

实用临床 精神病诊疗学

SHIYONGLINCHUANG
JINGSHENBING ZHENLIAOXUE

◎ 主 编 由 炜

天津科学技术出版社

实用临床精神病诊疗学

主 编 由 炜

图书在版编目(CIP)数据

实用临床精神病诊疗学/由炜主编. —天津:天津
科学技术出版社, 2011. 9
ISBN 978-7-5308-6572-9

I. ①实… II. ①由… III. ①精神病-诊疗 IV. ①
R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 196783 号

责任编辑:张 跃
责任印制:兰 毅

天津科学技术出版社出版
出版人:蔡 颢
天津市西康路 35 号 邮编 300051
电话 (022)23332399(编辑室) 23332393(发行部)
网址:www.tjkjbs.com.cn
新华书店经销
山东省英华印刷厂印刷

开本 787×1 092 1/16 印张 22.25 字数 610 000
2011 年 9 月第 1 版第 1 次印刷
定价:88.00 元

编 委 会

主 编

由 炜(山东省精神卫生中心)

副主编

崔开艳(山东省精神卫生中心)

赵晋娴(济南市精神病院)

刘丽荣(天津市精神卫生中心)

曹长水(泰安市精神病院)

赵秀梅(山东省精神卫生中心)

胡长霞(山东省精神卫生中心)

前 言

精神疾病严重危害人民群众的身心健康,增加社会负担,已成为二十一世纪人类所面临的主要健康问题之一。目前,我国的精神疾病总负担已占据整个疾病负担的五分之一,居首位,并且随着时间的推移这种趋势会更加突出。因此,预防与减少精神疾病的发生、降低精神疾病的患病率、提高诊疗和康复水平、减少和预防各类心理和行为问题的发生是现今精神卫生工作的首要任务。

我们编写《实用临床精神病诊疗学》一书的宗旨是将目前临床上常见的精神疾病的病因临床特点、诊断标准、鉴别诊断及最新的治疗及预防方法系统的介绍给大家。全书共十七章,前四章简要介绍了精神障碍的病因、分类与诊断标准、常见症状及检查方法;中间十章对临床常见精神疾病的病因、临床特点及诊断与鉴别诊断做了详细讲述,并简单介绍了疾病的治疗情况;最后三章详细介绍了精神疾病的躯体治疗、心理治疗及预防和康复措施。

在本书的编撰过程中,参阅了大量相关资料,力求简明扼要、条理清晰、资料翔实,做到科学性、先进性和实用性于一体。但是由于我们水平有限,加上医疗科技发展迅速,难免存在不足和失误之处,望同仁和广大读者予以批评指正。

《实用临床精神病诊疗学》编委会

2011年7月

第一章 精神障碍的病因学.....	(1)
第二章 精神障碍的分类与诊断标准.....	(8)
第三章 精神障碍的症状学	(20)
第一节 概 述	(20)
第二节 感知觉障碍	(21)
第三节 思维障碍	(26)
第四节 注意障碍	(31)
第五节 记忆障碍	(34)
第六节 智能障碍	(36)
第七节 定向障碍	(37)
第八节 情感障碍	(38)
第九节 意志和动作行为障碍	(39)
第十节 意识障碍	(43)
第十一节 自知力	(45)
第十二节 精神疾病常见综合征	(45)
第四章 精神障碍的检查和诊断	(50)
第一节 病史采集	(50)
第二节 精神状况检查	(52)
第三节 体格检查与辅助检查	(54)
第四节 精神科诊断原则与思路	(58)
第五章 器质性精神障碍	(61)
第一节 概 述	(61)
第二节 脑器质性精神障碍	(62)
第三节 躯体疾病所致精神障碍	(80)
第六章 精神活性物质与非依赖物质所致精神障碍	(93)
第一节 概 述	(93)
第二节 阿片类物质	(96)

第三节	酒 精	(99)
第四节	镇静催眠、抗焦虑药	(103)
第五节	中枢神经系统兴奋剂	(103)
第六节	烟 草	(106)
第七节	大麻类物质	(108)
第八节	致幻药	(109)
第九节	非依赖性物质所致精神障碍	(110)
第七章	精神分类症及其他精神病性障碍	(116)
第一节	精神分裂症	(116)
第二节	偏执性精神障碍	(120)
第三节	急性短暂性精神病性障碍	(125)
第八章	心境障碍	(128)
第九章	神经症性与分离性障碍	(136)
第一节	恐惧症	(136)
第二节	广泛性焦虑障碍	(139)
第三节	强迫障碍	(142)
第四节	躯体形式障碍	(150)
第五节	神经衰弱	(153)
第六节	分离(转换)性障碍	(155)
第十章	应激相关障碍	(161)
第一节	急性应激障碍	(161)
第二节	创伤后应激障碍	(163)
第三节	适应障碍	(170)
第十一章	心理因素相关生理障碍	(173)
第一节	进食障碍	(173)
第二节	睡眠障碍	(179)
第三节	性功能障碍	(184)
第十二章	人格障碍与性心理障碍	(187)
第一节	人格障碍	(187)
第二节	性心理障碍	(200)
第十三章	攻击行为、自杀与危机干预	(205)
第一节	攻击行为	(205)
第二节	自杀行为	(208)

