

现代

精神疾病诊断与治疗

Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry

主编 Michael H. Ebert
Peter T. Loosen
Barry Nurcombe

主译 孙学礼



人民卫生出版社

现代精神疾病诊断与治疗

Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry

主 编 Michael H. Ebert
Peter T. Loosen
Barry Nurcombe

主 译 孙学礼

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

现代精神疾病诊断与治疗/(美)埃波特(Ebert, M. H.)等主编;
孙学礼主译:—北京:人民卫生出版社,2002
ISBN 7-117-04665-1

I. 现… II. ①埃… ②孙… III. 精神病-诊疗
IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 002234 号

敬告:本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确,并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展,药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时,认真研读使用说明,尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝因参照本书任何内容而直接或间接导致的故事与损失负责。

Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry

Copyright © 2000 by the McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Except as permitted under the United States Copyright Act of 1976, no part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a data base or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

现代精神疾病诊断与治疗

中文版权归人民卫生出版社所有。

所有权利保留。本书受版权保护。除可在评论性文章或综述中简短引用外,未经版权所有著者书面同意,不得以任何形式或方法,包括电子制作、机械制作、影印、录音及其他方式对本书的任何部分内容进行复制、转载或传送。

图字:01-2000-1961

现代精神疾病诊断与治疗

主 编: Michael H. Ebert 等

主 译: 孙学礼

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京市卫顺印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 40.5

字 数: 941 千字

版 次: 2002 年 3 月第 1 版 2002 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-04665-1/R·4666

定 价: 69.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

译 者 序

《现代精神疾病诊断与治疗》一书介绍了生物精神病学和临床心理学两个大方面的最新进展,并将这些实验研究的结果以临床应用的形式展现在临床读者的面前。现代精神病学强调从生物学和心理学两大方面去分析精神疾病,强调将临床症状和各种生物学及心理学实验结果结合后的综合分析,同时强调精神病学和其它临床学科的交叉和融合,该书很好地反映了这一趋势。此外,现代精神病学不仅关注疾病的诊断和治疗技巧,同时也关注医生和患者的治疗性和非治疗性关系、医生和患者的角色含义、医生、患者及其亲属的权利、责任和义务、精神病学与法律等问题,因为这些问题均直接涉及到患者、患者亲属、医务人员以及社会的利益,并且与临床医疗工作是否能够顺利进行以及医疗质量的提高密切相关。目前临床治疗的理念正逐步发生着变化,治疗目的从传统的单一关注症状的消除逐步转变为在关注患者临床症状的同时,关注其社会功能的恢复和有效生命年。作者在该书相应的部分就以上问题分别阐述了自己的观点。

该书第一篇主要介绍与现代精神病学理论和实践相关的基础知识。第二和第四篇主要介绍与精神科临床治疗有关的规则和技术。第三和第五篇主要描述目前所常见的精神障碍及相关的治疗进展。

鉴于本书的种种特点,我们希望能够通过翻译该书给精神病学及相关学科的临床和研究人员提供帮助。翻译的基本原则是在内容上忠实于原文,并尽量做到在风格上与原书保持一致,同时为了读者理解的方便,结合我们自己的实践和对原文的理解,对某些术语和原作者的观点进行了适当的解释,并标明“译者注”,供读者参考。此外,在不影响内容和完整性的情况下,翻译时我们采用了国内所习惯的编码,其目的是使该书的译本“中国化”,有利于阅读的流畅。由于时间的仓促和水平所限,翻译和校对肯定有许多不尽人意之处,请读者包涵并提出意见。

译 者

2001 年 12 月于成都

原著者序

本书反映了精神病学学术界的新知识,并将生化和心理科学的新进展以与临床实践紧密结合的形式展示出来。本书的主要目的就是将这些新进展转化为对临床工作者有实际价值的东西,因此本书所注重的主要是对所有精神科临床工作人员的可读性和实践性。

在近几十年间,精神病学领域正逐步发生着变化。这种变化主要反映在从以往的严格意义上的从生物学和心理学角度分别研究精神疾病的病因正逐步过渡到结合临床实践经验对精神疾病的综合探讨。之所以发生这种变化,主要是因为神经生物学、遗传学、认知及发展心理学等领域的进展意想不到地冲击并改变着对精神症状、病因及发生的传统认识。此外,这种变化还体现在对精神症状和综合症的描述和定义更为灵活,一些精神综合征之间没有严格的界限,有的相互重叠。由此可见,以往认为发现某个精神综合征的单一生化改变,并试图以这种改变作为明确诊断和设计治疗依据的观点过于简单化。同样,众所周知,基因型对于了解精神病理学和发展心理学非常重要,但由于行为遗传学的复杂性,可出现不符合我们目前精神综合征概念的表现型。

本书第一篇主要介绍与现代精神病学理论和实践相关的基础知识。第二和第四篇主要介绍与精神科临床治疗有关的规则和技术。第三和第五篇主要描述到目前所常见的精神病理综合征以及对这些综合征的治疗进展。

本书从临床经验的观点描写,并贯彻这样的观点:随着新知识的出现,这些精神病理综合征的界限会发生意想不到的变化。精神疾病是严重影响个体的正常发展、身心健康以及社会功能的一组疾病。新知识的积累将会使对这些疾病的诊断技术和治疗水平得到明显提高。

Michael H. Ebert

Peter T. Loosen

Barry Nurcombe

作者名录

R. Pryor Baird, MD, PhD

Assistant Professor of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: twoasprin@yahoo.com
Mood Disorders

