

精神疾病

误诊学

JINGSHEN JIBING
WUZHENXUE

主 编 韩春美



军事医学科学出版社

精神疾病误诊学

主 编 韩春美

副主编 冯永平 柳福真 张天亮 唐济生 张守来

编 委 纪文静 冯永平 柳福真 韩春美
胡岱梅 韩 勇 张天亮 唐济生

总 编 董宇国

总策划 北京科宇文化中心医药图书部

军事医学科学出版社
·北京·

内容提要

本书以精神疾病为重点,各科最新理论为基础,文字简练、深入浅出地介绍了精神疾病误诊误治问题。全书共分5篇:第一篇总论;第二篇精神疾病的误诊与误治;第三篇精神药物毒副作用的误诊与误治;第四篇司法鉴定的问题;第五篇精神科疾病中其他科疾病的误诊问题。

本书可作为精神科医师继续教育的必读教科书,也是综合医院医师和心理学研究人员及有关人员的指导参考书。

图书在版编目(CIP)数据

精神疾病误诊学/韩春美主编. - 北京:军事医学科学出版社,2002

ISBN 7-80121-481-1

I.精… II.韩… III.精神病-误诊-分析 IV.R749.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 106824 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931034

66931048

编辑部:(010)66931127

传 真:(010)68186077

E-MAIL: mmsped@nic.bmi.ac.cn

印 刷:潮河印装厂

装 订:潮河印装厂

发 行:新华书店总店北京发行所

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:30

字 数:730 千字

版 次:2003 年 6 月第 1 版

印 次:2003 年 6 月第 1 次

印 数:1-3500 册

定 价:70.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

目前,随着医学诊断技术的不断提高,各科疾病的误诊率逐年下降。但是,精神科疾病的误诊问题仍是一大难题。因为精神科许多疾病物理检查尚少,又缺乏其他科诊断技术,而且也无这方面的专著做指导。为了解决精神科疾病误诊和误治问题,我们在先后编写《中枢神经系统药物毒副作用及治疗》和《精神科疑难重症诊疗学》的基础上,结合 40 年的临床实践经验,并参阅了大量有关书籍和文献,编写了这部专著。该书涉及学科广泛,山东大学及教学医院的部分教授和专家也参加了这一工作。

本书共分 5 篇:第一篇总论;第二篇精神疾病误诊与误治;第三篇精神药物毒副作用的误诊与误治;第四篇司法鉴定的问题;第五篇精神科疾病中其他科疾病的误诊问题。

本书以精神科疾病为重点,各科最新理论为基础,笔法深入浅出,文词简练易懂,便于各科医师阅读理解。可作为精神科医师继续教育的必读教科书,也是综合医院医师和心理学研究人员及病人家属的指导参考书。

最后,希望广大读者提出宝贵意见和建议,以便修改再版。特此表示感谢!

韩春美

2003 年 1 月

目 录

第一篇 总 论

第一章 绪 论	(3)
第一节 概 述	(3)
第二节 精神疾病误诊学简史	(5)
第三节 现代误诊学学科发展的趋势	(12)
第二章 误诊学的精神症状学基础	(25)
第一节 意识及意识障碍与诊断	(25)
第二节 认知障碍与诊断	(41)
第三节 情感障碍与诊断	(68)
第四节 意志障碍与诊断	(77)
第三章 误诊学的神经病学基础	(84)
第一节 误诊学的神经症状学基础	(84)
第二节 误诊学的神经检查学基础	(99)
第四章 误诊学的内科学基础	(106)
第五章 误诊学的外科学基础	(108)
第六章 儿科学基础	(109)
第一节 儿童发育与诊断	(109)
第二节 儿童心理变化与诊断	(112)
第七章 老年医学基础	(113)
第一节 老年心理变化与诊断	(113)
第二节 老年病与诊断	(115)
第八章 社会学基础	(117)
第九章 精神疾病检查诊断与误诊	(119)
第十章 精神疾病分类发展对误诊学的作用影响	(128)
第一节 ICD - 10 诊断标准分析与应用	(128)
第二节 DSM - IV 诊断标准分析与使用	(134)
第三节 中国精神疾病的诊断发展与现状	(135)
第十一章 精神科误诊病例分析与诊断	(138)
第一节 精神科住院或门诊误诊病例的分析与再诊断	(138)
第二节 综合医院精神疾病误诊病例的分析诊断问题	(142)
第十二章 精神症状的误诊问题	(144)
第一节 精神症状的有关误诊因素	(144)
第二节 精神症状误诊为躯体症状问题	(147)
第三节 躯体症状误诊为精神症状问题	(149)
第四节 非精神病症状误诊为精神病症状问题	(151)