第三节 危机干预·····	(213)
第十四章 儿童少年期精神障碍·····	(217)
第一节 精神发育迟滞·····	(217)
第二节 儿童孤独症及其他广泛性发育障碍·····	(224)
第三节 儿童少年期行为和情绪障碍·····	(237)
第十五章 躯体治疗·····	(265)
第一节 概 述·····	(265)
第二节 抗精神病药物·····	(266)
第三节 抗抑郁药·····	(274)
第四节 心境稳定剂·····	(286)
第五节 抗焦虑药物·····	(291)
第六节 电抽搐治疗·····	(299)
第九节 生物反馈疗法·····	(301)
第十节 脑波机电生物反馈疗法·····	(303)
第十一节 人工冬眠疗法·····	(305)
第十六章 心理治疗·····	(309)
第一节 概 述·····	(309)
第二节 精神分析·····	(312)
第三节 行为治疗·····	(316)
第四节 人本主义治疗·····	(319)
第五节 认知行为治疗·····	(320)
第六节 家庭治疗·····	(324)
第七节 团体治疗·····	(327)
第八节 心理治疗在临床中的应用·····	(329)
第十七章 精神障碍的预防和康复·····	(335)
第一节 精神障碍的预防·····	(335)
第二节 精神障碍的康复·····	(336)
第三节 工娱治疗·····	(340)
参考文献·····	(342)

第一章 精神障碍的病因学

精神障碍作为一大类障碍的总称,其病因学的讨论也相当复杂。在许多教科书上,针对某一种精神障碍病因的描述中最常用的表达方法是“病因未明”。这种“病因未明”在实际情况下有两层含义:其一可能是指对该障碍的致病因素较多,在其中难以确定一个起主要作用的因素;因此只能笼统地称为“病因未明”。比如高血压,人们花了很大的力量去研究病因,至今仍是“未明”,实际上却发现了许多有关因素。为什么找不出病因(即单一病因),很可能它从本质上说就是多因性的疾病。其二是指我们所讨论的障碍本身就是多因性的疾病或是一组疾病,即所谓的具有异质性。由于所讨论的疾病并非单一的问题,因此很难用一种病因来解释一组疾病。

实际上,只有少数疾病是单一因素引起的,例如外伤。但有少数经常要受外伤的人,也可能与其特定的性格特点有关。多数疾病都是由一个以上的因素形成的,这些因素有主有次,以肺炎为例,细菌是主要因素,或叫做必要条件,其他因素则可叫做充分条件,必要条件加上充分条件,才会使发病时机“成熟”。

精神障碍的原因就更复杂,常常有原因相同而症状不同(例如同一次地震引起的精神失常者其症状及诊断不会完全一致),或症状相同而原因不同(例如抑郁症可由许多不同原因引起)。人的精神活动比较抽象,不像生理功能那样容易测量、评估,影响精神活动的因素数不胜数,因此即使是单卵双生子,其基因结构尽管毫无差别,其精神活动也不会完全一致。这些情况不但使精神障碍更倾向于多因性,而且也增加了精神障碍病因学研究的困难。精神障碍病因学研究涉及很多方面,本章仅简要介绍一些重要的方面。

一、精神障碍病因的分类

精神障碍的病因可以根据研究角度的不同进行分类,如可修正因素(如吸烟、高血压、行为因素等)和不可修正因素(如性别、种族等)、遗传因素与环境因素、素质因素、诱发因素与持续因素等。

(一)遗传因素与环境因素

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相互作用的结果。但是,并非在任何精神障碍的病因中遗传因素与环境因素所起的作用都具有同等重要的作用。比如,对于染色体畸变及先天性代谢障碍所致的一大类精神发育迟滞的病因中,遗传因素起了主导作用。即使如此,有些疾病如苯丙酮尿症的精神障碍,其致病基因的作用仍然需要一定的环境因素,例如含大量苯丙氨酸的食物才能显现出来。早期避免进食含苯丙氨酸的食物便可阻止出现精神发育障碍。又例如,急性应激障碍和创伤后应激障碍的起病,显然是社会环境的重大精神创伤(刺激)起了主导作用,但个体的遗传素质仍然起着重要的作用,因为遭遇同一事件的人中只有少数人(遗传素质脆弱者)发病,且其严重程度、持续时间及预后也因人而异。研究遗传因素与环境因素对精神障碍的发病有什么影响,两者如何相互作用导致疾病的发生,是遗传病因学研究的重要课题。

