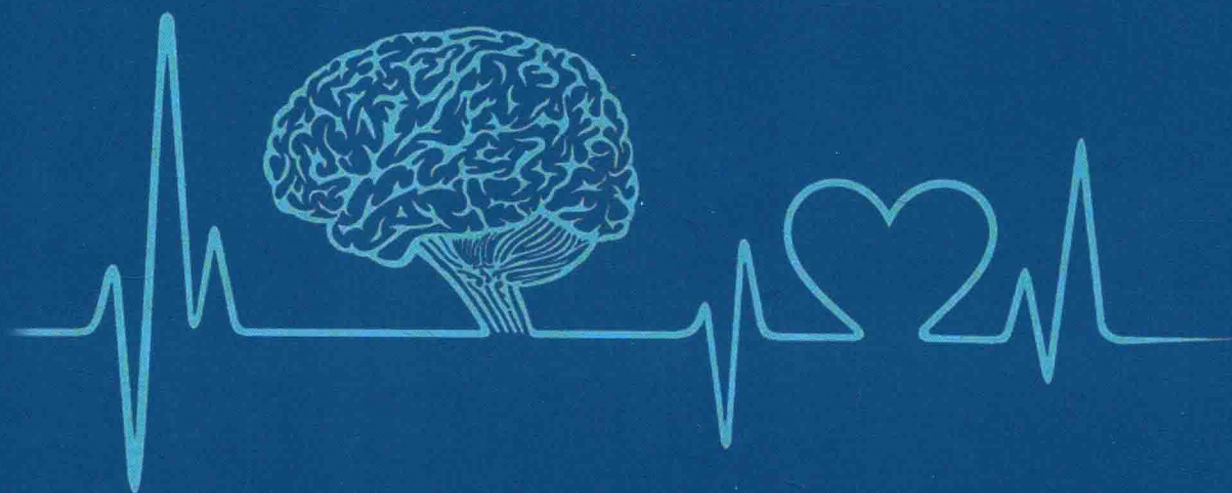


实用精神疾病学

SHIYONG JINGSHEN JIBINGXUE

马敬等编著



天津出版传媒集团

天津科学技术出版社

实用精神疾病学

SHIYONG JINGSHEN JIBINGXUE

马敬等编著

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用精神疾病学/马敬等编著. —天津: 天津科学技术出版社, 2017. 6

ISBN 978-7-5576-3445-2

I. ①实… II. ①马… III. ①精神病—诊疗 IV. ①R749

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第169194号

责任编辑: 张 跃

责任印制: 兰 毅

天津出版传媒集团 出版
 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332399 (编辑室)

网址: www.tjkjcbbs.com.cn

新华书店经销

北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 889×1194 1/16 印张 34 字数 1 088 000

2018年6月第1版第1次印刷

定价: 128.00元

编
委
会

主 编

马 敬 徐建勋 郭汉法
程德君 单 敬 袁 梅

副主编（按姓氏笔画排序）

吴农艳 张 峰 赵其和
姚雪阳 黄桥生 戴新萍

编 委（按姓氏笔画排序）

马 敬（新乡医学院第二附属医院〈河南省精神病院〉）
王金成（河北医科大学第一医院）
王焕明（山东省聊城市第四人民医院）
吴农艳（湖北省武汉市汉阳医院）
张 峰（山东省聊城市第四人民医院）
张莉莉（山东省聊城市第四人民医院）
单 敬（哈励逊国际和平医院）
赵其和（莱芜钢铁集团有限公司医院）
姚雪阳（湖北省宜昌市优抚医院）
袁 梅（湖北省武汉市汉阳医院）
徐建勋（滨州医学院烟台附属医院）
高明龙（河北医科大学第一医院）
郭汉法（肥城矿业中心医院）
黄桥生（湖北省宜昌市优抚医院）
程德君（新乡医学院第二附属医院〈河南省精神病院〉）
戴新萍（甘肃省武威市第二人民医院）