第五节	精神病症状误诊为非精神病症状问题	(156)
第六节	精神症状的互为误诊问题	(158)
第七节	误诊症状再诊断问题	(168)
第八节	躯体症状和体征的误诊问题	(169)

第二篇 精神疾病的误诊与误治

第十三章	脑退行性病变疾病的误诊与误治	(177)
第一节	阿尔采默病	(177)
第二节	匹克病的误诊问题	(195)
第三节	Creutzfeldt - Jacob 病	(196)
第四节	亨廷顿病的误诊与误治	(199)
第五节	多发性硬化症所致精神障碍的误诊问题	(202)
第六节	肝豆状核变性伴发神经精神障碍误诊问题	(203)
第十四章	脑血管疾病所致精神障碍的误诊和误治	(205)
第一节	难诊型高血压所致精神障碍	(205)
第二节	难诊性脑动脉硬化症性痴呆	(208)
第三节	脑血管病合并精神疾病的误诊问题	(215)
第十五章	癫痫及伴发神经精神障碍的误诊问题	(217)
第一节	非意识障碍型癫痫	(217)
第二节	非抽搐型癫痫	(220)
第三节	癫痫性精神障碍	(223)
第四节	癫痫治疗问题	(228)
第十六章	易误诊型脑炎所致精神障碍	(231)
第一节	散发性脑炎所致精神障碍的误诊问题	(231)
第二节	流行性乙型脑炎所致精神障碍	(235)
第三节	结核性脑膜炎所致精神障碍	(237)
第四节	非典型麻痹性痴呆	(237)
第五节	艾滋病所致精神障碍	(239)
第六节	其他脑炎所致精神障碍	(239)
第十七章	颅脑外伤所致精神障碍	(241)
第一节	难诊型颅脑外伤后综合征	(241)
第二节	颅脑外伤后持续植物状态	(244)
第十八章	精神症状为主的颅内占位病变	(248)
第一节	最先精神症状的表现形式	(248)
第二节	常见的肿瘤类型	(250)
第三节	常见误诊类型及有关因素	(251)
第四节	再诊断的有关问题	(253)
第十九章	躯体疾病伴发精神障碍的误诊与预防	(255)
第一节	概 述	(255)

第二节	内脏疾病所致精神障碍的误诊问题	(258)
第三节	内分泌疾病所致精神障碍	(267)
第四节	营养代谢疾病所致精神障碍的误诊问题	(269)
第五节	胶原疾病伴发精神障碍的误诊问题	(271)
第六节	血液疾病所致精神障碍的误诊问题	(273)
第二十章	酒精中毒性精神障碍的误诊与再诊断	(275)
第一节	酒滥用的诊断问题	(275)
第二节	酒依赖的误诊和再诊断问题	(276)
第三节	酒中毒性谵妄的诊断	(277)
第四节	酒中毒性谵妄的治疗	(279)
第五节	酒中毒性偏执状态	(281)
第六节	慢性酒中毒痴呆及混合型的诊断问题	(282)
第七节	戒酒的注意事项	(283)
第二十一章	精神活性物质所致精神障碍的误诊与再诊断问题	(285)
第一节	精神活性物质所致精神障碍的分型	(285)
第二节	常见误诊原因和因素	(286)
第三节	误诊病例的再诊断问题	(287)
第二十二章	中毒性精神障碍的误诊问题	(288)
第二十三章	精神分裂症	(291)
第一节	有关精神分裂症概念的变迁	(291)
第二节	精神分裂症诊断标准的变化与影响	(292)
第三节	精神分裂症误诊的常见原因和因素	(294)
第四节	精神分裂症的诊断问题	(297)
第五节	精神分裂症的再诊断问题	(303)
第六节	精神分裂症认知障碍问题	(312)
第七节	精神分裂症的治疗	(316)
第二十四章	分裂情感性精神病的诊断问题	(319)
第二十五章	偏执性精神障碍及其他	(321)
第一节	偏执性精神障碍的分类问题	(321)
第二节	偏执性精神障碍的诊断问题	(322)
第三节	有关其他精神障碍的诊断	(322)
第二十六章	情感障碍及情感疾病	(329)
第一节	概 述	(329)
第二节	分类与误诊因素	(330)
第三节	躁狂抑郁症的诊断	(333)
第四节	外因性情感障碍的诊断	(339)
第五节	情感障碍治疗注意事项	(341)
第二十七章	神经症	(344)
第一节	概念、分类与变迁	(344)