(二)素质因素、诱发因素与持续因素

在疾病的发生过程中,可能有多种因素起作用,但从时间上看,主要可有如下三种。

1. 素质因素

是指决定疾病易感性的个体因素,这类因素表现为个体对其他有害因素的承受能力。素质因素通常形成于生命的早期,是遗传负荷、母体子宫内环境、围生期损伤以及婴幼儿时期心理和社会因素共同作用的结果。素质因素又分为生理素质(如身高、体重、自主神经系统的反应性等)及心理素质(如情绪的稳定性、各种心理能力、人格特征等)。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

是指在疾病发生前作用于个体、促使疾病发生的事件,这种事件可以是生理方面,也可以是心理社会方面。生理因素包括颅脑损伤、感染、化学药物等,心理社会因素包括亲人亡故、婚恋挫折、升学失败、失业、重大灾难等。有时可有多种因素同时作用,或同一事件产生多种影响。前者如某人突发重大躯体疾病后又失业,后者如患恶性肿瘤,既可产生躯体方面的影响,又会产生心理压力。

3. 持续因素

是指疾病发生之后附加于个体,使疾病加重或病程延续不容易恢复的事件。如某人患抑郁症之后又出现婚姻危机,或患精神分裂症之后又失业等。有时,疾病本身的后果可使病情加重,形成恶性循环。例如社交恐惧症的难堪体验会使患者担心再次在社交场合或在异性面前“出丑”,并为此而紧张不安。社会因素对患者的附加影响值得重视,研究发现,精神病患者常缺乏社会支持或遭受歧视,往往不利于疾病好转。同时,对一些患者的过度保护也同样不利于疾病的康复。

需要说明的是,临床上往往会将诱发因素(诱因)简单当做病因,这是不全面、不准确的。而且,如果仔细分析不难发现,一些患者及其家属所说的“诱因”往往并不肯定,且有可能是疾病的结果。比如,某抑郁症患者及其家属均认为其疾病是由于“失恋”所致,但仔细了解发现,患者女友之所以离他而去,是由于他近来情绪沉闷,寡言少语,且动辄发脾气。

二、精神障碍的生物学因素

生物学因素又称为躯体因素,是指通过生物学途径影响中枢神经系统的功能,导致精神障碍的因素。主要包括如下几方面。

(一)遗传因素

遗传因素是指遗传物质基础发生病理性改变,从而发挥其致病作用。如染色体数目及结构异常,以及基因突变等。许多精神病学家早就注意到,一些常见的精神障碍如精神分裂症、心境障碍、人格障碍、物质滥用等皆具有较为明显的遗传倾向。以精神分裂症患者的家系调查为例,在1项对1196例精神分裂症患者的54576名亲属的追踪调查中,共发现有956例精神病患者,其患病率为17.5%,是当地一般居民患病率(2.8‰)的6倍多。有学者研究了父母皆是精神分裂症患者85名患者所组成的家庭,发现其子女的发病率为51.5%,为正常家庭的80~100倍。

1. 染色体畸变

染色体是遗传信息的载体。染色体数目和形态结构的异常往往可以导致遗传信息的变化,在临床上则表现为比较严重的躯体及精神发育障碍,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。染色体畸变包括染色体数目异常及染色体结构异常。在

常染色体数目异常方面,最常见的是 21 三体引起的先天愚型,其他如 13 三体、18 三体、21 单体或 22 单体等。在性染色体方面,常见的有 XXY(Klinefelter 综合征)、XO(Turner 综合征)等。常见的染色体结构异常如 1 号环状染色体、4 号染色体短臂缺失、5 号染色体短臂缺失(猫叫综合征)等。近年报告发现,22q11 缺失的患者中,患精神分裂症及其他精神障碍的比例大大高于一般人群。此外,脆性 X 染色体不仅可导致精神发育迟滞,且与儿童学习困难、儿童行为障碍及儿童孤独症等有关。

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疾病称为先天性代谢缺陷或遗传性代谢病。在已知的二百多种酶的缺陷病中,可引起精神发育障碍或行为异常者约七十余种。大多数为常染色体隐性遗传,其中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);也有为常染色体显性遗传,如 Huntington 病、结节性硬化症;此外还有 X 连锁遗传,如黏多糖 II 型等。

