的潜力。相当部分省市社区精神卫生防治基本空白,“以医养防”、“重治轻防”现象突出。中小学学校心理健康教育专业化水平低、形式化严重。职业人群的心理维护工作基本处于空白阶段。心理咨询和心理治疗资源不足,社会民办机构占主要构成,管理混乱,社会呼吁尽快建立政府公办心理卫生服务机构。突发公共事件的心理危机干预和心理救灾虽已有发展,心理救灾已纳入救灾预警机制,但缺乏专业人员,专业知识培训薄弱。此外,我国精神卫生科普工作亦不容乐观,报道工作只停留在表面,需进行专业的精神卫生健康教育。

(五) 精神卫生管理体系不全

精神卫生的管理涉及卫生部门、公安部门、民政部门等多个部门,与社会稳定密切相关。目前,精神卫生工作缺乏政府主导、层级分明的体系管理网络,很多精神疾病患者处于无人监管的状态中。民办机构未发挥应有作用,无法在市场上形成对公立医院的有益补充。精神疾病患者的基本医疗保障和基本生活保障有待完善,尚未完全纳入社会救助体系中。精神疾病患者的就业率低,人均年收入远低于当地居民,医疗支出普遍较高。

二、我国精神卫生工作的任务

面对我国精神病学发展中的严峻挑战和艰巨任务,只有坚持“政府领导、社会参与、防治结合、重点干预、广泛覆盖、依法管理”的方针,将精神卫生工作纳入国民经济和社会发展规划,充分发挥政府各部门、社会团体的协同作用,完善宣传教育、法制管理、监督监测及预防、医疗、康复服务相结合的措施,加强科学研究,积极扩大国际交流与合作,才能克服困难,促进精神病学和精神卫生工作的迅速发展。当务之急应该做的工作有以下几方面。

(一) 加强学科基础建设,促进学科发展

应充分利用神经生化、精神药理和分子遗传学的理论及相关的高科技技术发展生物精神病学,加速对各种精神障碍病因、发病机制以及开发新的生物学治疗方法的研究;发展社会精神病学,积极探索社会、生态以及文化差异对精神疾病及心理行为的影响;大力加强精神疾病的流行病学调查研究,摸清各种常见精神疾病和心理行为的发病率、患病率、疾病总负担以及卫生经济学相关问题等基本情况,为制定精神卫生的发展战略和行政决策提供科学依据;加强心身医学的研究,重视心理因素、社会环境变化以及重大自然灾害和灾难事故等应激因素对健康和疾病的影响,探讨生物学、心理学和社会学在人类健康与疾病之间的相互关系,促进精神医学和临床医学逐步从纯生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变。

应该强调,加强学科建设,促进学科发展的一个重要途径是建立国家级精神卫生专门研究机构,以负责制定我国的精神卫生发展战略,集中优势资源,瞄准当今世界精神医学发展前沿领域,统筹运作与我国社会发展和经济建设相适应的重大精神卫生研究项目,使我国精神医学总体水平尽快进入世界先进行列。

(二) 重视人才的培养与专业队伍的发展

培养能满足 21 世纪社会发展需求的高水平精神卫生专业人才和具备“生物-心理-社会”

整体医学观念的医学生是发展精神医学长期的战略性任务。目前,我国精神科医生约 2.1 万人,不仅数量不足且质量不高,尤其是中西部和农村地区精神卫生人才严重短缺,严重制约精神卫生事业的发展。因此,加大人才培养力度,特别是在全国范围内加快社区和县一级综合性医院培养合格精神科医师和设置精神科的步伐,以扩大精神卫生服务的可及性是当前专业队伍建设的关键。当然,对我国大中城市的专业精神卫生中心,继续建立和完善包括精神科医师、精神科护士、心理治疗师、职业治疗师及社会工作者的高素质精神卫生队伍,同样是专业队伍建设不可忽视的重要工作,对于我国精神医学总体水平的提高、推动精神卫生事业的迅速发展至关重要。

另一方面,医学院校中对医学生的精神病学教育应加大改革的力度。目前医学院校的精神科教学仍然是课时不足;教材中各类躯体疾病伴发精神障碍的诊断、治疗与康复内容以及针对各类心理障碍的心理咨询和心理治疗等内容过简;强调遵循各类精神药物使用规范、合理平衡其效益与风险关系的理念不够;缺少联络会诊精神病学的的内容,等等,都对医学生整体医学专业素质的培养极为不利,给其今后的临床工作造成较大困难。因此,通过教学改革,建立精神卫生继续教育体系,开展多层次、多方面精神卫生专业人员的培训是加强精神卫生队伍建设,提高人员素质和服务能力,推动我国精神医学发展的必由之路。