马 敬



男，中共党员，副主任医师，硕士研究生，现任新乡医学院第二附属医院临床精神病学教研室副主任。2005年毕业于新乡医学院神经科学与心理卫生专业，工作十余年来，一直从事精神障碍和心境障碍的临床、科研、教学工作，对精神疾病有独到的见解和丰富的临床治疗经验，擅长治疗精神分裂症、心境障碍（抑郁与躁狂发作）、焦虑症、强迫症、更年期综合症、酒依赖、失眠症等精神疾病。2015年在上海市精神卫生中心进修学习。先后发表精神科专业中文核心论文三篇，国家级论文八篇，参编精神病学专业著作三部。

徐建勋



男，滨州医学院烟台附属医院临床心理科，主治医师，精神病学与精神卫生学硕士。参加工作后一直从事精神科临床工作，多次参加国家级、省级专业培训、专业学习；2004年于中南大学湘雅二医院精神疾病研究所进修学习一年，在精神疾病诊断、治疗及心理治疗方面进一步提升。对精神专业常见病、多发病的诊断、治疗及心理干预有丰富临床经验，尤其擅长重症精神疾病的诊断、治疗及管理。近年来在国家级核心期刊发表医学论文数篇，参编著作一部。

郭汉法



男，肥城矿业中心医院精神病科主任，副主任医师，北京中医药大学本科毕业。从事精神病临床诊断、治疗与科研工作三十余年，能够运用中西医结合方法治疗内科常见病及各种精神疾病，尤其擅长对头痛、眩晕等心脑血管病证的治疗及对失眠症、抑郁症、更年期综合症、躁狂症、精神分裂症、焦虑症、强迫症、应激障碍等各种精神疾病的治疗及心理咨询。在省级以上专业刊物上发表论文十余篇。

前言

随着社会变革、城市化、老龄化进程的加快,家庭社会结构的不断变化以及社会竞争和公众心理压力的不断增加,精神卫生问题越来越突出。据 WHO 统计,1990 年全世界致残的十大病因中包括五种精神疾病(即单相抑郁、酒精滥用、双相情感障碍、精神分裂症和强迫症)。精神疾病不但影响个体健康,而且对他人安全和社会安定有严重影响。因此,对精神疾病进行从预防到治疗和康复的系统管理有重要的现实意义。随着生物精神病学、精神药理学等学科在分子生物学技术的发展推动下,为精神疾病的诊断和治疗不断提供了新的信息和手段。为适应我国精神疾病谱的变化和对防治工作提出的新要求,及时反映国际精神病学学科的新进展,我们编撰了《实用精神疾病学》一书。

本书共三十四章,重点介绍了精神病科的基础知识与基本理论,包括精神疾病的绪论、流行病学、分类与诊断标准、常见症状、检查和诊断、心理治疗、躯体治疗、药物治疗、音乐治疗、康复治疗以及预防和护理等内容;详细阐述了临床上各种精神疾病的诊断与治疗情况。在本书编写过程中,内容力求更新、更精、更深。诊治方案倡导以循证为基础,融入国际公认的临床诊治指南、决策分析方面的内容,尽可能反映所涉及领域的最新成果。编写力求定义准确、概念清楚、结构严谨、层次分明、重点突出、逻辑性强,将循证医学的思想、人文素质教育贯穿其中。希望对基层医务人员、社区工作者、患者和家属以及关注心理健康的普通读者有所帮助。

