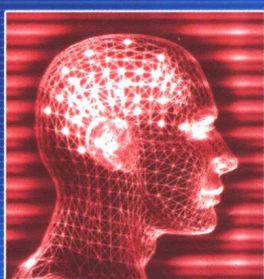


医学院校本科教材

临床精神医学

LINCHUANG JINGSHEN YIXUE



● 主 编 王焕林



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

临床精神医学

LINCHUANG JINGSHEN YIXUE

主 编 王焕林

编 者 (以编写章节先后为序)

王焕林 管阳太 苏宗荣 汪广剑

丁素菊 汪卫华 李 宁 孙 剑

赵汉清 施建安 金卫东



人民军医出版社

People's Military Medical Publisher

北 京

图书在版编目(CIP)数据

临床精神医学/王焕林主编. —北京:人民军医出版社,2003.2
ISBN 7-80157-703-5

I. 临床… II. 王… III. 精神病学 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 080781 号

人民军医出版社出版

(北京市复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:68222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

潮河印刷厂印刷

春园装订厂装订

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/16 • 印张:24 • 字数:585 千字

2003 年 2 月第 1 版 (北京)第 1 次印刷

印数:0001~5000 定价:40.00 元

(购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换)

内 容 提 要

临床精神医学是 20 世纪 80 年代在传统精神病学的基础上发展起来的内涵和外延更为广泛的医学。该书 28 章,编写时尽可能吸收本学科的最新进展。如:精神病因学的生化学说、精神疾病药物治疗学进展、最新的精神疾病分类和诊断标准以及心身疾病、性心理、性行为障碍、心理咨询及治疗、认知治疗、生物反馈治疗等新知识。也介绍了各种精神病的病因、特征、诊治和预防。为了满足军队院校的教学要求,增写了战时精神障碍等有关章节,使得本书内容更加丰富、实用。适合军、地医学院校的学生和各级临床医师及精神科医师阅读。

责任编辑 姚 磊 张 峥

前言

由于医学科学技术的发展,传统的生物医学模式已被生物-心理-社会医学模式所取代。在这一医学模式理论的指导下,心理社会因素的致病作用尤其是对精神疾病的发生、发展及预后的影响越来越受到人们的重视。

根据 WHO、世界银行和哈佛大学的研究,21 世纪将是精神障碍和行为问题更趋突出的时代。为此,WHO 发起了“各国携起手来,推动精神卫生事业”的全球倡议,并于世纪之交召开了中国 /WHO 精神卫生高层研讨会,并发表了宣言。宣言指出,中国将响应 WHO 的这一倡议并致力于改善中国的精神卫生状况。我军是一特殊群体,肩负着保卫祖国、维护国家统一的历史重任,培养我军新一代精神医学人才对开展部队精神卫生工作,保障部队战斗力有着特殊重要的意义。

本专著编写时基于精神医学教育和临床实际工作的需要,注重博采众家之长,参考了我国高等医学院校统编教材《精神病学》第四版,牛津大学新版的《Psychiatric care of the medical patient》和《Oxford textbook of psychiatry》等专著和教材,编写时尽可能吸收本学科的最新进展,如精神疾病病因学的生化学说、精神药理学、精神疾病药物治疗学进展等,精神疾病的分类和诊断也采用了我国最新的疾病分类和诊断标准。为了达到既满足教学,又兼顾临床实际工作的需要,对章节的内容进行了重点选择,同时针对军队医学院校的培养目标,注重平、战时结合,增写了战时精神障碍等有关章节。

本书在编写出版过程中得到了第二军医大学训练部、解放军第 102 医院和人民军医出版社的大力支持;第二军医大学长海医院神经精神病学教研室主任丁素菊教授参加了有关章节的编写工作,并从精神医学教学的角度对整个书稿的形成提出了宝贵的建议;全军精神卫生中心毕银花、宋梓祥、董波及其他同志做了大量的辅助性工作。在此深表谢意!