Anna Baumgaertel, MD

Assistant Professor of Pediatrics and Developmental Pediatrics, Child Development Center, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: anna.baumgaertel@mcmail.vanderbilt.edu
Disorders Usually Presenting in Middle Childhood (6–11 Years) or Adolescence (12–18 years)

William Bernet, MD

Associate Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry; Director, Vanderbilt Forensic Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: bill.bernet@mcmail.vanderbilt.edu
Psychiatry & the Law; Diagnostic Encounter; Disorders Usually Presenting in Middle Childhood (6–11 years) or Adolescence (12–18 years); Other Conditions Occurring in Childhood or Adolescence

Wade Berrettini, MD, PhD

The Karl E. Rickels Professor of Psychiatry; Director, Center for Neurobiology and Behavior, University of Pennsylvania, Philadelphia
Internet: wadeb@mail.med.upenn.edu
Psychiatric Genetics

John L. Beyer, MD

Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina
Internet: beyer001@mc.duke.edu
Mood Disorders

Tahir I. Bhatti, MD

Attending Clinical Staff, Departments of Medicine and Psychiatry, University of California, San Diego Medical Center
Internet: tsbhatt@simplyweb.net
Sleep Disorders

Leonard Bickman, PhD

Professor of Psychology, Psychiatry, and Public Policy, Vanderbilt University; Director, Center for Mental Health Policy, Nashville, Tennessee
Internet: bickmann@attglobal.net
Mental Health Services Research

Daniel G. Blazer, MD, PhD

J.P. Gibbons Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina
Internet: blaze001@mc.duke.edu
Psychiatric Epidemiology

George C. Bolian, MD

Associate Professor, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: george.bolian@mcmail.vanderbilt.edu
Emergency Psychiatry

Thomas F. Catron, PhD

Associate Professor of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine; Executive Director, Vanderbilt Community Mental Health Center; Co-Director, Center for Psychotherapy Research and Policy, Vanderbilt Institute for Public Policy Studies, Nashville, Tennessee
Internet: tom.catron@vanderbilt.edu
Continuity of Care

Camellia P. Clark, MD

Clinical Instructor and Associate Physician, Department of Psychiatry, University of California, San Diego
Internet: cclark@vapop.ucsd.edu
Sleep Disorders

Kenneth A. Dodge, PhD

William McDougall Professor of Public Policy and Psychology; Director, Center for Child and Family Policy, Duke University, Durham, North Carolina
Internet: kenneth.dodge@duke.edu
Developmental Psychology

Michael H. Ebert, MD

Professor of Psychiatry and Pharmacology; Chair, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of

Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: mike.ebert@mcmail.vanderbilt.edu
Psychiatric Interview; Eating Disorders

S. Hossein Fatemi, MD, PhD
Associate Professor of Psychiatry, Cell Biology, and Neuroanatomy, Department of Psychiatry, University of Minnesota School of Medicine, Minneapolis, Minnesota
Internet: fatem002@tc.umn.edu
Schizophrenia

Elliot M. Fielstein, PhD
Assistant Professor of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine; Clinical Neuropsychologist, Veterans Affairs Medical Center, Nashville, Tennessee
Internet: elliot.m.fielstein@vanderbilt.edu
Posttraumatic Stress Disorder & Acute Stress Disorder

Robert B. Fisher, MD, MPH
Associate Professor, Department of Psychiatry and Neurology, Tulane University School of Medicine; Associate Medical Director for Adult Services, Office of Mental Health, Louisiana State Department of Health and Hospitals, New Orleans
Internet: robert_fisher73@hotmail.com
Psychiatric Epidemiology

Lee Fleisher, BS
Senior Associate and Vice Chair, Administration, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: lee.fleisher@mcmail.vanderbilt.edu
Continuity of Care

Charles V. Ford, MD
Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Neurobiology, University of Alabama School of Medicine, Birmingham
Internet: cford@uabmc.edu
Somatoform Disorders; Factitious Disorders & Malingering

Arthur M. Freeman III, MD
Professor of Psychiatry; Chair, Department of Psychiatry, Louisiana State University School of Medicine, Shreveport
Internet: afreem@lsu-mc.edu
Consultation-Liaison Psychiatry

Volney P. Gay, PhD
Professor, Departments of Religion, Psychiatry, and Anthropology, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee
Internet: volney.p.gay@vanderbilt.edu
Psychoanalysis

Gregory M. Gillette, MD
Assistant Professor of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine; Assistant Chief of Psychiatry, Veterans Affairs Medical Center, Nashville, Tennessee
Internet: gillette.gregory@nashville.va.gov
Posttraumatic Stress Disorder & Acute Stress Disorder

J. Christian Gillin, MD
Professor of Psychiatry, University of California, San Diego; Director, Mental Health Clinical Research Center, University of California, San Diego, and the Veterans Affairs San Diego Healthcare System
Internet: jgillin@ucsd.edu
Sleep Disorders

Harry E. Gwirtsman, MD
Associate Professor of Psychiatry; Director, Division of Geriatric Psychiatry, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: harry.gwirtsman@med.va.gov
Psychiatric Interview; Mood Disorders; Eating Disorders

William A. Hewlett, MD, PhD
Associate Professor, Department of Psychiatry; Director, Obsessive-Compulsive Disorder/Tourette Program, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: hewletw@mcmail.vanderbilt.edu
Obsessive-Compulsive Disorder