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 病等都属于此类,称为复杂性遗传病。近二十多年来,精神疾病的分子遗传学研究取得了许多进展,其中一些可以称为突破性进展,如在家族性 Alzheimer 病患者中发现的淀粉样前体蛋白(amyloid precursor protein, APP)基因突变可引起淀粉样变性,后者则为 Alzheimer 病的病理基础之一。

在研究方法上,传统的单位点多态性研究已逐渐让位于基因-环境交互作用研究及多位点甚至全基因组的研究。此外,近些年兴起的表观遗传学研究则旨在探讨遗传序列变化之外的其他遗传因素在疾病中的作用。需要指出的是,由于多数精神疾病可能不但涉及遗传因素,也涉及环境因素,且基因-基因及基因-环境存在交互作用的可能,这都增加了遗传研究的难度。

(二) 感染

包括全身感染、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。最常引起精神障碍的感染有败血症、流行性感、伤寒、斑疹伤寒、肺炎、脑膜炎、神经梅毒以及 HIV 感染等。随着人类急性传染病逐渐被控制,急性传染病引起的精神障碍已较少见到。但近年来由于性传播疾病及药物滥用相关的感染迅速发展,由这类病原体侵袭中枢神经系统引起的精神障碍逐渐受到关注。

(三) 化学物质

多种对中枢神经系统有害的物质都可引起精神障碍。

1. 成瘾物质

如海洛因、吗啡、苯丙胺及新型的致幻型兴奋剂(俗称“摇头丸”)、大麻等是最常见的成瘾物质,已成为全球性公害。

2. 酒精

酒精滥用对中枢神经系统可造成严重危害,也是全球关注的精神卫生问题。

3. 医疗

用药如阿托品、异烟肼、利舍平以及皮质激素都可引起精神障碍。

4. 工农业毒物

如苯、有机汞、四乙基铅等易挥发性物质和重金属均可引起中毒,出现急性或慢性精神障碍。在农村有机磷农药使用不当是引起精神障碍的常见原因。

5. 食物进

食一些有毒的菌类食物可引起意识模糊和幻觉。

6. 一氧化碳

冬季煤炉取暖可引起一氧化碳中毒,产生急性或慢性精神障碍。

(四)脑和内脏器官疾病

大脑和内脏器官的疾病也会引起器质性精神障碍,其中包括脑的弥漫性损害和位于额叶、颞叶、胼胝体、基底节和边缘系统的病变更容易引起精神障碍。而各种内脏器官的疾病都有可能在疾病的某一阶段出现精神障碍。

(五)年龄与性别

年龄并非致病因素,但年龄是某些精神障碍的重要发病条件。童年和少年期的脑功能尚未发育完全,特别容易受到损害,出现发育障碍以及起病于童年和少年期的各种精神障碍。45~55岁,人类进入更年期,一些精神障碍在此期间可以出现第二个发病高峰期。60岁(或65岁)之后,人类进入老年期,随着年龄的增加,老年性痴呆的发病率也随之迅速增加。

性别也非致病因素,但对一些精神障碍的发病具有重要影响。例如精神分裂症等精神障碍在月经期间有症状加重的倾向。女性抑郁症患者远多于男性,而物质依赖、酒精中毒等男性远高于女性。产褥期容易发生女性特有的精神障碍。形成这种差异的原因除生物因素外,还要考虑社会因素对性别的影响。

三、心理因素

心理因素包括心理素质和心理应激两方面。心理素质往往是条件因素,而心理应激则常常成为致病诱因。

(一)心理素质

人格是心理素质的体现,人格为个体在日常生活中所表现出的总的情绪和行为特征,此特征相对稳定并可预测。性格是在气质的基础上,在个体活动与社会环境相互作用下形成的。一个具有开朗、乐观性格的人,对人也坦率、亲热,思想、感情容易交流,乐于助人,也因此容易得到别人的帮助,愿意理解别人也容易被别人理解,在人际关系中误会与矛盾较少,即使有也容易获得解决。这种人外向,追求刺激与挑战,在心理应激过程中对挫折表现出较强的耐受性。与此相反,一个比较拘谨、抑郁性格的人,与人保持一定距离,对人心存疑虑戒备,不太关心别人,别人对他也就比较疏远和冷淡,在人际关系中误会与隔阂较多。他们内向、懦弱、回避挑战,在困难面前显得无能为力,容易悲观丧气,对心理应激的耐受能力较差,易患神经症、心身疾病,也容易出现酒精与药物滥用等。正由于此,一些心理学著作中将人格称为一个人身边环境的塑形剂。