由于我们的专业水平有限,书中难免有缺点、错误及不尽如人意之处,敬请各位专家、学者及读者指正。

全军心理卫生技术指导组组长

第二军医大学精神病和精神卫生兼职教授

全军精神卫生中心主任医师

中国人民解放军第 102 医院副院长兼精神科主任

王焕林

2002 年 1 月

目 录

第一章 绪论.....	(1)
第一节 精神疾病的概念和精神医学的任务.....	(1)
第二节 我国和我军精神医学发展简史.....	(2)
第三节 我国和我军精神疾病流行病学概况.....	(5)
第二章 精神障碍的症状学.....	(6)
第一节 感知障碍.....	(6)
第二节 思维障碍.....	(8)
第三节 情感障碍	(10)
第四节 意志和动作行为障碍	(11)
第五节 注意障碍	(15)
第六节 记忆障碍	(15)
第七节 意识障碍	(17)
第八节 智能障碍	(19)
第九节 性格障碍	(20)
第十节 定向力	(21)
第十一节 自知力	(21)
第三章 精神疾病综合征	(23)
第四章 精神障碍的分类学	(26)
第一节 中国精神障碍的分类	(26)
第二节 美国精神障碍分类	(36)
第三节 国际精神与行为障碍分类	(45)
第五章 精神疾病的诊断	(58)
第一节 采集病史	(58)
第二节 精神检查	(59)
第三节 实验室检查	(61)
第四节 诊断工具的应用	(62)
第六章 脑器质性精神障碍	(63)
第一节 常见的脑器质性精神障碍综合征	(63)
第二节 脑器质性精神障碍的诊断	(64)
第三节 常见的脑器质性精神障碍	(64)
第七章 躯体疾病所致的精神障碍	(83)

第一节 概述	(83)
第二节 躯体感染所致精神障碍	(83)
第三节 内脏器官疾病所致精神障碍	(86)
第四节 内分泌疾病所致精神障碍	(87)
第五节 系统性红斑狼疮所致精神障碍	(90)
第六节 恶性肿瘤所致精神障碍	(91)
第八章 儿童少年期精神障碍	(93)
第一节 概述	(93)
第二节 儿童孤独症	(93)
第三节 儿童精神分裂症	(97)
第四节 注意缺陷障碍	(100)
第五节 抽动障碍	(104)
第九章 精神发育迟滞	(109)
第一节 概述	(109)
第二节 病因	(109)
第三节 临床表现	(111)
第四节 诊断	(112)
第五节 鉴别诊断	(114)
第六节 治疗	(115)
第十章 精神活性物质所致精神障碍	(117)
第一节 概述	(117)
第二节 药物依赖	(119)
第三节 酒精所致精神障碍	(125)
第十一章 精神分裂症	(131)
第一节 概述	(131)
第二节 患病率和发病率	(131)
第三节 病因和发病机制	(132)
第四节 临床表现	(133)
第五节 病程和预后	(136)
第六节 诊断与鉴别诊断	(137)
第七节 治疗和预防	(139)
附:偏执性精神障碍	(142)
第十二章 情感性精神障碍	(144)
第一节 概述	(144)
第二节 病因和发病机制	(144)
第三节 临床表现	(147)
第四节 诊断与鉴别诊断	(150)
第五节 治疗	(152)
第十三章 癔症、应激相关障碍	(156)

第一节	癔症·····	(156)
第二节	急性应激障碍·····	(163)
第三节	创伤后应激障碍·····	(165)
第四节	适应障碍·····	(166)
第五节	反应性精神障碍·····	(169)
第六节	气功偏差所致的精神障碍·····	(174)
第七节	其他·····	(178)
第十四章	神经症·····	(183)
第一节	神经衰弱·····	(184)
第二节	焦虑性神经症·····	(188)
第三节	强迫性神经症·····	(194)
第四节	躯体形式障碍·····	(200)
第五节	恐惧症·····	(207)
第十五章	人格障碍·····	(212)
第一节	概述·····	(212)
第二节	病因及发病机制·····	(213)
第三节	各型人格障碍的临床表现及诊断·····	(214)
第四节	人格障碍对部队建设的影响·····	(219)
第五节	人格障碍的治疗·····	(219)
第十六章	性心理障碍和性行为障碍·····	(222)
第一节	临床类型·····	(222)
第二节	诊断和治疗·····	(223)
第十七章	心身疾病·····	(224)
第一节	概述·····	(224)
第二节	心身疾病的发病机制·····	(224)
第三节	心身疾病的分类·····	(226)
第四节	常见的各类心身疾病的临床表现·····	(227)
第五节	心身疾病的诊断和治疗原则·····	(230)
第十八章	战时精神障碍·····	(232)
第一节	概述·····	(232)
第二节	战斗应激反应·····	(233)
第三节	心理创伤后应激障碍·····	(237)
第四节	战争神经症·····	(239)
第五节	战争精神病·····	(242)
第十九章	精神药理学基础·····	(244)
第一节	精神药物作用的神经学基础·····	(244)
第二节	神经递质和神经调质·····	(248)
第三节	受体与精神药物·····	(249)
第二十章	精神疾病的治疗·····	(255)