鉴于编写时间短促,精神病学理论与实践的发展又非常之快,故本书失误、不足之处难免存在。为此,亟盼广大读者能及时提出宝贵意见。

《实用精神疾病学》编委会

2017 年 4 月

目 录

第一章 绪 论.....	(1)
第一节 精神疾病与精神病学.....	(1)
第二节 精神病学发展简史.....	(1)
第三节 精神病学与其他学科的关系.....	(2)
第四节 精神疾病防治现状与发展趋势.....	(4)
第二章 精神疾病的分类学.....	(7)
第一节 精神疾病的分类学简史.....	(7)
第二节 国际精神病分类概况.....	(9)
第三章 精神疾病的常见症状及综合征	(18)
第一节 精神疾病的常见症状	(18)
第二节 精神疾病的常见综合征	(35)
第四章 精神疾病诊断方法	(37)
第一节 精神疾病病史的采集	(37)
第二节 住院病历的格式与内容	(38)
第三节 精神检查	(40)
第四节 病历分析	(46)
第五节 病历的书写	(48)
第六节 门诊与基层病历的书写内容	(50)
第五章 精神疾病患者危急状态的防范与护理	(51)
第一节 冲动行为的防范预案及应急处理流程	(51)
第二节 自缢行为的防范预案及应急处理流程	(53)
第三节 出走行为的防范预案及应急处理流程	(55)
第四节 噎食的防范预案及应急处理流程	(57)
第五节 触电的防范预案及应急处理流程	(58)
第六节 吞服异物的防范预案及应急处理流程	(59)
第七节 中毒的防范预案及应急处理流程	(60)
第八节 自杀的防范预案及应急处理流程	(61)
第九节 烫伤、烧伤的防范预案及应急处理流程.....	(63)
第十节 跌倒、坠地、撞击伤的防范预案及应急处理流程	(63)

第十一节 精神障碍的预防	(64)
第十二节 精神疾病的护理	(65)
第六章 流行病学	(77)
第一节 精神疾病的流行病学概述	(77)
第二节 精神疾病流行病学常用的研究方法	(77)
第三节 研究资料的来源与收集	(78)
第四节 常用的测量分析指标	(80)
第七章 病因学	(83)
第八章 心理治疗	(89)
第一节 概 述	(89)
第二节 精神分析	(92)
第三节 行为治疗	(95)
第四节 人本主义治疗	(97)
第五节 认知行为治疗	(99)
第六节 家庭治疗	(102)
第七节 团体治疗	(104)
第八节 森田疗法	(106)
第九节 心理治疗在临床中的应用	(112)
第九章 躯体治疗	(117)
第一节 概 述	(117)
第二节 电抽搐治疗	(118)
第三节 生物反馈治疗	(120)
第四节 脑波机电生物反馈疗法	(121)
第五节 人工冬眠疗法	(123)
第十章 药物治疗	(127)
第一节 精神药物的命名和分类	(127)
第二节 抗精神病药	(128)
第三节 抗抑郁药	(132)
第四节 抗躁狂药	(134)
第五节 抗焦虑药	(135)
第六节 中药治疗	(137)
第十一章 音乐治疗	(142)
第一节 音乐治疗的发生与发展	(142)
第二节 音乐治疗的机制	(143)
第三节 音乐治疗的形式	(144)
第四节 音乐治疗的适应证	(145)

第十二章 康复治疗	(146)
第一节 精神康复简史.....	(146)
第二节 精神康复的概念和原则.....	(147)
第三节 精神康复的程序和步骤.....	(149)
第十三章 脑器质性疾病所致精神障碍	(153)
第一节 脑器质性精神障碍的表现.....	(153)
第二节 脑器质性精神障碍的检查、诊断与处理	(156)
第三节 常见的脑器质性精神障碍.....	(159)
第十四章 躯体疾病所致精神障碍	(168)
第一节 概 述.....	(168)
第二节 躯体感染所致精神障碍.....	(170)
第三节 内脏器官疾病所致精神障碍.....	(172)
第四节 内分泌疾病所致精神障碍.....	(175)
第五节 风湿性疾病所致精神障碍.....	(190)
第六节 维生素缺乏所致的精神障碍.....	(193)
第七节 血液病所致精神障碍.....	(198)
第八节 躯体恶性肿瘤所致精神障碍.....	(200)
第九节 其他躯体疾病或损伤所致精神障碍.....	(202)
第十五章 精神活性物质所致精神障碍	(207)
第一节 概 述.....	(207)
第二节 阿片类物质.....	(209)
第三节 酒 精.....	(212)
第四节 镇静催眠、抗焦虑药	(215)
第五节 中枢神经系统兴奋剂.....	(215)
第六节 烟 草.....	(218)
第七节 大麻类物质.....	(219)
第八节 致幻药.....	(220)
第九节 临床少见成瘾药物简介.....	(221)
第十六章 非依赖性物质所致精神障碍	(225)
第一节 肾上腺皮质激素所致精神障碍.....	(225)
第二节 抗胆碱能药物所致精神障碍.....	(225)
第三节 三环类抗抑郁药物所致精神障碍.....	(226)
第四节 一氧化碳所致精神障碍.....	(226)
第五节 有机磷中毒所致精神障碍.....	(227)
第六节 苯中毒所致精神障碍.....	(228)
第七节 铅中毒所致精神障碍.....	(229)
第八节 汞中毒所致精神障碍.....	(230)