有些人的性格自幼就明显偏离正常、适应不良,达到了害人害己的程度,称之为人格障碍。有些人格障碍与精神障碍关系十分密切,如具有表演型性格的人容易罹患癔症、具有强迫性格的人容易罹患强迫症、分裂样人格障碍者则患精神分裂症的可能性较大等。

(二)心理应激

心理应激(简称应激)一般称为精神刺激或精神创伤,通常来源于生活中的一些重大生活事件。在每个人的生活中,都不可避免地会遇到各种各样的生活事件,但并非每个生活事件都会产生不良的精神刺激。引起心理应激的生活事件必须具备如下两个条件:①对当事人具有重要的利害关系,关系越密切,应激越强烈;②达到足以激发喜、怒、哀、忧、惊、恐等剧烈情绪反映的强度或频度,没有足够强度或频度的事件,不能激发剧烈的情绪反应,也就难以形成应激。需要指出

的是,心理应激对于健康的人并非都是有害的,相反,在很多时候,适当的心理应激,具有动员机体潜力,应付各种困难、提高反应效率的作用。有些应激会使当事人更坚强,所谓“艰难困苦,玉汝于成”。但对于具有一定素质基础的个体,强大的心理应激往往会导致急性应激反应或创伤后应激障碍。对某些具有较高易感性的个体而言,一些并不强烈的应激也可能促使发病。

人们生活中最常见的应激源是各种急性和慢性应激性生活事件,如亲人突然亡故、身患绝症、被强暴、失恋、离异、夫妻关系不和、与同事或邻里关系紧张、失业、离退休、工作负荷重、事业受挫、受处分或犯罪等,皆可成为急性或慢性应激源而造成心理负担过重,致使当事人感到委屈、沮丧、紧张、焦虑或恐惧等。常见的应激源中还有急剧而严重的自然灾害和人为灾难,例如有地震、水灾、火灾、滑坡、爆炸、空难、车祸、社会动荡或战争等,多可迅速引起短暂或持久的精神障碍。重大创伤后出现的急性应激障碍及创伤后应激障碍(post-traumatic stress disorder, PTSD)近年来逐渐为人们所认识。其次,生活的自然环境因素,如大气污染、水污秽、放射垃圾、噪音、交通混乱、居住拥挤和电子污染等,也使人们长期处于烦闷、紧张、兴奋或焦虑、抑郁和不安等状态下,易导致心身疾病、神经症和其他精神障碍。

研究发现,配偶、子女或父母的亡故不仅可使躯体疾病增加及死亡率升高,同时也可增加居丧者的抑郁症等问题的发生率。早有研究认为,在亲人丧亡的第一年尤其是开始的数月内,抑郁症状较为常见。睡眠障碍、怪罪他人、无望感及无用感也很突出。同样,失业、移居国外或因建设等迁徙到异地(移民)也构成应激性生活事件。另有研究提出生活事件在诸多精神障碍的发生中起促发作用,认为负性生活事件,如丧偶、离婚、婚姻不和谐、失业、严重躯体疾病、家庭成员患重病或突然病故,均可诱发精神障碍,其中主要为抑郁症。女性应付应激能力低于男性,更易患病。

四、社会因素

人是社会的动物。社会每时每刻都给我们机遇,同时也给我们挑战。社会既是每一个体生存的温床,又常常是构成各种心理应激及痛苦的渊源。因此,社会因素与精神障碍的关系越来越引起人们的重视。

但是,有关这一问题的研究目前尚不充分,且诸多问题悬而未决,尤其是涉及因果关系时更是如此。举例来说,在西方国家,有人根据初步的研究结果认为失业与抑郁症有一定因果关系,但仔细分析不难发现,不少人的失业乃是因为他们在工作中效率低下,终日无精打采,很可能原本已有一定程度的抑郁症状。也就是说,失业很可能是疾病或症状的结果。再比如,有人认为社会支持差或应激性生活事件与抑郁症有因果关系,但另一些人则倾向于认为,社会支持的好坏与个人的人格密切相关,不难理解,一个带有苛求他人、以自我为中心等人格特点的人,其社会支持肯定不如一个宽容、乐于助人者的社会支持。此外,应激性生活事件的发生概率也与个体的人格特点不无关系,生活中确实存在容易“招事”、“惹事”的人。与精神障碍的发生、发展与转归相关的社会因素很多,主要包括以下几方面。