第一节 精神药物概述.....	(255)
第二节 抗精神病药物.....	(259)
第三节 抗抑郁药.....	(268)
第四节 抗焦虑药物.....	(271)
第五节 抗躁狂药物.....	(272)
第六节 电休克治疗及其他治疗.....	(275)
第二十一章 心理咨询和心理治疗.....	(279)
第一节 概述.....	(279)
第二节 心理咨询的方式和范围.....	(281)
第三节 心理咨询的基本原则.....	(283)
第四节 常用的心理治疗方法.....	(286)
第二十二章 行为治疗.....	(290)
第一节 行为治疗的基本理论.....	(290)
第二节 治疗技术.....	(292)
第三节 行为治疗的适应证.....	(297)
第二十三章 认知治疗.....	(298)
第一节 概述.....	(298)
第二节 认知治疗的分类.....	(299)
第三节 Beck 认知治疗的基本原理	(299)
第四节 认知治疗的一般过程.....	(302)
第二十四章 生物反馈治疗.....	(308)
第一节 生物反馈的概念.....	(308)
第二节 生物反馈治疗的基本原理.....	(309)
第三节 生物反馈治疗的临床应用.....	(309)
第四节 生物反馈治疗的注意事项.....	(310)
第二十五章 常用的心理卫生评定量表.....	(312)
第一节 症状自评量表.....	(312)
第二节 抑郁自评量表(SDS)	(316)
第三节 焦虑自评量表(SAS)	(319)
第四节 汉密顿抑郁量表.....	(321)
第五节 汉密顿焦虑量表.....	(324)
第六节 Marks 恐惧强迫量表	(326)
第七节 简明精神病评定量表.....	(328)
第八节 阴性症状量表.....	(330)
第九节 阳性症状量表.....	(334)
第十节 倍克-拉范森躁狂量表.....	(340)
第二十六章 精神障碍的司法精神病学鉴定.....	(343)
第一节 概述.....	(343)
第二节 责任能力和行为能力.....	(343)

第三节	鉴定的组织和实施·····	(344)
第四节	与司法精神病学鉴定有关的精神障碍·····	(345)
第二十七章	精神疾病的护理和病房管理·····	(349)
第一节	精神病人的一般护理·····	(349)
第二节	精神障碍常见症状的护理·····	(350)
第三节	住院精神病人的心理护理·····	(353)
第四节	病房管理与分级护理·····	(354)
第二十八章	精神疾病的康复与预防·····	(356)
第一节	精神疾病康复概述·····	(356)
第二节	精神疾病防治工作的重要性·····	(357)
第三节	我军精神疾病防治模式的探讨·····	(358)
第四节	培训基层兼职心理医师·····	(361)
第五节	普及心理卫生及心理疾病防治知识·····	(362)
	汉英精神病学名词对照·····	(364)

第一章 绪 论

关于物质与精神的关系问题,辩证唯物主义认为,物质是第一性的,物质不依赖于人的精神活动而存在于客观世界;精神是第二性的,人的精神是外部客观世界在人脑中的反映。精神活动则是大脑的产物,是脑功能的表现。语言是人类在生产劳动中产生和发展的,是人类精神活动主要的表现形式。认识、思维、情感和意志行为等过程是人类精神活动的主要内容。

在漫长的生物进化中,人脑的形成大约经历了 310 亿年。大约在 100 万年前,人脑这个复杂的中枢神经系统高级部位已进化形成。已知人脑是由近千亿个高度分化了的细胞所组成,其功能十分复杂。人脑有接受、储存和利用信息的功能,但对其产生思维活动的神经生理、生化过程等方面了解甚少。