Steven D. Hollon, PhD
Professor, Departments of Psychology and Psychiatry, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee
Internet: steven.d.hollon@vanderbilt.edu
Behavioral & Cognitive-Behavioral Interventions

John R. Hubbard, MD, PhD
Associate Professor of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: hubbard.john_r@nashville.va.gov
Substance-Related Disorders; Personality Disorders

Joseph A. Kwentus, MD
Assistant Professor of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee; Medical Director, Behavioral Sciences, Tennessee Christian Medical Center, Madison
Internet: joekwentus@home.com
Delirium, Dementia, & Amnesic Syndromes

Joseph D. LaBarbera, PhD
Associate Professor of Psychiatry; Director of Psychology, Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: joseph.labarbera@mcmail.vanderbilt.edu
Diagnostic Testing

Peter T. Loosen, MD, PhD
Professor of Psychiatry and Medicine, Vanderbilt University School of Medicine; Chief of Psychiatry, Nashville Veterans Affairs Medical Center, Tennessee
Internet: ptloosen@aol.com
Mood Disorders

Peter R. Martin, MD
Professor of Psychiatry and Pharmacology; Director, Division of Addiction Medicine and Vanderbilt Addiction

Center, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: peter.martin@mcmail.vanderbilt.edu
Substance-Related Disorders

Jonathan E. May, PhD

Adjunct Assistant Professor of Psychology, Vanderbilt University School of Medicine; Director, Psychology Training, Nashville Veterans Affairs Medical Center, Nashville, Tennessee
Internet: may.jonathan_e+@nashville.va.gov
Sexual Dysfunctions & Paraphilias

Herbert Y. Meltzer, MD

Bixler Professor of Psychiatry and Pharmacology; Director, Division of Psychopharmacology, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: herbert.meltzer@mcmail.vanderbilt.edu
Schizophrenia

Polly J. Moore, PhD, RPsgT

Post-Doctoral Fellow, Department of Psychiatry, University of California, San Diego, and the University of California, San Diego, Cancer Center
Internet: pmoore@ucsd.edu
Sleep Disorders

Leslie C. Morey, PhD

Professor of Psychology, Texas A&M University, College Station, Texas
Internet: lcm@psyc.tamu.edu
Personality Disorders

James L. Nash, MD

Associate Professor of Psychiatry; Vice-Chairman for Graduate Medical Education, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: james.nash@mcmail.vanderbilt.edu
General Principles of Psychotherapeutic Management; Mood Disorders

Carol T. Nixon, MA

Program Evaluation Manager, Access Behavioral Care, Denver, Colorado
Internet: carol_nixon@coaccess.com
Mental Health Services Research

Denine A. Northrup, PhD

Research Associate, Center for Mental Health Policy, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee
Internet: d.northrup@vanderbilt.edu
Mental Health Services Research

Barry Nurcombe, MD

Professor of Child and Adolescent Psychiatry, The University of Queensland; Director of Child and Adolescent Psychiatry, Royal Children's Hospital and District, Queensland, Australia; Professor Emeritus, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: i.spinks@psychiatry.uq.edu.au

Psychiatric Interview; Clinical Decision Making in Psychiatry; Dissociative Disorders; Diagnostic Encounter; Diagnostic Testing; Diagnostic Formulation, Treatment Planning, & Modes of Treatment; Disorders Usually Presenting in Infancy or Early Childhood (0-5 years); Disorders Usually Presenting in Middle Childhood (6-11 Years) or Adolescence (12-18 years); Other Conditions Occurring in Childhood or Adolescence

John I. Nurnberger Jr., MD, PhD

Joyce & Iver Small Professor of Psychiatry, Neurobiology and Medical Genetics; Director, Institute of Psychiatric Genetics and Assistant Chairman for Research, Department of Psychiatry, Indiana University School of Medicine, Indianapolis
Internet: jnurnber@iupui.edu
Psychiatric Genetics

Rudra Prakash, MD

Associate Clinical Professor, Department of Psychiatry, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee
Emergency Psychiatry

Howard B. Roback, PhD

Professor, Departments of Psychiatry and Psychology, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: howard.robback@mcmail.vanderbilt.edu
Psychological Testing in Psychiatry

Ronald M. Salomon, MD

Assistant Professor of Psychiatry; Medical Director, Obsessive-Compulsive Disorders Clinic, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: ron.salomon@mcmail.vanderbilt.edu
Adjustment Disorders

Lucy Salomon, MD

Consultant in Psychiatry, Nantucket Cottage Hospital, Nantucket, Massachusetts
Internet: slmnlucy@nantucket.net
Adjustment Disorders

Roy Q. Sanders, MD

Attending Psychiatrist, Division of Child and Adolescent Psychiatry, Mary Imogene Bassett Hospital, Cooperstown, New York
Internet: royquincy@aol.com
Disorders Usually Presenting in Middle Childhood (6-11 years) or Adolescence (12-18 years)

Erich Seifritz, MD

Psychiatrist, Department of Psychiatry, University of Basel, Switzerland
Internet: erich.seifritz@Unibas.ch
Sleep Disorders

Samuel R. Sells III, MD

Assistant Professor, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: sam.sells@mcmail.vanderbilt.edu
Mood Disorders

Vernon H. Sharp, MD

Associate Clinical Professor of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Interviewing Families