(一) 社会文化

社会环境与社会文化对躯 thể健康和心理健康都可产生重要影响。很多精神障碍的发生是与特殊的社会文化具有密切关系。如恐缩症(Koro,表现为发作性地、强烈地害怕自己的外生殖器会缩回自己的腹腔)的流行是中国南部、印度和东南亚一些居民中特有的现象。物质滥用也与社会文化相关,如在信奉伊斯兰教的国家中,酒精依赖的比例明显低于其他地区。

(二) 社会变迁

城市化、工业化、全球化等都是近年来描述社会变迁的常见用语。这些变迁对精神障碍的疾

病谱产生重大的影响。比如,我国 20 世纪 50 年代初常可见到的麻痹痴呆,到了 60 年代逐渐消失。但时隔半个世纪后,由于性病再度蔓延,这些问题又有重新出现之势。我国改革开放之后,以前很少见到的药物滥用问题也再度蔓延,且愈演愈烈。另一方面,随着社会生活水平普遍改善,人均寿命延长,老年精神障碍(尤其是老年痴呆)的发生率逐渐增加。

需注意的是,社会变迁对精神卫生的影响应科学分析。比如,随着社会的发展,越来越多的乡村变成城市,世界各地都在不断发生城市化。除物质生活有所区别外,城市及乡村居民在价值观念、行为方式、生活习惯等方面也存在着不同程度的区别,“出城十里,风俗不同”,说的就是这个意思。

城市环境与心理卫生的关系到底如何?不同学者有不同的看法。有些学者认为,城市环境里的应激性因素要比乡村多,而通常认为应激性因素对焦虑和抑郁症的发生起着重要作用,因此,城市中上述障碍的发生率要比乡村中高。而有些专家则认为,乡村的生活过于僵化,对新奇事物的耐受性低,且接受的刺激太少,因此,许多乡村居民终日劳作,无暇休息,过着一种单调且乏味的生活。这样,只要条件许可,就会出现选择性移民,乡村中那些精力旺盛、有进取精神的人就会脱离家园,到城市中谋求发展,而剩下的那些人,往往处理问题的能力较差,容易出现各种的精神障碍。

(三) 社会压力

来自于战争、种族歧视、暴力犯罪、政治迫害、经济危机、贫困等社会压力,对心理健康可造成严重损害。例如,纳粹集中营幸存者中发生精神障碍的比例远远高于一般人群。实际上,重大生活事件往往是引起当事人心理应激的社会因素,因此在研究病因时常将其合称为心理社会因素。西方研究者注意到,经济萧条常预示着精神科住院人数和自杀者增多。但更多学者认为,生活事件是否会引起疾病,还与个体的易感性有关。

关于社会压力与精神障碍关系的研究中,以对极端经历的研究较为充分。

1. 极端经历

人的一生要经历各种生活事件,但有类似纳粹集中营或南京大屠杀的经历者为数却不多。无可辩驳的证据说明,集中营的生活经历可引起慢性精神障碍,且这种不良影响可持续 40 年之久。有人对一组曾在缅甸铁路和日本长崎监狱受过极端粗暴对待(包括强迫劳动、体罚、羞辱、饥饿等)的澳大利亚人进行调查,发现 40 年之后他们的抑郁症患病率仍然高于一般人群。

2. 失业

失业是越来越常见的社会现象。失业与精神障碍之间有着确定无疑的联系,且再就业对精神卫生会产生有利的影响。对许多人来说,心理上最困难的时期是失业初期的几个月。

3. 移民及难民与精神障碍

无论是移民还是因种种原因而沦为难民,都会对当事人产生种种不利影响。据分析,难民的精神障碍可归因于他们受到的虐待、生活状况的不稳定、物质生活的匮乏等因素。此外,离开本土,到另一个不同的文化环境中生活,对大多数人也是一种心理应激。因此,移民中的精神障碍成为一些研究者感兴趣的课题。

(四) 社会支持

社会支持是指个体所处的社会环境给个体提供的帮助、保护与支持。有人将社会支持与个体的关系比喻为空气与飞鸟的关系。心理学家马斯洛(A Maslow)认为,人在满足衣食温饱之后,其基本需要之一便是介入各种人际关系。有关社会支持与精神卫生关系的假说有如下三类。

(1)良好的社会支持本身对个体的躯体/精神具有保护、缓冲作用,它可保护个体,使之避免出现精神障碍,而不论有无不良经历存在。

(2)社会支持对心理应激有缓冲、保护作用,但缺乏社会支持并无不良影响。

(3)社会支持对业已出现精神症状的个体具有治疗作用,它可缩短病程,减轻症状。

有学者对精神障碍患者进行研究发现,他们的亲密关系减少、个人交际网缩小。而社会支持的缺乏,尤其是在患者需要支持时不能及时提供,会使当事者出现精神障碍。如有学者在澳大利亚堪培拉进行了一项研究,让患者评定自己的社会支持情况,结果表明,自觉社会支持不足者,在遇到不良经历时容易出现精神症状。