第一节 精神疾病的概念和精神医学的任务

精神疾病(mental disease)是指在生物学因素和心理社会因素的作用下,使大脑功能紊乱,导致认知、情感和意志行为等精神活动不同程度障碍,包括神经症、适应障碍、人格障碍、心因性障碍等在内的一组疾病,它视同于人类精神“毛病”的总称。精神病(psychosis)则是指诸如精神分裂症、情感性精神病等为主的疾病。

精神病学(psychiatry)一词,大家已很熟悉,可是对精神医学(psychological medicine)可能较为陌生。精神病学是研究各种精神疾病的病因、发病机制、临床特征、病程转归、诊断、治疗和预防的一门临床医学的分支学科。可是在精神病学的发展中,产生了一些偏向,主要表现为精神病学的研究对象愈来愈局限于精神分裂症之类的所谓的精神病性(psychotic)障碍,即所谓“货真价实”的精神病,并由此认为精神病学服务的对象是“疯疯癫癫”的病人,而忽视了为数众多的神经症、人格障碍、社区精神卫生等方面的问题。

20 世纪 80 年代后,传统的精神病学受到了严重的挑战。精神病学则逐渐由内涵和外延更广泛、内容更为丰富的精神医学所替代。原因之一是医学模式的转变。长期以来人们认为疾病的产生主要是由生物学因素所致,随着医学科学的发展,人们逐渐认识到传统的单一的生物学医学模式的缺陷,从而建立起生物-心理-社会医学模式。一方面,大多数疾病的发生、发展、预后和转归是生物、心理和社会因素综合作用的结果,高血压和溃疡病之类的所谓“心身疾病”,它们与心理社会因素关系比较密切,即使是恶性肿瘤这类所谓“纯生物性疾病”,它们的发生和发展也与心理社会因素关系甚为密切。另一方面,病人是有病的“人”,他是具有具体的生物、心理和社会特征的人,在疾病的诊断、治疗和预防中,我们必须“见病又见人”,采用生物、心理和社会的综合措施,以期取得更好的治疗和康复效果,因而需要重点研究心理社会因素和措

施在保障人类健康和防治疾病中的作用。总之,精神医学的主要内容有两个方面,一是研究精神疾病和精神障碍的发生、发展、诊断、治疗和预防;二是研究心理和社会因素对人体健康和疾病的作用和影响。前者主要是传统精神病学范畴的扩大,后者则为精神卫生(mental health)的内容。

精神医学和精神病学,虽只是一字之差,但对学科的发展和影响极大。由于多数的服务对象在社区中接受诊治,因而发展了社区精神医(病)学(community psychiatry)。许多服务对象可能在综合性医院或基层保健机构中就诊,因而在综合性医院中设立精神科。加强对医学院校学生及基层保健机构中医务人员的精神医学训练,已经在许多国家中成为精神医学发展的重要趋势。又由于特定人群中有着特殊的精神卫生需要,发展了主要是为综合性医院病人服务的会诊-联络精神医学(consultation-liaison psychiatry),为儿童服务的儿童精神医学,以及为老人服务的老年精神医学等分支学科。这些学科有的还是按习惯命名为某精神病学,但就其内容和实质而言,已经是精神医学的范畴了。

我国目前传统的精神病学任务尚十分繁重,但是,精神医学取代精神病学,将是发展的必然,而且在许多地区和机构,已经开始这一转变,而认识和知识的转变是实现这一转变的重要内容。我们期望对这一目标能早日形成共识,以促进我国精神医学的迅速发展。

第二节 我国和我军精神医学发展简史

我国古代医书中虽早已有有关精神疾病的记载,但一直未形成专科,与我国现代精神医学也很难挂钩。目前我国的精神医学体系,基本上都是西方传入的。如果从我国建立第一个精神病院的年代作为中国现代精神医学发展史的始点,至今则约有 100 年左右,而我军成立有精神专科的医院至今不过 50 余年的历史。