第二节	诊断的争议问题	(345)
第三节	常见误诊病例的再诊断	(347)
第四节	强迫症的误诊与误治	(350)
第五节	抑郁性神经症的误诊与误治	(353)
第六节	人格解体神经症的误诊与误治	(354)
第七节	癔症的再分类诊断	(356)
第八节	神经衰弱与疲劳综合征	(358)
第二十八章	应激相关障碍的分类与诊断问题	(359)
第二十九章	跨文化与实验精神病	(362)
第一节	超常信仰所致精神障碍	(362)
第二节	气功所致精神障碍的诊断	(366)
第三节	与封建迷信有关的精神障碍的演变	(369)
第三十章	与心理因素有关的生理障碍的误诊问题	(371)
第一节	饮食障碍的误诊问题	(371)
第二节	睡眠与觉醒障碍诊断的变迁	(373)
第三节	性功能障碍的误诊问题	(375)
第四节	植物神经功能障碍的再归类	(376)
第三十一章	人格障碍的误诊与再诊断	(378)
第三十二章	意向行为控制障碍的诊断问题	(383)
第三十三章	精神科常见的心身疾病	(386)
第三十四章	常误诊的精神发育迟滞	(389)
第三十五章	儿童精神障碍的误诊与误治	(393)
第一节	儿童情绪与行为障碍的误诊	(393)
第二节	儿童发育及技能发育障碍的诊断	(394)
第三节	儿童精神障碍治疗注意事项	(395)

第三篇 精神药物毒副作用的误诊与误治

第三十六章	概 论	(399)
第一节	精神药物毒副作用概况	(399)
第二节	精神药物毒副作用误诊因素	(399)
第三节	精神药物毒副作用主要误诊类型和特征	(402)
第四节	精神药物毒副作用及并发症的诊断	(410)
第五节	精神药物毒副作用的误治问题	(412)
第六节	精神药物毒副作用的处理原则	(415)
第七节	药源性猝死症	(416)
第三十七章	抗精神病药物的毒副作用	(419)
第三十八章	抗抑郁药的毒副作用	(424)
第三十九章	急性药物中毒	(428)
第四十章	电休克治疗并发症及处理	(431)

第四十一章 胰岛素治疗并发症及处理 (432)

第四十二章 心理治疗的副作用及处理 (434)

第四篇 司法鉴定的问题

第四十三章 鉴定医师的培养与素质问题 (437)

第四十四章 鉴定材料的调查问题 (438)

第四十五章 鉴定中的几个问题 (439)

第五篇 精神科中其他科疾病的误诊问题

第四十六章 躯体疾病的误诊概况 (445)

第四十七章 躯体病误诊原因与因素 (446)

第四十八章 精神科躯体疾病误诊的预防措施 (448)

第四十九章 神经科疾病的误诊 (450)

第五十章 内科疾病的误诊 (454)

 第一节 心血管系统疾病 (454)

 第二节 消化系统疾病 (458)

 第三节 呼吸系统疾病 (459)

 第四节 血液系统疾病 (459)

 第五节 糖尿病 (460)

第五十一章 外科疾病的误诊 (461)

第五十二章 眼科及其他疾病 (463)

附:常规实验室检查正常值 (464)

主要参考文献 (467)

编后语 (470)