(三) 加强社区精神卫生机构建设, 改变服务模式

加强社区精神卫生机构建设,大力发展社区精神卫生服务,改变服务模式,目的是扩大服务范围,增加受益人群。发展社区精神病学,改变目前精神卫生以大中城市精神病医院为中心的服务模式,转向以社区和县级综合性医院为中心的精神卫生服务机构模式,建立和完善社区精神卫生服务网络。针对我国农村及偏远地区相当部分患者得不到精神卫生专科服务的现实,应在广大的欠发达地区及农村地区培训专业人员,建立专科机构,逐步开展精神卫生工作,形成和建立以基层医院为中心的社区服务网络,覆盖一定范围的人群,使更广大群众享受精神卫生保健服务。这是当今发达国家普遍的做法,亦为世界卫生组织所提倡。国内部分地区实践经验表明,上述做法是投入少、收效高、方便患者、扩大服务范围,利于疾病的早期发现、早期诊断与治疗,可有效降低未治率,提高知晓率,减轻社会负担,减少对精神病和精神病患者的偏见与歧视的行之有效的措施,应大力提倡,积极推广,卫生行政部门应给予政策扶持。此外,面对近年来出现的新问题,如儿童精神卫生问题、老年精神卫生问题、药物和酒精依赖问题以及一般心理行为等问题,各类精神卫生机构应适应社会需求,及时拓宽服务范围,开拓新的服务领域。

(四) 促进精神卫生健康教育, 加强科普宣传, 推进公众心理健康素质工程, 改变公众健康观念

公众对精神疾病及相关精神卫生知识知晓率低,对精神病患者歧视,患者及其亲属对患病的病耻感是导致精神疾病就诊率低和精神卫生资源利用率低的主要原因之一。此种错误观念和上述一系列精神卫生问题的产生有其深刻的历史根源、社会根源、文化根源和思想根源。体现在全社会对精神卫生的本质及其对社会发展的影响认识不足;社会对精神病患者等弱势群体缺少关注;对精神疾病和精神病患者及其亲属存在偏见与歧视;对各类心理卫生问题的误解以及简单粗暴的处置方式;对健康概念的曲解和片面认识。然而,与现今社会发展状况最现实、最密切相关的根源是:社会转型,精神卫生问题日渐严重,服务需求急剧增大;政府、公众对健康的内涵及精神卫生问题的危害缺乏正确认知,应对措施不力;对心理障碍和精神病患者给个人、国家和社会造成重大而深远的影响明显忽视;对精神疾病和精神病患者普遍存在偏见与歧视,是一系列心理卫生问题的重要社会思想根源,以至应对措施不力,法律保障不足。总之,认识上的偏差导致决策上的失误;对从速解决精神卫生问题的必要性和迫切性认识上的不统一导致应对策略的不完善、施政迟滞和步调不一;现有精神卫生服务体系、保障体系、法律体系

薄弱导致难以应对日益加剧的精神卫生问题。因此,应该充分利用电视、广播、报刊等新闻媒体,通过深入广泛的精神卫生科普宣传,宣传精神卫生知识,改变陈旧观念,反对歧视精神病患者,促进社会各界对精神卫生事业的支持与承诺。以提高社会各阶层特别是政府各个相关决策部门对解决当前精神卫生问题的必要性和紧迫性的认识为前提,以科学发展观为指导,以提升全民精神健康水平、全面推进和谐社会建设为目标,以和谐社会评价指标体系为准则,坚持科学规划、合理布局、稳步推进的原则,以试点先行、点面结合的方式,争取社会各方支持、集成各类优势资源,合力实施“精神健康提升行动”计划,是解决当前我国精神卫生问题的根本途径。