一、我国现代精神医学发展概况

1887 年一个名叫克尔(Kerr)的外国医生出资在广州建成了一座有 30 张床位的精神病院,到 1937 年,该医院已发展到 500 张床位,这就是我国的第一家精神病院,也是现在的广州精神病院的前身。1905 年香港的医学院开设精神病学课程。1922 年北京协和医院开设了神经精神病学课程,培养出第一批中国神经精神科医生。1934 年和 1942 年分别在湖南长沙湘雅医学院和北京大学医学院开设了神经精神科。此间,我国的精神科医师和外国医师一起进行了许多研究工作,并于 1939 年出版了我国第一部有关神经精神病学的专著,即《中国神经精神病学的社会及心理学研究》。1947 年又分别在苏州、上海、南京等地建立了精神病专科医院。20 世纪 50 年代中期至 60 年代中期,我国精神病院的规模有了很大的发展。全国精神病院的设置,在 20 世纪大致有两个高峰,一个在 50 年代,一个是 80 年代。据 1950 年估计,当时我国共有精神科床位 1 100 张,主要分布于沿海城市。由于战争(包括朝鲜战争)的需要,在 20 世纪 50 年代初期设立的隶属于民政系统的荣军康复医院也收容了部分精神病人。到 20 世纪 50 年代后期,民政系统的精神病院有了很大发展。据 1964 年的资料,当时民政系统办的精神病院已有 203 所,收容病人 18 000 余人。“文革”期间,这一工作遭到严重破坏,医院数量减半。“文革”结束后经过整顿恢复,至 1986 年,民政系统有精神病院 161 所,床位 29 000 余张。

卫生系统所属的精神病院是我国精神医学发展的主力军。在 20 世纪 50 年代中期全国各

省、市除西藏外,都已新设了精神病院。至1986年,全国已有精神病院348所,床位60 000多张。到1989年,又发展到80 000多张。以上海为例,其人口为全国的1%,精神科床位则占1/10,床位人口比例为8:10 000,在20世纪90年代初期,已能充分满足病人住院的需要。

在全国精神病院中,规模最大的是上海市精神卫生中心和北京安定医院,历史最久的是广州精神病院。此外,北京大学精神卫生研究所(原北京医科大学精研所)、华西医科大学、中南大学湘雅医学院(原湖南医科大学)所属的精神卫生研究所和南京脑科医院的业务工作在全国也颇有影响。据现任中华医学会精神病学会主任委员张明园教授1996年的统计,解放军第102医院精神科的医疗、科研论文已跻身于全国同类医院的前10名。

我国精神医学的学术组织,最早可追溯到1935年,是年中华医学会第三次年会在广州召开,会议指定成立了精神病学委员会,这也是精神科专业的首次全国性活动。但不久因抗日战争爆发,故工作未能很好开展。正式成立我国精神科学会组织当是1951年8月,当时与神经科一起称为中华医学会神经精神科学会。1955年3月创办了《中华神经精神科杂志》并发表了创刊号。中华医学会第一届全国神经精神科学学术会议于1963年12月在广州举行,这是我国神经内、外科和精神科发展史上第一次团结、盛大的集会。这次大会共收到论文312篇,内容涉及到急性脑血管病、癫痫、精神分裂症、神经症、神经系统感染、脑肿瘤等诸多方面,反映了该学科对这些危害人民健康的疾病已予极大的注意,并取得了一定的成就。此后,分别于1978年、1986年、1991年召开了第二、三、四次全国神经精神科学学术会议,其学术水平得到了空前的提高。

由于学科发展的需要,1994年经中华医学会批准成立了中华医学会精神科分会,并于同年5月在泉州举行了成立大会暨第一次精神科学学术会议。与此同时,将原《中华神经精神科杂志》一分为二,分别为《中华精神科杂志》和《中华神经科杂志》。至今中华精神科学会已举行了三次全国性精神科学学术会议,《中华精神科杂志》已成立了第二届编辑委员会。随着我国改革开放的不断深入,对外学术交流也得到了加强。中华精神科学会已成功地举行了两次中美精神病学术学术会议,并多次举办了国际区域性学术会议。

我国精神医学人才的培养已走上了正规的道路。20世纪80年代以来重新设立了学位制,许多医学院校的精神科都设立了硕士研究点,培养精神科硕士研究生。北京、上海、湖南及华西医科大学的精神科还被授予培养博士研究生资格。据不完全统计,上述四个单位已培养了近200名硕士、博士研究生。另外,近年来许多医学院还建立了精神卫生系,精神科医生的供需矛盾逐步得到了缓解。