第九节 食物所致精神障碍..... (231)

第十七章 精神分裂症..... (233)

第十八章 心境障碍..... (244)

第一节 概 述..... (244)

第二节 抑郁症..... (250)

第三节 躁狂症..... (255)

第十九章 神经症..... (261)

第一节 概 述..... (261)

第二节 恐惧症..... (265)

第三节 广泛性焦虑障碍..... (267)

第四节 强迫症..... (270)

第五节 神经衰弱..... (277)

第六节 癔 症..... (279)

第七节 躯体形式障碍..... (281)

第二十章 偏执性精神障碍..... (285)

第二十一章 应激相关障碍..... (290)

第一节 急性应激障碍..... (290)

第二节 创伤后应激障碍..... (292)

第三节 适应障碍..... (297)

第二十二章 心理生理障碍..... (300)

第一节 进食障碍..... (300)

第二节 睡眠障碍..... (305)

第三节 性功能障碍..... (326)

第二十三章 人格障碍与性心理障碍..... (329)

第一节 人格障碍..... (329)

第二节 性心理障碍..... (340)

第三节 性变态..... (343)

第四节 同性恋..... (347)

第五节 治 疗..... (347)

第二十四章 癫痫性精神障碍..... (348)

第一节 概 述..... (348)

第二节 癫痫的分类..... (348)

第三节 病因及发病机制..... (351)

第四节 癫痫性精神障碍的临床表现..... (352)

第五节 癫痫性精神障碍的诊断..... (354)

第六节 癫痫性精神障碍的鉴别诊断..... (355)

第七节 癫痫性精神障碍的治疗..... (356)

第二十五章	精神发育迟滞	(358)
第一节	概 述	(358)
第二节	精神发育迟滞	(358)
第三节	广泛性发育障碍	(362)
第二十六章	与文化密切相关的精神障碍	(365)
第一节	恐缩症	(365)
第二节	亚文化性癔症性附体状态	(366)
第三节	气功偏差所致精神障碍	(369)
第二十七章	周期性精神病	(370)
第二十八章	儿童抽动及多动性障碍	(372)
第一节	抽动障碍	(372)
第二节	注意缺陷多动障碍	(379)
第二十九章	儿童少年期精神障碍	(390)
第一节	儿童孤独症	(390)
第二节	儿童少年期行为和情绪障碍	(400)
第三十章	儿童精神疾病的防治	(424)
第一节	0~3 岁儿童心理发展特点	(424)
第二节	3~6 岁儿童心理发展特点	(426)
第三节	小学生(6~12 岁儿童)心理发展特点	(431)
第四节	青少年期(12~18 岁)个性发展特点	(435)
第五节	药物治疗	(436)
第六节	心理咨询与心理治疗	(440)
第七节	预防、预防模式与理论研究	(447)
第三十一章	产后精神疾病	(451)
第三十二章	老年期精神障碍	(456)
第一节	概 述	(456)
第二节	老年人心理特征	(456)
第三节	老年期谵妄	(460)
第四节	老年期痴呆与相关行为心理症状	(462)
第五节	老年期情感障碍	(466)
第六节	老年期偏执障碍	(470)
第三十三章	心身健康与心身疾病	(472)
第一节	心身医学与心身疾病	(472)
第二节	心身医学的重要性	(475)
第三节	心身医学的形成和发展	(476)
第四节	医学模式转变与医学心理学	(478)
第五节	常见心身疾病	(480)

第三十四章 攻击行为、自杀与危机干预 (498)

第一节 攻击行为..... (498)