总的说来,多数人认为,社会支持良好的社会环境对个体具有保护缓冲作用,而缺乏社会支持网络时,尤其是当患者出现症状又得不到适当的社会支持时,其症状往往不容易好转。在社会支持的构成中,家庭支持是最重要的。诸多研究显示,良好的家庭支持不仅有助于缓解个体的心理应激,减少精神障碍的发生,也有助于精神障碍患者的更好恢复。除家庭支持之外,一般的社会支持也是影响精神障碍的重要因素。如近来较受重视的对精神障碍患者的歧视,精神疾病患者因患病而产生的“病耻感”,会对患者产生负面影响。此外,还有一点也应引起注意,一些所谓的社会支持,表面上看似关心、帮助,实际上是“过度保护”,如找出种种理由不让精神分裂症患者恢复工作,这往往不利于疾病的康复。

五、精神障碍病因学中各致病因素间的相互关系

上文简单讨论了精神障碍的病因学,从中可见生物学因素和心理社会因素在精神病患者发病中都起着重要作用。但应强调的是,两者在不同类型精神障碍中的作用并不均等。例如在某些精神障碍中生物学因素可能起主导作用,而在另一些精神障碍中则是次要作用。大量临床证据表明,许多精神障碍的起因,并非单一因素,而是多种因素共同作用的结果。比如在焦虑症、抑郁症和应激相关障碍中心理社会因素起着重要的作用,是发病的主要因素之一,但也同时发现患者有神经生理学的改变,如焦虑症患者的 NE 系统异常,而抑郁症及强迫症患者中枢的 5-HT 含量减少等。另一方面,精神分裂症、双相障碍等精神病,精神发育迟滞和颅脑损伤、感染、中毒和躯体疾病等伴发精神障碍,则以生物学因素起主导作用。然而,即使是生物学因素占主导的疾病,我们也不能忽视心理社会因素对上述各种精神障碍之发生发展以及转归的影响,在很多时候,心理社会因素往往会作为发病的诱因或促发因素。以精神分裂症为例,在其发生发展中既有生物学因素如遗传因素、神经生化改变、素质因素的易感性和神经病理改变等作为发病的基础,又可能有生活事件如亲人亡故、创伤经历、失恋、离异、失业等心理社会因素作为促发因素。

(由 炜)

第二章 精神障碍的分类与诊断标准

一、精神障碍的基本分类

(一)意义

分类是根据大量观察,将研究对象所具有的不同特性,按照某些确定的原则或标准分成类别与系统的一种程序。精神障碍的分类是将纷繁复杂的精神现象,根据已拟定的标准加以分门别类的过程。由于精神疾病中部分疾病的病因至今不明,所以只能根据临床现象判断进行分类,较之其他学科的分类更难于精确。对各种群体进行了解和研究,必须先按群体中各个体的特性和从属关系作科学的分类,才能作相互间的比较和恰当的对待和处理。各科的疾病也无不如此。疾病的分类学主要有以下几方面意义。

1. 临床意义

按病类、病种和病型进行分类,才能作为诊断和鉴别诊断的基础,合理的进行治疗和预防。使用统一的国际分类法,易为不同地区和国家的医务人员所理解,有利于国际交流。

2. 科学研究

以分类学为基础,对各种疾病才能有统一的命名认识,可对病因、发病机制、流行病学、临床表现、防治、预后等方面作进一步的探讨和相互间的交流,了解其规律性。

3. 教学训练

合理的分类才能使各种疾病有明确的概念,这也是教学培训工作中所必需的。精神障碍内涵广泛而复杂,分类方法各异。在大的类别方面若按病因来分,有器质性与功能性两大类。按疾病特点来分,有精神病与非精神病性精神障碍两大类。按年龄来分,有儿童少年期、成年期和老年期精神障碍等类别。从各个病种来说就更为复杂,如 Alzheimer 病按病理改变来分类,苯丙酮尿症按代谢障碍来分类,Klinefelter 综合征按染色体畸变来分类,反应性精神病以精神因素作为病因来分类,情感性精神障碍和精神发育迟滞要以症状表现来分类,儿童孤独症以年龄和症状来分类,转换性障碍以弗洛伊德的病理心理机制学说来分类,甚至还有按发病环境和条件来分类的,如“旅途精神病”。