第一篇 总 论

- 第一章 绪 论
- 第二章 误诊学的精神症状学基础
- 第三章 误诊学的神经病学基础
- 第四章 误诊学的内科学基础
- 第五章 误诊学的外科学基础
- 第六章 儿科学基础
- 第七章 老年医学基础
- 第八章 社会学基础
- 第九章 精神疾病检查诊断与误诊
- 第十章 精神疾病分类发展对误诊学的作用影响
- 第十一章 精神科误诊病例分析与诊断
- 第十二章 精神症状的误诊问题

第一章 绪 论

第一节 概 述

一、精神疾病误诊学的概念

(一)误诊学的概念

误诊学是临床医学的一个分支,系指研究疾病误诊的原因因素、发生机理、临床表现特征、常见误诊为其他疾病及分析、误诊病例的诊断及再诊断问题,误诊后导致的误治,和最终处理的一门科学。

(二)精神疾病误诊学

精神疾病误诊学是原精神病学的一分支,是研究精神科中一切疾病(精神疾病及躯体疾病)的误诊的原因因素、发生机理、临床表现特征、误诊的有关疾病及分析,误诊病例的诊断及再诊断、误诊导致的误治,及最终处理;另一方面,也研究综合医院对精神疾病误诊的有关问题的一门科学。目前是新分出来的学科,这类专著、教科书尚少。

二、精神疾病误诊学的地位和任务

(一)精神疾病误诊学的地位

目前,不仅 WHO 在继续研究精神疾病的诊断标准,即今天国际通用的 ICD-10 诊断标准,各国根据本国的文化背景,也在研究自己的诊断标准,如中国的 CCMD-3,美国的 DSM-IV 等,其目的就是消除精神疾病分类上的不统一,诊断标准的不一致,以免精神疾病的误诊。而误诊学的地位更是具有独特的重要性,且深入分析各类精神疾病不同时期的概念和诊断标准的变迁,分析其误诊的原因。因为精神疾病,尤其是功能性疾病无物理检查标准,有许多人为因素易导致误诊,本学科正是研究这一特征,达到以防误诊、误治的目的。精神疾病误诊学不仅研究精神科疾病的误诊问题,同时也研究综合医院对精神疾病的误诊问题,说明不仅在精神专科有其重要地位,而且在综合医院也有重要的地位。另外,在全科医学中也有重要的地位。

(二)精神疾病误诊学的任务

精神疾病误诊学的任务正如精神疾病误诊学概念所提到的那样,都是本学科的重要任务。同时,对某一阶段的疾病诊断标准进行追踪,观察它的误诊、漏诊率,对修正诊断标准有重要的指导,可提高对诊断标准的正确评价,并提出合理的修改建议。误诊的研究,对误诊必然会提出合理的治疗方案,成为最终正确治疗指南。

三、精神疾病误诊学和其他学科的关系

(一)与精神病学的关系

精神病学是研究精神疾病的概念、病因和发病机理、临床表现特征、诊断及鉴别诊断、防治的一门科学。精神病学是精神疾病误诊学的基础,后者又是前者的分支和诊断学的更深入,是不可缺少的组成部分,随精神病学的发展而发展,随精神病学研究深入而深入。离开了精神病学就谈不到误诊学的研究。

(二)与心理学的关系

精神疾病误诊学的重要任务就是研究各类精神疾病出现的异常精神现象判定的错误和修正。这就必须熟悉正常精神现象的科学知识。普通心理学便是研究正常精神现象的科学。

心理现象是脑的功能,是客观现象的反映。人的心理现象又称精神现象。心理的实质从两个方面考虑:一是心理与客观的关系,二是心理与脑的关系。现代心理学较多地注意从人的外部行为活动中去研究心理现象的各个方面。精神正常与异常的问题,无论对心理学还是精神病学来说,都是一个重要的问题。只有知道正常心理是什么,才能识别异常现象。这说明,学好心理学,才能判定个体的正常心理活动。因此,研究正常心理活动是判定异常心理活动的基础。不懂人的正常心理活动,就不会研究判定正常心理活动。只有了解正常心理活动的有关因素、机理及发展规律、协调统一性,才能研究精神疾病误诊学。因此,两者关系极为密切,有些心理咨询人员将异常心理,甚至精神病误认为是心理问题,并依靠心理咨询获得解决是不可能的。因此,可以说精神疾病误诊学随心理学发展而发展,随心理学研究层次提高而提高。精神疾病误诊学专家必须熟悉心理学知识,否则不会成为医术高明的精神疾病误诊学专家。