第二节 自杀行为..... (500)

第三节 自杀的有关理论..... (504)

第四节 自杀影响因素..... (512)

第五节 自杀与文化的关系..... (516)

第六节 自杀的类型、心理过程及心理特征 (518)

第七节 中国人自杀行为的特征、危险因素及原因 (524)

第八节 危机干预..... (527)

参考文献..... (531)

第一章 绪 论

第一节 精神疾病与精神病学

精神疾病(mental illness)是指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下,大脑功能失调或紊乱,导致认知、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍的一组疾病。在现代精神病学的研究与发展过程中,有些学者提出应以精神障碍一词来取代精神疾病的概念。所谓精神障碍(mental disorder),是指一系列轻重不一的精神症状与行为异常。这些症状在大多数情况下会给个体带来痛苦,使其社会功能受损,如生活自理能力,人际交往能力,工作、学习或操持家务能力,以及遵守社会行为规范能力的损害等。在临床实践中,常使用精神疾病这一概念。

精神病学(psychiatry)是研究各种精神疾病的病因、发病机制、临床表现、疾病的发生发展规律、治疗、预防及康复的一门临床医学。随着医学科学的发展,精神病学的研究范畴日渐扩大,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(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、联络一会诊精神病学、精神病流行病学、社会精神病学、职业精神病学、跨文化精神病学等。自 20 世纪 70 年代以来,国际和国内广泛采用精神卫生(mental health)这一概念,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、临床表现、治疗与预防,同时还包括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和行为问题的发生等内容。由此可见,精神卫生(又称心理卫生)的定义有狭义和广义之分。狭义精神卫生,是指研究精神疾病的预防、医疗和康复。广义精神卫生,是指不仅研究精神疾病的发生发展规律及其防治,还要探讨保障和促进人群的心理健康,提高个体承受应激和适应社会的能力,以减少心理行为的发生。

(戴新萍)

第二节 精神病学发展简史

精神病学是古老医学的一个组成部分,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、哲学观点的影响和制约。因此,作为医学的一个科目,精神病学的发展落后于其他科目。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的发展,体现在古代朴素的唯物主义观点对精神病的认识。在古希腊医学中,著名医学家希波克拉底(Hippocrates,公元前 460—公元前 377),被称为精神病学之父。他首先认识到精神病是脑活动被破坏的结果,他认为脑是思维活动的器官,提出了精神病的体液病理学说。他认为人体存在四种基本体液,即血液、黏液、黄胆汁和黑胆汁,四种体液的正常混合则能保持人体的健康,如果其中的某一种过多或过少,或它们之间的相互关系失常,人就会生病。这些推测由于缺乏自然科学的依据,在后一

时期朴素唯物主义让位于唯心主义神学。

二、中世纪阶段

从公元 476 年至 17 世纪的漫长历史阶段中,中世纪的西欧医学为神学和宗教所垄断,精神患者被视为魔鬼附体,以拷打、烙烧、长针刺穿舌头等惨无人道的手段对待,称其为“驱鬼”,宣称是:惩罚其肉体,拯救其灵魂。精神患者受到了残酷的迫害与摧残。甚至连对此类恶行持批评态度的学者也被视为危险分子而遭杀害。此历史阶段,精神病学的的发展停滞不前,甚至倒退。

三、近代史阶段

17 世纪以后,工业革命兴起,科学快速进步,医学也逐渐摆脱了中世纪宗教神学的束缚,精神病学的的发展发生了质的飞跃,精神病不再与魔鬼有关,而被看作是一种需要治疗的疾病。此时期最具代表性的是法国精神病学家比奈(Pinel,1754—1826),他是法国第一位被任命的“疯人院”院长,他对精神病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,使医生有可能观察研究精神疾病的症状及病情变化,使当时的法国精神病学有了显著发展。

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,德国学者克雷丕林以临床观察为基础,提出了精神疾病分类原则。他认为精神疾病是可根据其客观的生物学规律进行分类的,每一类精神疾病均有其独特的病因、特征性的精神症状和体征,典型的病程和病理解剖改变,以及与疾病相关的预后和转归。据此理论,克雷丕林首次将早发性痴呆(精神分裂症)视为独立疾病单元。他首先提出躁狂症和抑郁症是临床表现相反的同一疾病的不同表现,将其命名为躁狂抑郁性精神病。