我国的精神医学研究经历了“零打碎敲”、逐步正规、不断提高的过程。20世纪50年代,主要以精神分裂症和神经衰弱为临床治疗研究的主要病种,并对这两种疾病进行了初步的流行病学调查。我国正规、高水平的精神医学研究始于20世纪80年代初。这一时期的科研工作主要集中在以下几个方面:

(一)精神疾病流行病学研究

1982年在WHO的协助下完成了全国12地区精神疾病发病率、患病率的研究,1993年又对1982年的调查进行了复查,首次为我国提供了该领域的准确数据,这是近10余年来精神疾病流行病学研究最大的成果。

(二)精神疾病病因学的研究

主要是遗传、生物化学、电生理及CT、MRI等影像学研究,虽然未能有突破性的进展,但

已为进一步研究打下了基础。

(三)心理量表的应用研究

成立了全国量表协作组,并获得了我国正常人群 SCL-90、SDS 和 EPQ 的常模结果,出版了多种量表手册,使我国精神医学研究的规范化、标准化及科研成果的实用性得到了加强。

(四)精神疾病的诊断和分类研究

1980 年美国出版了 DSM-Ⅲ,我国学者借鉴国外的分类诊断标准,于 1989 年出版了《中国精神疾病的分类和诊断标准》(第二版)即 CCMD-2,1995 年又修订了此书,即 CCMD-2-R,2000 年,中华精神科学会又在该基础上出版了 CCMD-3,为我国的精神疾病的诊断与分类标准和国际“接轨”,尤其是和美国的协作研究奠定了基础。

(五)老年期痴呆的研究

由于我国人口已进入老龄化,老年期痴呆尤其是阿尔茨海默病已成为日益严重的社会问题,该方面的研究从我国“九五”期间始就列为重点攻关课题,对此已进行了全国性的协作研究。

二、我军精神医学发展简况

鉴于我军的历史状况,精神科专业和心理卫生工作也历经了从无到有、逐渐正规的发展过程。中国人民解放军前第四野战军黑龙江第 8 医院于 1948 年开始收治精神疾病患者。1949 年该院随四野南迁湖南醴陵,1957 年移防广西贵县(现贵港市),改称第 191 医院,主要收治精神病人。1949 年解放军前第一野战军在西安第二陆军医院(现为第四军医大学附属医院)开设精神科门诊,采用药物和电休克治疗精神疾病。1951 年编写精神病学讲义,为我军医学教育最早的教材之一。1950 年第 102 医院前身华东军区第 5 医院开始收治精神病患者,1954 年设置精神科床位 200 张,并初建了精神科专业队伍。1988 年在第 102 医院成立了我军精神病专科第一个研究所,即南京军区精神医学研究所。1995 年在此基础上成立了全军精神卫生中心,内设精神疾病防治、医学心理、精神生化、电生理和精神药理等五个研究室。1984 年在全军医学科技委员会下成立了精神病学专业组,1995 年改称为精神病学专业委员会,迄今已召开了六次全军精神病学学术会议,内容涉及到常见精神疾病的诊断治疗和防复发、精神病症状量表和心理测验的应用、精神药物浓度测定、部队心理卫生保健、精神分裂症的病理生化机制、部队精神疾病流行病学研究等方面,这些内容从不同侧面反映了我军精神病学的基础和临床研究水平。近年来,我军精神病学研究也获得一些高等级的科研成果,如全军协作完成的《全军精神疾病流行病学的调查研究》分别获军队科技进步一等奖和国家科学技术进步三等奖。

近年来,我军精神医学教育、心理卫生和精神疾病防治受到了总部领导的高度重视。为了适应精神医学发展的需要,在第二军医大学增设了精神卫生学专业。世纪之交,在总后卫生部的直接领导下成立了全军心理卫生技术指导组、全军精神卫生中心和全军心理疾病防治中心,从而开创了我军心理卫生工作的新局面。我们应立足于未来高技术战争,深入研究军人精神疾病、心理障碍的发生、发展和转归的规律,建立和完善我军平、战时的心理卫生工作体系,使心理卫生工作服务于我军的现代化建设。