(三)与超心理学的关系

超心理学系一心理学的分支,扩大的超心理学研究范围,不只是研究心灵现象,超常心理活动状态还包括:正性超心理活动状态,如刚生下的新生儿潜水自由自在,模仿母亲的动作,科学家的灵感,自痴学者等;负性超心理活动状态,如梦境、定向障碍、气功态、超常信仰变态等。尤其后者为异常心理活动的过街桥,接近于异常心理活动状态,有的可转化为异常心理活动状态即精神疾病,容易产生误诊现象。因此,提示要想区别正常心理活动与状态、超常心理活动与状态、异常心理活动与状态,除学好精神病学、心理学外,还要掌握超心理学的学科知识。它们之间有千丝万缕的联系,经常在这些问题上,在认识和看法上发生争论,发生矛盾。完全否定超心理学的观念,可能是片面的,而且是不恰当的。有关负性超心理现象,国内外尚未论述,但是它与异常心理现象关系更为密切,如对邪教、歪理邪说、邪教主产生超常信仰,相继出现负性超心理活动,虽然它未达到异常心理活动的诊断标准,但是这样的个体所做所为,超出了正常心理活动,甚至同训于或超出异常心理活动的所做所为,可放火,可杀人,可自杀,可进行一切犯罪活动等。再发展下去可转化为精神疾病,因此说明超心理学与精神病学关系密切,都离不开精神疾病误诊学离不开超心理学的科学知识。两者的鉴别诊断也是非常重要的。否则可能把负性超心理状态误诊为异常心理状态,是不能被社会上承认的,也会干扰了社会上的安定,更不利于打击邪教。因此,精神科误诊学家必须学好超心理学,尤其是弄清负性超心理现象。

(四)与神经科学的关系

众所周知,精神科和神经科是互为联系的姊妹科,许多精神科疾病的误诊直接与神经科有

关,神经科的误诊有许多与精神科有关,因此神经病学是精神疾病误诊学研究的基础。神经科的检查,精神科亦必须具备,神经系统检查精神科医师必须掌握,跨科性的疾病许多,甚至精神障碍是神经科疾病的症状之一。

神经心理学也是精神科误诊学的一个重要组成部分,皮质定位性诊断也是误诊学不可缺少的重要部分。

神经科的许多治疗,也是精神科的重要治疗,因误诊导致的误治也包括这一方面。有些神经科的肿瘤完全表现为精神症状,甚至误诊为功能性精神疾病,延误了治疗。因此,应强调这两科的关系,注意它们的有机联系,互为促进它们的深入研究和发

(五)与内科学的关系

内科学是研究躯体疾病的一门综合性科学。躯体疾病经常出现精神症状,甚至过去精神疾病就是内科的一部分。精神科的误诊经常出现在内科部分,内科的误诊也涉及到精神科。内科学是最大的基础学科,因此精神科误诊学更离不开内科学;既离不开内科诊断学,也离不开内科治疗学。

(六)与全科医学的关系

精神科病人经常并存或发生其他疾病,患者又对躯体症状的不敏感,如果精神科医师全科知识不足,经常会造成误诊,延误治疗。因此,精神科医师必须具备全科知识,以防误诊其他多

(七)与药理学的关系

精神科疾病在药物治疗中,绝大部分是有毒性的精神药物,治疗过程中经常出现毒副反应,甚至致死性中毒反应,这些都与药理学有关。要想不发生意外,防止毒副反应发生,必须学习、研究药理学,尤其是精神药理学。

(八)与其他学科的关系

与外科学、放射学、儿科学、皮肤病学等都有涉及性关系,也必须具有这些学科的知识。

总之,精神疾病误诊学涉及的学科广泛,涉及的疾病众多,而且它不仅与医院的各科有直接密切的关系,也与社会、学校、家庭及教育学、心理学有密切关系,必须博见广识,提高精神科诊断学的水平。