20 世纪初至 40 年代,许多精神病学家对精神病的病因、发病机制分别从大脑解剖学、生理学和心理学等不同角度进行了大量的研究和探讨,形成了精神病学中的各种学派。如布鲁勒提出以精神分裂症取代克雷丕林的精神分裂症的命名,提出精神分裂症的 4A 症状,即联想障碍、矛盾观念(ambivalence)、情感淡漠(apathy)、内向性。又如弗洛伊德的精神分析学说;阿道夫·迈尔精神生物学说以及巴甫洛夫的条件反射学说等,都对精神病学的发展作出了卓越的贡献。

20 世纪 50 年代以后,随着社会经济和科学的发展,促进了当代精神病学的飞速发展。几十年来,神经生理学、神经生化学、精神药理学、神经免疫学的飞速发展,分子生物学、电生理学、脑影像学、心理测查等新技术在精神疾病诊断和治疗以及科学研究中的广泛应用,使人类对精神疾病本质的认识发生了根本性的变化。如今,人们不仅能深入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、心理和社会的整体观念、结合现代高水平的基础医学理论和高科技技术去研究疾病本质是当代“生物—心理—社会”医学模式的理论核心。

我国精神病学的的发展较迟,建国前精神病学的基础十分薄弱,新中国成立后我国精神病学进入了一个新的历史时期,我们经历了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。尤其是自 20 世纪末以来,我国精神病学在临床诊疗水平及服务能力、学科建设、人才培养、生物精神病学研究、精神疾病的流行病学研究、社区精神卫生服务、涉及精神卫生领域的法制建设、国际学术交流与合作等方面发展迅速,取得了可喜的成果。

(戴新萍)

第三节 精神病学与其他学科的关系

一、精神病学与其他临床学科的关系

在现代医学中,精神病学与其他临床学科的关系十分密切。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刺激发挥着协调、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。临床上,各种躯体疾病如心血管疾病、各脏器疾病、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,即所谓躯体疾病所致的精神障碍。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失调,如抑郁症患者在发病期间会出现月经紊乱、食欲下降、体重减轻、乏力、便秘、失眠及植物功能紊乱等躯体症状;惊恐发作的患者常因心慌气短而首次在内科就诊。特别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的症状和体征,又可有精神症状,两者并存。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。

二、精神病学与医学心理学的关系

医学心理学(medical psychology)研究心理因素在人体健康和在疾病发生发展过程中所起的作用。在传统医疗活动中,人们常常只看到服务对象的生理、病理活动及生物性的一面,而忽视了其心理活动和社会性的一面。而医学心理学强调整体医学模式,即生物—心理—社会医学模式(bio—psychosocial medical model),其主要任务是研究心理因素在各类疾病发生、发展和变化中的作用,研究心理因素对身体各器官生理功能影响及在康复中的地位。临床心理学探讨了心理因素特别是情绪因素在疾病发生中的作用,可提高对神经症、某些心因性和器质性精神病的认识。临床心理学的各种心理测验,通过对患者进行检查,可为临床诊断提供辅助性依据。心理治疗方法和技术的适用于许多精神疾病的治疗,显著提高了单纯药物治疗的效果,从而对精神疾病的治疗与预防起到了积极的推动作用。

三、精神病学与行为医学的关系

行为医学(behavior medicine)是行为科学与医学相结合而发展起来的一门新兴的医学学科,是将与健康 and 疾病有关的行为科学技术和生物医学技术整合起来应用于疾病的诊断、治疗、预防和康复的边缘学科。行为医学所整合的内容包括人类学、社会学、流行病学、心理学、临床医学、预防医学、健康教育学、精神医学、神经生物学等学科的知识。