Richard C. Shelton, MD

Associate Professor, Departments of Psychiatry and Pharmacology; Director, Division of Adult Psychiatry, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: richard.shelton@mcmail.vanderbilt.edu
General Principles of Psychopharmacologic Treatment; Other Psychotic Disorders; Mood Disorders; Anxiety Disorders

Sydney Spector, PhD

Professor, Departments of Psychiatry and Pharmacology, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: sydney.spector@mcmail.vanderbilt.edu
Neuropsychopharmacology

Wendy L. Stone, PhD

Associate Professor of Pediatrics; Director, Treatment and Research Institute for Autism Spectrum Disorders (TRIAD), Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: wendy.stone@mcmail.vanderbilt.edu
Disorders Usually Presenting in Infancy or Early Childhood (0–5 years)

Fridolin Sulser, MD

Professor, Departments of Psychiatry and Pharmacology, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: fridolin.sulser@mcmail.vanderbilt.edu
Neuropharmacology

William Thomas Summerfelt, PhD

Assistant Professor, Department of Psychology, Michigan State University, East Lansing, Michigan
Internet: summerf6@msu.edu
Mental Health Services Research

John W. Thompson Jr., MD

Associate Professor, Departments of Psychiatry and Neurology; Director, Forensic Neuropsychiatry, Tulane University School of Medicine, New Orleans

Internet: jthomps3@mailhost.tcs.tulane.edu

Impulse-Control Disorder

Travis Thompson, PhD

Professor of Psychology and Psychiatry; Director, John F. Kennedy Center on Human Development, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee
Internet: thompst@ctrvax.vanderbilt.edu
Behavioral & Cognitive-Behavioral Interventions

Michael G. Tramontana, PhD

Associate Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: michael.tramontana@mcmail.vanderbilt.edu
Diagnostic Testing; Disorders Usually Presenting in Infancy or Early Childhood (0–5 years); Disorders Usually Presenting in Middle Childhood (6–11 years) or Adolescence (12–18 years)

Larry W. Welch, EdD

Assistant Clinical Professor of Neurology, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: larry.w.welch@vanderbilt.edu
Psychological Testing in Psychiatry

James R. Westphal, MD

Professor of Clinical Psychiatry; Director of Consultation-Liaison Psychiatry, Louisiana State University Health Sciences Center, Shreveport
Internet: jwestp@lsuhs.edu
Consultation-Liaison Psychiatry

Daniel K. Winstead, MD

Professor of Psychiatry and Neurology; Chair, Department of Psychiatry and Neurology, Tulane University School of Medicine, New Orleans
Internet: dan@winstead.net
Impulse-Control Disorders

Mark L. Wolraich, MD

Professor, Department of Pediatrics; Chief, Division of Child Development, Department of Pediatrics, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee
Internet: mark.wolraich@mcmail.vanderbilt.edu
Disorders Usually Presenting in Infancy or Early Childhood (0–5 years) Disorders Usually Presenting in Middle Childhood (6–11 years) or Adolescence (12–18 years)

目 录

第一篇 与现代精神病学相关的科学领域	(1)
第 1 章 发展心理学	(1)
第 2 章 行为及认知行为干预	(20)
第 3 章 神经精神药理学	(31)
第 4 章 精神分析	(42)
第 5 章 精神病流行病学	(55)
第 6 章 精神病遗传学	(63)
第 7 章 精神卫生服务的研究	(82)
第二篇 与现代精神病学相关的技术与规则	(97)
第 8 章 精神检查	(97)
第 9 章 精神病学领域的临床诊断	(118)
第 10 章 精神药物治疗的一般原则	(124)
第 11 章 心理治疗的一般原则	(128)
第 12 章 精神科的心理测验	(140)
第 13 章 急诊精神病学	(157)
第 14 章 联络-会诊精神病学	(165)
第 15 章 精神病学与法律	(182)
第 16 章 关怀的连续	(191)
第三篇 成人精神疾病的主要综合征及其治疗	(197)
第 17 章 谵妄、痴呆及遗忘综合征	(197)
第 18 章 与精神活性物质相关的精神障碍	(237)
第 19 章 精神分裂症	(265)
第 20 章 其它精神障碍	(285)
第 21 章 心境障碍	(297)
第 22 章 焦虑障碍	(340)
第 23 章 创伤后应激障碍和急性应激障碍	(355)
第 24 章 强迫障碍	(366)
第 25 章 躯体形式障碍	(382)
第 26 章 做作性障碍及诈病	(395)
第 27 章 分离性障碍	(403)
第 28 章 性功能障碍和性变态	(413)
第 29 章 进食障碍	(441)

第 30 章 睡眠障碍	(450)
第 31 章 冲动控制障碍	(472)
第 32 章 适应障碍	(479)
第 33 章 人格障碍	(486)
 第四篇 儿童及青春期精神病学中的技术和规则	(505)
第 34 章 与亲属的诊断性会晤	(505)
第 35 章 诊断性评估	(522)
第 36 章 系统化诊断、治疗方案的制定及治疗模式	(540)
 第五篇 儿童、青春期精神疾病综合征及其治疗	(555)
第 37 章 婴幼儿期(0-5 岁)常见精神障碍	(555)
第 38 章 学龄期(6-11 岁)和青春期(12-18 岁)常见精神障碍	(584)
第 39 章 其它见于儿童和青春期的精神障碍	(609)
 索引	(621)