虽有不少已获得公认,但分类学中还有大量的问题尚有争议和有待探讨,随着时代和科学的不断发展,精神疾病分类学也在不断地修改和完善。

为了便于理解,介绍分类学中几个常用术语的定义如下。

(1)命名法:是指各种学科中的名词分类法、名词分类系统。生物分类学指动物、植物的分类学。疾病分类法是医学中疾病名称的分类学,是将各种疾病名称概括成层次分明的系统。在精神病学中,分类层次的最低层为病型,例如精神分裂症的紧张型,上一层是病种,即独立的疾病单元,例如精神分裂症、躁郁性精神病,再上一层是病类,如器质性精神病、心因性疾病。

(2)诊断:严格科学的诊断,是在明确病因的基础上建立的。这在临床精神病学中,只适用于一部分疾病,如器质性精神病,而更大的一组精神病,即所谓内源性精神病,如精神分裂症、躁郁

性精神病、偏执性精神病等,至今病因不明,也无组织病理。可见,根据目前的科学发展水平,诊断主要是依据临床特征,并参考病程和转归来建立的。这种情况虽不能令人满意,但从医学的发展历史来看,确有很多病先有诊断,后来才查明病因的,如麻痹性痴呆、脚气病、黏液性水肿等。随着对病因的新的发现,疾病分类法也就不断改进,这个过程是逐步完善的,但任何时候也不能希望它十全十美。

(二) 历史回顾

1. 祖国医学对精神疾病的分类

历史久远的祖国医学,很早就对精神疾病有所描述,其中涉及精神疾病的分类问题。早在公元前3~2世纪《内经》中就有癫、狂、痫的划分,所谓“重阳者狂、重阴者癫”即是按精神症状的表现对精神疾病的最早划分。明《医学正传》一书提出“狂为痰火实盛、癫为心血不足”,更对这两者作了发病机制的阐述。明王肯堂在《证治准绳》一书中将精神疾病分为癫狂、烦躁和惊悸恐三大类。在烦躁下则有虚烦、躁、谵妄、循衣摸床、嬉笑不止、怒、善太息、悲。在惊悸恐下列惊、悸(怔忡)、恐、健忘、不得卧诸类,由大类划分成小类。清代陈士铎在《石宝秘录》一书中,将精神疾病划分为狂病、癫病、花癫和呆病四类。这些都是我国早期医学界以朴素的唯物主义对精神障碍分类的一些尝试,由于受当时历史条件的限制,科学性有限,显得粗略笼统,同现代精神疾病分类学存在一定的差距。

2. 西方国家对精神疾病分类的历史回顾

公元前,被人们称为医学之父的 Hippocrates 把精神疾病分为伴有发热的急性精神障碍,不伴有发热的急性精神障碍(躁狂症),不伴有发热的慢性精神障碍(忧郁症)、癔症和类似异性装扮癖。Pinel 描述了4种精神障碍:把智力障碍称为忧郁症、谵妄或剧烈躁动为躁狂症、思维障碍为痴呆、智能和情感缺失为白痴,即忧郁、狂症、呆症和白痴。Kraepelin 把早发性痴呆(相当于以后的精神分裂)与躁郁症、妄想狂区别开来,是精神病分类的一个重要里程碑。他把以往几位精神病学家所命名的几种疾病都归入于他称之为“早发性痴呆”之中,有 Morel(1857)所描述的早发性痴呆,Magnan 的慢性系统妄想症、Kahlbaum(1874)所报道的紧张症和 Hecker(1871)的青春痴呆。Bleuler(1911)重新命名为精神分裂症,这些都为日后精神病学的发展奠定了基础。

(三) 分类

1. 精神障碍分类的基轴

疾病分类的基轴有多种,如病因、解剖部位、病变性质、症状特点、处理手段、病程预后等。多数精神疾病病因病理不明,缺乏实验室诊断手段,加上学派众多,观点不一,给精神障碍的分类造成了一定的困难。

对疾病按病因、病理改变进行诊断与分类是医学各科所遵循的基本原则。在精神科的器质性精神障碍中,脑的感染、中毒、外伤所致精神障碍,重要内脏器官疾病与代谢、内分泌疾病所致精神障碍的诊断与分类,长期以来都遵循病因学分类的方向。但在实践工作中,就全部精神障碍而言,只有10%左右的病例可以说是病因、病理改变比较明确,而90%左右的病例属于病因不明的精神障碍。因此整个精神障碍的诊断和分类,不能全部贯彻病因学分类的原则。鉴于上述原因,目前分类的基轴主要依据症状表现。但必须指出,依据症状诊断能说明疾病当时所处的状态,如果症状改变,特别是主要症状改变,诊断可能随之改变。而且,相同诊断不可避免包括病因不同而症状相似的各种性质的疾病。但症状学分类有利于目前的对症治疗。