第三节 我国和我军精神疾病流行病学概况

精神疾病流行病学是将流行病学的基本方法应用于精神卫生领域,调查精神疾病在人群中的分布和影响分布的各种有关因素,疾病谱的变化及其有关因素,从而探索精神疾病的病因、流行规律,为制定精神疾病防治对策等行政决策提供理论根据。我国开展精神疾病流行病学的调查研究工作可追溯到 1958 年。全国第一次精神病防治工作会议后,为了了解各种精神疾病的患病情况,为制定相应的防治措施提供依据,在许多地区开展了精神疾病的调查。但限于当时的历史条件,缺乏科学严谨的调查方法,其调查结果的代表性、可靠性均受到较大的影响。1982 年我国采用 WHO 精神疾病流行病学调查的方法,由北京医科大学精神卫生研究所和上海精神卫生中心牵头完成了我国十二地区精神疾病流行病学的调查。调查结果显示,我国地方人群重精神病(不包括神经症)患病率为 12.69‰,其中精神分裂症 5.69‰,情感性障碍 0.76‰,精神发育迟滞 2.88‰,反应性精神病 0.68‰,脑血管病伴发精神障碍 0.50‰,其他精神障碍为 0.50‰。神经症患病率为 22.21‰,其中女性患病率 39.93‰,男性为 4.71‰。1993 年的复查资料显示精神疾病的患病率具有明显的上升趋势,其中精神分裂症患病率已达 6.55‰。

我军精神疾病的流行病学调查在 20 世纪 80 年代后有过局部的调查报告。1994 年,在总卫生部的领导下,协作完成了全军精神疾病流行病学的调查研究。我军各类精神疾病总患病率为 25.59‰,其中精神分裂症 1.62‰,情感性障碍 0.23‰,神经症 18.40‰,心理创伤后应激障碍(PTSD)4.86‰,其他精神障碍 0.48‰。精神疾病的构成比分别为神经症 71.89%、PTSD 18.99%、精神分裂症为 6.33%、情感性精神障碍 0.91%、其他精神障碍 1.88%。资料显示,军人精神分裂症的患病峰值出现在新兵期和超期服役者。由于新兵必须适应新的生活条件、人际关系、技术装备和军人职责,这种适应过程具有多层次和多功性质,调节不当可成为不良的心理应激而诱发致病。超期服役者则可产生所谓的“服役期满综合征”,成为导致精神疾病的心理学因素。调查亦表明,影响部队建设及因精神残疾所致的失能主要为精神分裂症,故后者是我军精神疾病防治工作的重点。

军人神经症各临床亚型患病率分别为神经衰弱 6.27‰、抑郁性神经症 3.82‰,焦虑症 3.63‰、恐惧症 1.32‰、癔症 0.94‰、强迫症 0.71‰、疑病症 0.42‰、其他神经症 1.27‰。其构成比为神经衰弱 34.1%、抑郁性神经症 20.77%、焦虑症 19.74%、恐惧症 18.0%、强迫症 3.85%、疑病症 2.31%、其他神经症 6.92%。心理创伤后应激障碍(PTSD)也是军人较常见的精神障碍之一。军人 PTSD 的应激源可分为两大类:①急性应激源。包括突发性创伤、恶性训练事故致伤、致残或为目击者(占 82.5%)。②创伤性生活事件。如突发性亲人死亡和家庭蒙受灾难性损失、或伴有恋爱失败、夫妻关系破裂等(占 17.5%)。其流行病学特点为空勤患病率最高(16.8‰),学员和机关人员最低(2.27‰),这说明其与军人的不同工作性质,尤其与高风险特点有关。

(王焕林)

第二章 精神障碍的症状学

精神症状也就是不正常的精神活动,有些精神活动很容易识别其是否正常,有些则很不容易识别,即使是有经验的精神科医师,也不能很快做出判断。精神病患者的精神活动并不是都不正常,常常是正常和不正常的精神活动交错着或交织着出现,有些病人的不正常活动只是偶尔出现,或者只是在某些场合下出现(例如偏执型精神病患者的症状常只有牵涉到与其妄想有关的情境时才出现),因此也需要在做出较全面的观察后方能做出判断。

精神症状的表现有时与正常精神活动相比有质的差别,这种表现较易识别;有时则只有量的差别,这就必须把这种表现与出现时的背景联系起来考虑方能确定其是否异常。例如一个人丧失了自己心爱的或必需的东西时总会有不同程度的不愉快感,但如果一个经济宽裕的人因遗失了几分钱就号啕大哭或大张旗鼓的去找寻,这就是异常状态;或者听见亲人死亡的消息后毫无不愉快的反应,这也可能是不正常。在精神病学书籍的症状学一章中,常常只描述重性精神病的症状而较少描述神经症的症状,其原因之一是后者的表现与正常人常只有量的差别,症状本身并无特异性,必须放在特定背景下分析方能判断其正常与否之故。因此本章对神经症的症状也不作重点叙述。