第一篇 与现代精神病学 相关的科学领域

第1章 发展心理学

一、发展的概念

发展的概念是现代行为科学的基石。变化是精神科从业人员和行为科学家关心的基本点,发展心理学是关于整个生命过程中系统性的结构、功能和过程的科学研究。甚至行为的分类系统(包括精神疾病分类学)不仅需考虑当时的外表和特征的相似点,而且还需考虑既往的特性、直接的后果和长期的影响。

发展心理学主要研究系统变化的种族特有模式(以及种族的主要倾向),而发展心理病理学这门新兴的专业所研究的则是个体的差异,其有利于我们对儿童期疾患的了解。

发展心理病理学的组织框架是通过对精神疾病的预测因素、原因、过程、结果和环境共生现象的研究,从而发现有效的治疗和预防方法。这种研究沿着发展的框架进行,包含了多学科的知识(如心理生物学,神经科学,认知心理学,社会心理学等)和多层次的分析(如神经突触,心理生理反应,精神现象,行为活动和人格模式等)。发展心理学和发展心理病理学之间是相互影响的:对正常发展的研究为异常现象的研究提供了基础,而对心理病理学的研究又帮助我们了解正常的发育过程。

一个发展取向的学者会提出一系列超越疾病患病率和发病率的问题。表 1-1 列举了

部分这类问题。

表 1-1 与发展取向相关的问题

一些危险人群为什么及怎样患上心理疾病而另一些危险人群却不患这些心理疾病?

在生命周期的不同阶段,人类种族的能力和局限性怎样影响个体的患病倾向?(如为什么女性在青春期患抑郁症的危险性相对较高?)

各种障碍在发展过程中是如何互相关联的?(如对立违抗性障碍是怎样导致行为障碍的,后者又是怎样导致反社会人格障碍的?)

正常与异常的分界线在何处?

有无关键时期?如果有,为什么?(如在生命早期阶段为什么高血铅对个体的危害性更大?)

在成功干预治疗中,多种病因的概念意味着什么?

(一)定向进化原理

人类的发展不是线性的,行为和心理的变化不单纯是量的消涨。一个有说服力的关于发展的结构理论认为:机体是一个包含各级亚系统的完整体系,变化是指在这些亚系统内部或亚系统之间进行的质的重组过程。人体就是一个由神经亚系统、生理亚系统、内分泌亚系统、信息处理亚系统、精神现象亚系统、行为亚系统和社会亚系统构成的整合体,变化就发生在这些亚系统内部以及亚系统之间的相互作用之中。

定向进化原理提出通过亚系统内和相互之间的分化和整合,发展从未分化的、弥散的组织向着更为复杂的组织转变。新生儿的反应方式相对而言是未分化的,但通过发展,他的功能得到了更进一步的分化。发展的每个阶段都有因适应环境挑战而产生的特点,而环境的挑战来自环境的要求(例如某位母亲不愿再进行母乳喂养),以及出现在亚系统内的内在影响(如越来越意识到自己的控制力)。这些挑战不仅仅可理解为对内环境稳定性的威胁,而且还是人类种族变化及适应的需要,并推动着个体向前发展。种族的内在适应性反应表现为征服新的需求。虽然人类普遍具有征服的动机,但目前还不能科学地解释它(见本章“适应与能力”节)。

因此发展的特点就是机体的内环境稳态因新的挑战而受到扰乱,随后出现适应和统一,直至下一次的挑战出现。有适应能力的儿童同时利用内在的和外来的资源迎接挑战。成功的适应被定义为面对挑战时行为和生物系统的最佳组织结构。适应要求既往的组织结构按眼前的要求进行同化,同时生成新的结构来满足目前的需求。

例如,一个初学走路的孩子到了一个新的不太如意的环境(如一个母亲需按日程表喂养孩子)。他最初可能会用勃然大怒来表达他的不满意和需求,但随着他学会了如何能更有效地达到目的,勃然大怒就会变成言语交谈。环境挑战和内在的混乱反应(如勃然大怒)即为语言定向进化的一步。

Piaget 描述了两种变化:同化 即将挑战纳入已存在的有机结构中(例如,婴儿可能将所有的成人都视为同一种刺激);调节 即重新组合有机体的结构来满足环境的需求(例如,发育中的婴儿学会区别不同的成人并对不同的人有不同的反应。)(见本章“机体理论”节)。调节比同化更复杂,但成功的适应需要同化和调节的平衡。

适应不良,或不能战胜挑战,表现为不能

很好地应付发展过程中的挑战(与精神分析的“固恋”概念相同)。适应不良表现为发展的迟缓或停滞,如已经过了勃然大怒,情绪不易控制的正常时期,而仍持续有此表现。在任何阶段,机体都会寻求某些调节,即使这些调节对今后的发展并无益处。因此,儿童的大怒可调节外界复杂的冲突以及内心的压力。然而不恰当的调节会阻碍个体以后对挑战处理的发展。就拿儿童的情绪失调来说,反复的大怒会影响和同伴的关系,从而使儿童难以通过友谊来学习新的社交技巧。

有时表现出对某种挑战的有效反应导致广泛的适应不良。例如,当母亲对孩子的专注有所减少时,孩子的反应可能为不理睬她。虽然这种反应可暂时保持夜晚的平静,但孩子学会了对其他挑战的不良反应。持续的社会退缩可使孩子不能掌握坚持主见、自信的技巧;母亲持续地不理睬,可导致今后出现一种特殊的反应(如青春期抑郁)。因此,定向进化原理强调考虑整个机体的功能(不仅仅是孤立的互不相关的亚系统)以及机体对将来挑战的反应。