第二节 精神疾病误诊学简史

虽然目前国内外精神疾病误诊学专著尚少,但是从希波克拉底精神病学之父开始,至今一直有人在研究精神疾病的各类概念和诊断,实际上也在研究精神疾病误诊学。

另一方面,传统医学在研究精神疾病的中医诊断也有悠久的历史,当然精神科中医误诊学的研究同样有悠久的历史。在本节就从这两方面介绍。

一、国外精神疾病误诊学发展概况

西方医学精神病学史的发展,促进了精神科误诊学的发展,一般分为如下几个阶段。

(一)古代朴素唯物主义对精神疾病误诊学发展的作用影响

精神病学(psychiatria)一词,源出希腊语。Psyche即精神,灵魂之意,iatria为治疗之意,精神

病学是治疗灵魂疾病的意思。这是因为在古代认为有不依赖躯体的灵魂存在,认为灵魂可以生病,也可以受治。实际上,这是精神与物质分离的唯心理论。这是精神疾病误诊学的萌芽,也是精神疾病误诊学科学发展的开端。说明古希腊是精神疾病误诊学的启蒙国家,大大先进于美国和英国。

古希腊罗马时代(公元前4~5世纪),开始了朴素唯物主义的萌芽。希波克拉底(希腊语即 Hippocrates, 460~377 B.C)被认为是科学的医学奠基人,不仅称之为医学之父,也称之为精神病学之父。他是一位唯物主义的哲学家。他认为脑是思维活动的器官,提出了精神病体现病理学说。强调了人体均存在四种体液:血液、精液、黄胆汁和黑胆汁类同于自然界存在的四种现象:火、土、空气、水一样。体液量的改变或相互关系失调,人就生病。用来解释精神疾病的起因,这是突破性发现,而今天更发展了他的体液学说。因此,可以说他是研究精神疾病误诊学的最早的,贡献最大的医学之父。精神疾病步入诊断的正规轨道,是精神疾病误诊学研究的开端。并且在医学史创立了顺势疗法,一直沿用、发展到今天,同样亦可应用于精神疾病的治疗,今天精神科极少用精神药物治疗精神疾病也是顺势疗法的一种,提示人们的精神即心理在抗病能力起到的巨大作用,也说明误诊学的研究对治疗影响的巨大作用。

(二)中世纪神学宗教对精神疾病误诊学的发展的作用影响

公元3世纪后,欧洲随着古罗马文化的衰落,特别在中世纪,医学为神学和宗教学所掌握,又使医学倒退到黑暗时代,对精神病学的看法也大大后退了。精神病人被视为魔鬼附体,他们被送进寺院中去,用祷告、咒语、驱鬼等方法进行治疗。这就是否定了精神疾病是脑的疾病,是精神疾病的大倒退。精神疾病完全陷入误诊的海洋里,这是对精神疾病诊断的全盘否定,是误诊学的大倒退。为“驱鬼”行使了许多残酷的刑罚式的驱鬼治疗。当时,成千上万的精神病人被伤害、被误告。将希波克拉底朴素唯物主义精神病学完全被毁灭。这是精神病学的发展大倒退,精神疾病误诊学发展的大倒退。今天,仍应不该忘记,因为邪教、歪理邪说及落后地区和国家还受神学和宗教的影响,对精神疾病的错误看法仍然存在,甚至求巫医看病,烧纸、烧香送鬼等错误的治疗方法,这都是骗人的鬼话。

(三)法国大革命对精神疾病误诊学的影响

17世纪以后,工业革命开始高涨,资产阶级兴起,科学有很大进步,给迷信以巨大打击。医学也逐渐摆脱了神学的束缚。18世纪西欧对精神病学来说是一个转折点。精神病才看作为是一类需要治疗的疾病,精神病人是社会上的成员。希波克拉底的观点重新被确认。这也是精神疾病诊断学、误诊学的大转折。逐渐从灵魂、神鬼附体等的错误看法的唯心论摆脱出来的一个良好的开端。