(五) 将医学伦理学观念融入精神病学实践中,保护患者权益

在医学临床实践中,首先需要遵循的医学伦理学原则主要是知情同意原则。知情同意是指临床医生在为患者作出诊断和治疗方案后,必须向患者提供包括诊断结论、治疗决策、病情预后以及诊治费用等方面真实的、充分的信息,让患者或家属经过深思熟虑后自主地作出选择,并以相应的方式表达(一般要求书面表达或口头表达)其接受或者拒绝诊疗方案的意愿和承诺。在得到患者或家属明确承诺后,才可最终确定和实施拟定的诊治方案。由于精神病患者急性期病情的特殊性,他们的认知功能和自知力往往受到损害,在疾病发作期患者往往很难理解信息,当然也无法保证知情同意工作的完成。但是,知情同意原则仍然要坚持,为此,伦理学及法律规定可以由合法监护人代理执行知情同意,从而确保患者的权利,也保证医患关系朝着促进患者康复的方向发展。在疾病康复阶段,如果患者的认知功能得到恢复,能够理解信息、理性地分析信息并根据自己的处境作出选择,则需要对患者进行知情同意,由患者自己作出接受治疗与否的决定。其次,还必须遵守另一条伦理学原则:行善(benefits)原则,即诊疗方案要对患者有最大的利益和最小的风险。特别在早期干预和康复过程中,要确保对患者的评估是尽可能正确的,必要时需要用其他工具来评估患者的精神状态。在精神疾病的诊疗工作中,一定要把知情同意和行善原则这两条医学伦理学的主要原则作为指导工作的主要原则,注重保护患者的权益。

第五节 精神卫生法

制定一部适合我国国情的《精神卫生法》,是和谐社会民主法治建设的内在要求,有利于全面保障精神疾病患者的合法权益,有利于建立、健全精神疾病患者社会保障体系,有利于促进我国精神卫生事业的发展,有利于彰显社会公平正义。

我国《精神卫生法》自1985年提上立法议题,直至2012年10月获全国人大常委会通过,历时27年,在长达20余年的立法过程中,精神卫生立法的基本原则也在进行着微妙的变化,从呼吁改善精神卫生从业人员待遇,到强化重性精神病的管理,再到今天的“发展精神卫生事业,规范精神卫生服务,维护精神障碍患者的合法权益”。中间的这些变化,既反映了我国社会和文化环境的变迁,也反映了民众权利意识的高涨以及民众舆论与立法者的互动关系。首先,它是一部精神卫生的大法,强调了促进心理健康,而非仅仅精神病防治,因此,它是一部适用于全民的法律,符合世界卫生组织关于“人人享有精神健康的权利”和“精神健康是全面健康不可或缺的一部分”的宗旨。其次,《精神卫生法》对精神障碍的诊疗过程做了详尽的甚至带有操作性的规定,最重要的是强调了患者的权益,只要精神疾病患者外在的异常表现不妨害他人,不对自己的生命和健康带来威胁,就没有强制性医学干预的必要。这是最终出台的精神卫生法在保护患者个人权益上做出的最为坚决和明确的选择。当然,精神卫生从业人员及部分法律界人士对此仍有截然不同的看法。精神卫生从业人员认为,精神障碍患者的治疗权也是其个人权益的一部分,而本法过于强调了其“自愿原则”;法律界人士认为,在保护患者个

人利益上仍嫌不够，赋予了家属太多的责任和权利。法律的边界到底能不能在“疾病”和“自由”的疆域中找到穿行的空间，这还需要我们在法律实施后检验。最后，法律对《精神卫生法》的实施从正反两方面提出了保障措施，即加强精神卫生服务体系、队伍的建设，加大对精神障碍患者的各项保障，对违法者进行相应的处罚。

精神卫生立法的目的是维护精神疾病患者的合法权益、依法规范精神卫生服务和推动精神卫生事业的发展，使精神卫生工作有法可依，为精神卫生工作的可持续发展提供政策保障，为精神病患者和精神卫生工作者的合法权益提供法律保护。特别是在保障精神病患者的社会地位、人身基本权利，疾病缓解后顺利回归社会，继续贡献社会、自食其力的意愿得以实现等方面形成社会风气。

思考题

1. 何谓精神、精神活动、精神疾病、精神障碍、精神病学和精神医学？
2. 世界精神病学发展经历哪几个阶段？每一阶段的发展特征是什么？
3. 如何认识精神病学与现代医学之间的密切关系？增进此种认识有何实际意义？
4. 简述当前我国精神医学面临的形势和发展的主要任务。
5. 简述我国《精神卫生法》的主要内容及意义。

(马 辛 蔡焯基)