(二)个体发生和种系发生的主要原则

Cairns 等提出人类机体和环境之间的相互作用有七条原则:守恒、连贯、双向、相互作用、新奇感、个体变化和动力系统。第一条原则是守恒(conservation),即随时间变化功能的连续性。即使存在很多导致变化的压力,社会和认知的组织都趋于连续和守恒。在各种限制和行为的决定因素作用下,机体出现逐渐过渡而非突变。即使经过很长的时间,观察者还是可以认识到人的连续性,即我们知道这个人还是同一个人。Piaget 最初的职业是写作关于软体动物进化的科学文章,在他看来,这种个体的连续性原则和他关于种族进化是逐步的观点是一致的。Piaget 认为个体的发展反映了种族的发展,尤如个体发生反映了种系发生。

第二条原则是连贯性(coherence)。个体

是以统一整体的单位发挥功能。尽管人的各个系统所起作用不尽相同,但是人们均是作为一个整体结合的单位起作用的。一个系统无法与另一系统分离,因为两个系统是作为一个整体起作用,而该整体作用大于两个系统的单独作用之和。该事实乃另一守恒力量,因为对于一个系统某一部分的相反作用会被该系统其它部分的补偿作用相抵消。该现象适用于人的所有生理系统,同时亦适用于心理功能。

第三条原则是第二条原则的必然结果:即有机体与环境之间的影响是双向的(bidirectional)。人是与其它因素发生连续相互作用的积极媒介。相互影响并非是完全等同的;的确,在人的各个发展阶段,人通过能传递所有经验的精神反应系统来组织外部世界。然而,相关性和同步性对人起到制约作用,且这些制约作用的大小在发展的不同阶段亦有所变化。在一个极端,可能会提及共生现象和婴儿对母亲完全依赖;在另一个极端,行为遗传学家强调遗传对环境变量的影响。例如,有假说认为:基因决定行为,而行为导致一个人在社交中从别人那里得到的反应。

由第二条原则可推断出另一个原则,即个体内亚系统间是交互作用的。行为、认识、情绪、神经化学、激素和形态学等因素是交互影响的。精神事件产生生物学反应,反之亦然。即使这个原则见于生物学的各个领域(例如动物行动学、行为动物学等),但是心理学和精神病学有时却在生物与精神病学的壁垒之间抗衡。

个体发生学的第五条原则是人在发展过程中的新奇(novelty)。变化并非偶然,个体与环境中的相互作用不仅导致个体的量变,而且导致不同形式的质变,如运动、语言与思维。此类变化不是随机事件,而是反映了人的成长过程。在这个过程中,不仅仅保持原来的形式,并且补充了一些新型的形式。

系统发生的第六条原则是贯穿在各亚系统发展速度中的个体内在变化(within-individual variation)。如同语言的发展或身体的发育一样,亚系统中的变化并非呈线性。此非线性的部分特征可由各种现象解释(例如青春期的),但非线性的大部分特性均存在个体差异。另外,某一个体各亚系统的变化速度亦有所不同。比方就两个年龄相同的儿童而言,儿童A可能比儿童B早学会爬,但是儿童B又可能追上去而比儿童A先学会走路。类似的情况可能是,儿童B可能比儿童A早学会吐单个的字,而儿童A又可能比儿童B先学会说成句的话。此种个体自身与个体之间的不平衡现象乃成长过程固有的特点,所以对成长的预测只能是一种可能性而非肯定性。某些变化是由于环境因素的影响,这些环境因素使个人效应得以维持(例如早期进入正规学校学习而取得的在认知成就方面的持久效应);有些变化是由于生物学因素的影响,这些生物学因素使心理学效应得以持续(例如提前进入青春期对社交结果的影响)。然而其它的因素则可能仅产生暂时的作用(例如加速运动力的努力),或者甚至不起作用。

最后,按照第七条原则,发展对变化的独特形式极端敏感,尤如在动力系统中那样。成长和变化不能简单地被看成是由于生物和环境单位的量的累积。发展也不是在原有功能基础上的简单的逐渐升级。成长常常按不同形式(很可能是向前发展的形式)沿着一种有组织的、无组织的再重新组织的顺序进行。在自然科学中,上述原理被称之为突变理论。由此反映一种假说,即在无组织过程中,其事件均是无节制地随机发生的,但是最终必将发生可预见的且有规律的重新组织。动态系统模型现被用于描述对新技能(如运动和语言)的获取。从理论上讲,可用同样的模型描述成长中的个体差异,与精神病理学一样,即使阶段性发展的概念因某些阶段性理论的全

球流行而显得不被重视,但是上述动力系统的特征已纳入某些阶段性变化的理论中。

(三) 年龄标准

涉及精神疾病分类学的一种简单但有说服力的发育概念便是年龄标准。与根据理论的、绝对的或人群范围分布的方法去评价一系列行为或症状不同,诊断学家越来越多地采用年龄标准来评估精神疾病问题。在评价发脾气的问题上可以看出,对于一个两岁的儿童而言,发脾气是正常的事情;但是对于一个成年人来说,愤怒的爆发可能表明一种间歇性的情绪爆发或反社会的人格。许多典型的案例开始影响到 DSM-IV 中对许多疾病的诊断,例如注意缺陷/多动障碍、精神发育迟滞和行为障碍等疾病的诊断。在诊断重型抑郁和心境障碍时,我们不得不考虑不同年龄的不同症状(例如易怒、烦躁和躯体化常见于青春期前抑郁症;而妄想在中老年人中更为常见)。DSM-IV 中明确要求所有疾病应考虑年龄、性别和文化素质等因素,提示表达能力影响其症状描述。