18世纪法国大革命后,社会结构发生了根本性改变,唯物主义也开始占统治地位。比奈尔(Pinel, 1754~1826)是第一个被任命为“疯人院”的院长。他把疯人院变成了医院,进行了有历史意义的改革。从而也使医师观察研究精神疾病的症状,当时法国的精神病学有了显著的发展,比奈尔的学生 Esquirol 发现了错觉和幻觉, Falret 对循环精神病等的精神症状的描述, Bayle 等对麻痹性痴呆作了临床和病理学研究等,说明对精神疾病的分类及特点和诊断提出了初步的见解,促进了精神疾病的分类诊断的开端,必然促进误诊学的发展,因为没有疾病的诊断,就没有疾病的误诊,说明没有诊断学,就没有误诊学,不了解疾病的发展规律和特点,就没有疾病的诊断,说明精神疾病诊断学是在精神病学的基础上发展起来。这只能说明精神病学在世界上开始发展的萌芽,但是仍然是很柔嫩的。当时,在德国由于受康德和黑格尔哲学思想

的影响,精神病学中宗教观念仍占统治地位,他们认为精神病病人应由哲学家来管理,反对由医师来管理。这便使精神病学离开了医学,陷入歧途。这就又阻碍了对精神疾病的认识,阻碍了精神病学的发展。因此影响了诊断学和误诊学的发展。

当时,德国有两大学派。一派为“精神学派”,认为精神病是精神或灵魂本身的病,因罪恶、居心不善引起的,应由哲学家进行道德教育,这就脱离了科学的、正确的轨道。另一派为“躯体学派”,认为精神、灵魂是永恒不灭的,不可得病的。精神病是躯体病引起的。后者积累了大量资料,对精神病学、诊断学、误诊学起到了一定的促进作用。

(四)现代科学对精神疾病误诊学的影响

到15世纪中叶,随着自然科学如基础医学的发展,以及临床资料的积累,终于得出精神病是由于脑病变所致的结论。德国 Griesinger(1817~1888)在1845年所发表的专著中,引用了当代大脑生理和解剖的资料,论述所谓的精神失常是一种脑病的论点,强调了精神病就是一种脑病,逐渐被社会和自然科学界所接受。这是精神疾病诊断学的大转折,同时更正了过去对精神疾病的错误诊断。从此,在精神病学领域中,在诊断学、误诊学领域中的研究,在开始在正规的道路上,步步向前进。

19世纪末至20世纪初期,也是精神病学史的一个重要发展时期,某些精神疾病的概念和诊断标准逐渐在形成,在分类学上有了突破性进展。如德国的克雷丕林(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原则,他认为精神病是一个客观规律的生物学过程,可以分为数类,第一次将精神分裂症命名为早发性痴呆作为疾病单元描述。躁狂症和抑郁症外表上虽然完全相反,本质上是同一类疾病的不同表现,合称为躁狂抑郁性精神病,进入疾病单元的研究,这两大病的分类确定,为精神疾病分类学打下基础。推动了疾病诊断学和误诊学发展的飞跃。

(五)精神病学学派对精神疾病误诊学的影响

精神病学许多学者和学派是在20世纪形成的,对精神病学的发展起到了巨大的推动作用,必然对精神疾病诊断学和误诊学也有巨大的推动作用。他们从不同角度和资料来源,采取临床或实验等不同方法,应用社会学、心理学和生物学等不同原理来对这些方面的精神现象及其作用机理作出解释,并形成学说和学派,为精神病学发展的基石和动力。同时,它们也是诊断学、误诊学的基石和动力。虽然其中有些理论是老化了,过时了,但全盘否定的观点是错误的。现介绍如下。

1. 克雷丕林的分类系统对精神疾病误诊学的影响 在克雷丕林之前,精神疾病还没有系统分类,就谈不到各类精神疾病的诊断,当时由于科学技术达不到,疾病的分类都是处于误诊阶段。只有到了克雷丕林提出早发性痴呆、躁狂抑郁精神病等系统分类,其后又有 Kahlbaum 提出紧张症,Hecker 提出的青春型和 Magnan 的妄想症,成为克雷丕林提出的早发性痴呆的不同类型,还有 E. Bleuler 布鲁勒和斯奈尔对精神分裂症诊断标准的修正,形成了当时较完整的分类系统,而 Adolf Meyer 也接受了这一分类。有了分类,就形成当时分类疾病的诊断,因此也形成了一套诊断系统,所以诊断学、误诊学开始发展和形成,但是系统完整的诊断标准和系统还没有形成,可以说这只是形成的一部分,到今天还被延用。