人的精神活动的形式不外几个方面,但其内容却千差万别。精神病的症状学一般是根据心理学的分类,将精神症状分为感知、思维、情感等方面进行叙述。精神活动是一个整体,这种区分是人为的,是为了教学和研究的方便而分的,因此各人的分法也有些出入。本章根据传统区分。

第一节 感知障碍

感知是客观刺激作用于感觉器官而被意识到的过程。人类的感覺器官有视觉、听觉、触觉等等,其中视觉器官感觉的范围很大,而触觉所感觉的范围很小,但我们对客观事物的正确感知却常是各种感觉器官所感受的内容的综合。

感知障碍可以分为感觉障碍和知觉障碍。

一、感觉障碍

(一)感觉过敏

是对外界一般强度的刺激感受性增高。如感到阳光特别耀眼,一般的声音特别刺耳,普通的气味异常刺鼻等。多见于神经症、更年期综合征、感染中毒后脑衰弱状态等。

(二)感觉减退

是对外界一般刺激的感受性减低。如强烈的疼痛刺激患者则几乎感受不到,见于抑郁状态、木僵状态和意识障碍。严重时对外界刺激不产生任何感觉,称为感觉缺失,见于癔症,其表现与相应的神经解剖部位和生理功能不同。

(三)内感性不适(体感异常)

是躯体内部产生的各种不舒适和(或)难以忍受的异样感觉,如挤压、牵拉、游走、蚁爬感等。病人不能明确指出具体不适的部位,此有别于内脏性幻觉。内感性不适可继发于疑病观念。多见于神经症、精神分裂症、抑郁状态和脑外伤后精神障碍。

二、知觉障碍

(一)错觉

是歪曲的知觉,也就是把实际存在的事物歪曲地感知为与实际完全不相符的事物。错觉的产生常见于下述情况。

1. 感觉条件差 例如视力不足、光线不足、声音模糊等。
2. 情绪因素 在伴有强烈的恐惧或期待情绪时可出现“草木皆兵”等错觉。
3. 注意力不集中、疲劳 亦可影响感知的清晰度而产生错觉。
4. 意识障碍 例如谵妄时可出现大量错觉。

以上几种因素引起的错觉,前三种在正常人也可见到。在广告或装饰中,有时为了吸引人们的注意,故意利用对比突出某些事物,造成错觉。正常人的错觉只要改善感觉条件或加以解释,很容易校正,因为知识不足而对事物产生的错误判断不称为错觉。

(二)幻觉

是缺乏相应的客观刺激时的感知体验。

1. 下列因素可与幻觉的产生有关

- (1)强烈的情绪因素:例如严重的抑郁症患者可产生与自罪妄想内容有关的幻觉;
- (2)暗示:例如癔症患者可产生幻想性幻觉;
- (3)脑器质性疾病:例如颞叶癫痫;
- (4)催眠期及觉醒期幻觉;
- (5)意识障碍:常出现片断性幻觉;
- (6)某些精神病:常见于精神分裂症。

2. 幻觉一般按感觉形式分类

(1)幻听(听幻觉):可以表现为无意义的噪声或有意义的“声音”(通常为语声),前者可由听觉器官疾病引起,不一定有诊断精神病的意义,言语性幻听(通常称为“声音”)则常有诊断意义。幻听的内容可以是对患者的命令、赞扬、辱骂等。有时是把患者作为第三者,声音的内容是几个人在讨论患者的情况(评论性幻听)。

(2)幻视(视幻觉):可以看见无意义的色彩、闪光或成形的东西(常常是能引起恐惧感的形象)。常见于谵妄、某些物质中毒、颞叶癫痫、精神分裂症等。

(3)幻嗅和幻味:这两种幻觉常同时存在,所感觉到的常是令人不愉快的味道。可见于精神分裂症、颞叶癫痫等。

(4)幻触:可以表现为触摸感、虫爬感、针刺感、触电感等,也可有性接触感。前者可见于某