年龄标准的重要性提示,需要在大量流行病学病例中对症状进行经验性研究,并将对正常发展的研究与对精神病理的研究联系起来。由此看来,发展心理病理学则类似于精神疾病流行病学(参见第 5 章)。尽管年龄标准被一再强调,但是现今流行的仍是模棱两可的作法。DSM-IV 依据症状来诊断疾病,而对症状的量化标准为“经常”、“反复”和“持久存在”,这种量化标准没有可操作性。某些临床医师根据儿童的年龄凭直觉使用“经常”这一术语。因此“经常发脾气”对于两岁小孩可能是每小时都发脾气;而对于十多岁的少年则可能是每周都发脾气。然而另外一些临床医师则不是这样(“经常”被他们以同样的字面意义用于所有年龄段的患者)。但是,上述术语的特定含义在某些 DSM-IV 的疾病中亦不清楚。绝对重视年龄标准可能会影响疾病发生中的所有年龄差异(仅对某个年龄段

进行统计会降低该年龄段疾病的发生率);完全忽视年龄标准又会意味着在某一年龄段某种疾病会普遍存在。欲解决上述问题,发展心理学研究人员需了解何种症状应该按流行病学方式进行检查;而精神病理学家则应将其观察结果与经验标准进行比较。

(四) 发展轨迹

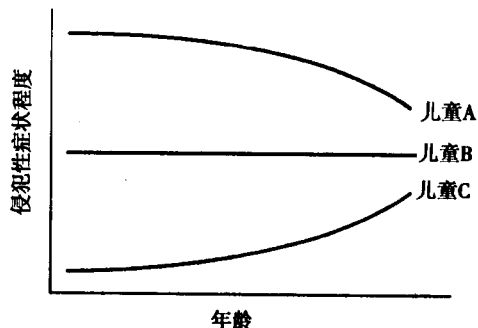


图 1-1 三种假定的侵犯性行为发展轨迹

诊断学家不仅必须考虑症状的年龄标准问题,而且应当考虑这些症状的发展轨迹问题,即要考虑到年龄标准和个体的症状两方面。例如对三个 10 岁儿童的攻击行为的分析,如图 1-1 所示,儿童 A 显示出相对高的攻击行为史,但其发展轨迹却是向下的;儿童 B 显示的攻击行为是恒定的;而儿童 C 的攻击行为是呈几何级数增长的。此种情况下哪个儿童的问题最大? 诊断学家无疑应当考虑的不仅是当前症状的轻重(与年龄标准相关),而且应当考虑这些症状的发展轨迹(轨迹的年龄标准)。除非儿童 C 的发展趋势相对与其年龄来说是正常的(例如在青春期的某些过失行为增加被视为正常的),否则儿童 C 就是最有问题的儿童。另外,对儿童 B,假如标准的年龄趋势是一条下降的曲线,则儿童 B 恒定的攻击模式也可能是有问题的。

在 DSM-IV 的某些疾病诊断中均明确考虑到个体症状的发展轨迹问题,例如 Rett 疾病、儿童期精神分裂症和阿尔茨海默(Alzheimer)痴呆均涉及到异常轨迹问题。

对某些其它疾病的诊断可能需要一些至今尚无法获得的轨迹信息。这些信息必须在对个体纵向研究的基础上获得,而非横断数据所能解决问题的,其原因在于有纵向研究的信息方能绘制出个体在整个发育阶段的成长曲线图。对各年龄段的人群的调查仅能反映极少的个体内部的变化。即使个体轨迹高度变化,人群的症状表现亦会穿越年龄段系统地发展。

(五)正常与异常之界限

发展心理学的一条原则是,正常发展知识只能部分地鉴别出精神病理,其原因在于正常与异常之界限有时是模糊不清的、弥散的或连续的。许多疾病(例如行为障碍、心境恶劣等)均按严重程度标准来确定的,而不是采用较易识别的定性区分法。“精力不足”、“自我评价下降”(对心境恶劣)、“显著而持久的惧怕”(对社交恐惧症)等评定标准均是程度上的问题。主要问题之一在于,当精神病理学的标准根据程度来划分时,“正常”与“异常”的分界线在何处。

在某些情况下,该种界限是不合理的。另外的情况下,“真实”界限的鉴别可考虑下述3方面的问题:(1)分数分布的非连续性模式;(2)对伴随分数的量变时功能质变的确定;(3)在分布的高峰(极端)单独采用病因学原理进行判断。

首先考虑的是,究竟大量的人群分布于一个极端正常情况是按单峰模式分布还是按双峰模式分布。大量的人群分布于一个极端提示,除引起正常分布的作用力之外,尚有第二种原因在起作用。此种情况表明是一种异常的(精神病理)过程。请考虑智商(IQ)(一种连续测量)与精神发育迟滞之间的关系。美国人口中智商的分布是不正常的。更多人的智商在70以下,与预期的正常分布相差甚远。因此,正常与异常智商分数的区别便不仅仅是一个分数问题。要考虑的第二个问题是,在某一标准中功能的质的差异是否与量

的变化同时发生。例如,当智商为75的儿童其智商下降10,即从75下降到65时,比另一个智商为100的儿童下降到90时所产生的学校功能问题更明显。因此智商的确定点应在接近70之处。