2. 弗洛伊德精神分析学说对神经症诊断治疗的影响 弗洛伊德(Sigmund Freud, 1856~1939)出生于捷克 Freilwag 镇的一个犹太人家庭里。最早在 Bruck 生理实验室工作一年,对他从生理学框架发展心理学理论起了重要作用。其后又学习神经解剖学、神经病理学和临床精

神病学。他发现并坚信癔症是一种不是人为“有意装模作样”或是患者“想象”的产物,而且是一种真正的病,而这病起源于心理的特殊观念。他认为,神经症的发生原因在与幼年生活中被压抑在潜意识内的本能欲望、各种刺激创伤性有联系的心理原因而引起。强调了神经症这类疾病诊断的理论基础。今天企图否定这一组疾病的诊断是否正确,还须再考验。因为他对这组疾病的诊断打下了牢固的理论基础,说明他的精神分析只在神经症治疗方面有巨大贡献。并且他的儿子 M. Freud、女儿 Anna Freud 及其他学者哈特曼 (Heinz Hartmann, 1894 ~ 1970) 强化了 Freud 的理论观点。因为他的学说有它一定的正确性,所以全盘否定是错误的,应该“去其糟粕,取其精华”和“洋为中用”,这是我们对他的理论的研究方针。

3. 麦尔精神生物学说对诊断学和误诊学的影响 阿道夫·麦尔 (Adolf Meyer, 1866 ~ 1950) 生于瑞士,创立了精神生物学说,着重于研究在一整环境中的一个整体人,包括完整的人格。强调个体是一个生物单位,一个精神和一个躯体的统一体。精神疾病本身也是精神生物学反应。认为精神分裂症是一种特殊形式的适应不良。主张在诊断分类学中用反应类型来代表。引用到了 DSM - I 中。实际上,强调生物学诊断问题,一直到今天研究重点之一就是精神疾病的生物学诊断,不过在某些原因不明的精神疾病中还没有突破性发现。这也是今后研究的重点。

4. 巴甫洛夫条件反射学说对精神疾病诊断的影响 巴甫洛夫 (Павлов, 1849 ~ 1936) 原系药理学教授,后改任生理学教授,对实验性神经症的研究有了突破性发现。强调了特殊形式的神经官能症伴有的焦虑状态或癔症性分离症状,作为在超限刺激下的释放现象,稳固了神经症的诊断基础,在精神疾病误诊学发展起了重要作用。再次强调,想全盘否定神经症的诊断,这是误诊学的大倒退。因为这一组疾病并非是精神障碍分类中的一组情感障碍。强迫症、恐怖症、焦虑症虽然都可出现焦虑情绪,但是它们的病因和生物学基础,绝对是不同的。

总之,上述这些学派对精神病有巨大影响,必然对诊断学和误诊学也有巨大影响。今后研究精神疾病的诊断,完全脱离上述学派和学说,可能成为误诊学研究前进道路的曲折,甚至会出现倒退。

(六) 现代各诊断标准对误诊学发展的作用影响

各类诊断标准对误诊学既有正性作用又有负性作用。

1. ICD 标准的作用影响 20 世纪 60 年代初期,世界卫生组织 (WHO) 的精神卫生规划即已开始积极进行旨在提高精神障碍诊断与分类水平的工作。当时,WHO 召集了一系列会议,回顾了既有的知识;来自不同科学学科、精神病学不同学派的世界各地代表们积极参加了这些会议。这对分类标准和诊断信度的研究起到了促进和引导作用,并使对检查录像进行联合评定等行之有效的研究方法应运而生且得以传播。拟定了国际疾病分类第八版 (ICD - 8) 的起草及其后的标准。

20 世纪 70 年代,美国精神病学会制定和推广的诊断统计手册第 3 版 (DSM - III) 将操作性标准纳入分类系统,逐渐影响世界各地,逐渐将使用 ICD - 8 诊断标准,藉以逐渐排除个别学派对某些精神疾病的片面性影响。

发展到今天,WHO 拟定了 ICD - 10 精神与行为障碍分类、临床描述与诊断要点。在 ICD - 10 的修订工作中,也促进了评定工具的定形。这样,最后获得一套明确的 ICD - 10 标准和评定工具,而评定工具可以给 ICD - 10 第五(下)章中根据标准所作的障碍的分类提供必要的资料。