第三个要考虑的是,智商的极端分数可能有显著的病因学意义。单一的原因一般不会导致分数的异常分布。而一种极端的不成比例的分数常常表明这些分数有不同的病因。就智商分数的情况而言,一种影响作用(例如基因、社会化等)会使智商分布正常;而另一种影响作用如唐氏综合征(Down syndrome)、缺氧、铅中毒等都会使大量病人的智商下降到低的极限。

(六)多病原途径

发展心理学研究中的一个令人烦恼的问题是某些疾病涉及到多病原途径。从一般系统理论导出的“相同结果”和“多种结果”的原则适用于许多疾病。

“相同结果”的含义是若干不同的病原可能产生同一种现象。例如婴儿孤独症由先天性风疹、遗传性代谢紊乱或其它原因引起。而“多种结果”则指一种病原由于个体和环境的因素可能引起若干种精神病理结果。早期的肉体虐待很可能会因为个人的喜好和环境对各种症状的影响而导致行为障碍或心境恶劣;贫穷易使人产生行为障碍,引起物质滥用。

疾病的形成过程与结果的多样性使系统地研究一种单一的疾病变得异常困难。除非研究者同时考虑到多种疾病和多种因素,否则无法确定一种明显的致病因素是否对该种疾病是独特的。深入研究一种疾病,得益于大量正常适应和发展的个体与有问题个体的对照研究。发育心理学的广泛内容为深入研究各种疾病奠定了良好的基础。

(七)生物社会的相互作用

某种疾病的发生不仅存在多种不同的因素,而且这些因素常常协同作用,导致不同的

精神病理结果。单凭经验而论,这种因素间的相互作用是指统计学意义上的相互作用(而不是这些因素的主要效应)。由此看来,一种致病因素仅在与另一种因素相伴发生时方起作用。例如幼年对父母的逆反心理为以后行为障碍的一种贡献因子,但是此种情况仅发生于同时具有生物学问题(诸如出生时健康问题等)的一类儿童中。然而,出生时的健康问题并非不可避免地要导致行为障碍。精神病理的发生经常是生物学基础与心理社会应激源相互作用的结果。

另外一个例子是一个人如果在小学初期长期被同龄人拒绝,这一经验对攻击性行为的发展具有明显的影响。此种社会应激源仅在经历社会拒绝之前就已经存在易患素质倾向的儿童中才发展成行为问题。而对于没有易患行为障碍素质倾向的儿童,社会拒绝不会导致行为问题的发生。当然,对于存在上述易患素质倾向的儿童,社会拒绝的刺激也可能引起另外的问题(例如情绪问题)。

生物与社会之间相互作用的重要性表明,无论经验性研究或临床实践,同时检查多种不同的因素至关重要。

(八)关键时期与转折点

“关键时期”乃生命过程中个体对外部刺激因素包括病原体的作用相当敏感的一个阶段。Freud 认为生命中的头三年由于倒退、固恋、不可逆性等存在着一个精神病理发展的关键时期。此种关键阶段论的概念经过行为学家 Lorenz 和动物学家 Scott 对动物的社会行为研究得以证实。此种概念为若干种社会发展中心理论(例如 Bowlby 的依恋理论-在本章下文中另有讨论)之一。在生命的头几年神经系统迅速发展,以后几年神经的可逆性相对变慢。例如在子宫内或早年受到铅和酒精中毒的影响程度,比后期的铅和酒精中毒影响程度大许多倍。

关键时期论的另一种推断是,在生命的整个过程中,功能可塑性呈逐渐下降趋势。

当神经通路联接通时,精神现象会自动地表现出来并由此形成习惯。然而,孩提时代的最初观念由比原先所认为的更有适应性的功能经验所替代。例如 Rutter 曾经提出,同父母之间保持积极良好的关系对防止行为障碍至关重要,此种关系不仅在诞生的头一年,而且在青春期之前的整个时期均可发生或发展。

某些发展心理学家对生命过程中其它关键时期产生争论。例如在女性中,青春期和生育期是发生重型抑郁症的关键时期。但是此种断言受到公众的质疑。关键时期不仅由生物学因素所确定,而且也由心理的转折时期所确定。发展心理学家逐渐认识到重要的生命转折点在改变发展过程中的重要性,其可加速或减缓精神病理的发展,并且是精神病理发生的高危期。上述转折点包括,进入小学、青春期、进入中学、高中毕业、参加工作、结婚、生小孩、亲爱的人(尤其是父母或配偶)死亡。上述转折点与某些精神病理发生的高危性相关。发展心理学家的一项任务是发现哪些生命转折点是最关键的,以及这些转折点是如何影响某些精神病理的发展过程。

(九)背景的重要性

发展心理学家的一项最重要的贡献是发现行为模式,过程-行为联系方式随背景的不同而不同。在美国社会背景下,当一个儿童被同伴取笑时他会寻求报复;而同样的取笑在日本社会背景中则可能引起羞愧、窘迫与退缩。背景可塑造单一的行为,亦会塑造精神病理的模式。

大部分关于人类行为的理论并非完全适用于所有背景,但可能适用于某种特定的背景。例如,对 Freud 许多假设应当放在西方文化中某一特定的历史时期来解释。的确,他的关于人类本性的思想在他看到世界大战毁坏了他周围的社会时发生了变化。研究者们力求确定哪些人类行为的规律是普遍的,