行为医学关注的重点是与人类健康和疾病有关的、外显的行为,研究对象首先是人。研究问题行为,主要是临床医疗过程中的各种行为问题,确定这些行为问题的原因、性质、程度等,研究改变问题行为的方法、措施,通过治疗手段来去除患者的问题行为,帮助患者培养健康行为,矫正问题行为,改变不合理的生活方式和不良习惯,促进疾病的痊愈和身体康复。

行为医学与自然科学、社会科学、行为科学三大科学体系交叉,它是以研究人类心理行为与健康、疾病的关系为目的,依赖上述三大科学体系,顺应生物—心理—社会医学模式发展的一门交叉而又相对独立的学科。

四、精神病学与基础医学的关系

绝大多数精神疾病的病因和发病机制至今尚未明了,围绕着精神疾病病因学问题,近30年来,世界范围内开展了众多的基础科学研究,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及相关的新技术,如影像技术、放射免疫技术、微量测定与微观技术等纷纷应用于精神病的研 究中,积累了大量与精神疾病病因及发病机制有关的研究资料,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。

五、精神病学与社会学的关系

人类的思想、风俗习惯、行为举止以及人际交往等,都具有一定的社会根源和相关联的文化背景。这些因素均可影响到精神疾病的发生、发展和转归。因此,社会学知识有助于理解和认识这些因素在精神疾病的发生和转归中所起的作用,有助于人们从生物—心理—社会医学模式研究和探讨精神疾病的发生原因、治疗和预防干预措施。

(戴新萍)

第四节 精神疾病防治现状与发展趋势

一、精神疾病患病现状

随着社会发展,与人们身心健康息息相关的疾病谱随之变迁。世界卫生组织(world health organization,WHO)在1990年的《全球疾病负担》中报道,传染性疾病等生物因素所造成的疾病负担(burden of disease,BD)已明显下降,非传染性疾病所致的疾病负担正逐渐上升。而后者中尤以精神疾病给人类社会带来的疾病负担为重,在中低收入国家占其总疾病负担的10.5%,高收入国家则达23.5%,2003年卫生部宣布在我国约占总疾病负担的20%。在高收入国家和我国,精神疾病所致的疾病负担已居首位,超过了肿瘤、心脑血管病等所致的疾病负担。因此,精神疾病已成为严重危害人类健康的疾病。

精神疾病的种类很多,国际疾病分类第10版把其分为10大类约100余种精神疾病。现今本领域存在的主要问题在以下几个方面:首先是一些常见精神疾病的患病率呈升高趋势,1993年我国19种精神疾病(神经症除外)的时点患病率(11.18‰)和终生患病率(13.47‰)均高于1982年(分别为9.11‰和11.30‰)。其次为一些常见精神疾病的病程迁延,易反复发作而预后差,如单纯药物治疗精神分裂症患者的1年复发率为40%~75%,1年再住院率达39%~56%,其预后中精神残疾率为59.5%。第1次、第2次和第3次发作的抑郁症患者,其复发率分别为50%、70%和90%,其预后与焦虑障碍、酒/药依赖所致精神障碍和冲动控制障碍等精神障碍患者类似,预后中约50%有中重度残疾。第三为人群中精神疾病的知晓率、识别率、就诊率和治疗率皆较低,2002年全国10个卫生监控点知晓率调查,67%的调查对象缺乏精神卫生知识,约90%的抑郁症患者不知自己患病而未及时就医。最后尤为重要,精神疾病患者常严重影响社会安宁,在我国的自杀相关人群中,抑郁症患者约占50%~70%;从1980年至2005年,北京地区精神分裂症患者肇事肇祸约246起,已成为社区较大的安全隐患之一。

二、精神疾病预防及临床诊疗现状

国内外在精神分裂症和抑郁症的一级预防(病因预防)和二级预防方面主要集中在精神分裂症和抑郁症病因学假说的探索过程和早期诊断方法的研究上,目前尚无一致性结论。精神分裂症和抑郁症的三级预防(预防复发和康复)是目前研究的重点。国内大部分省、市普遍地建立了初级精神卫生社区三级防治网络,但是社区精神卫生服务网络就其形式和内容而言,主要是针对精神分裂症,对抑郁症及其他心理障碍的社区服务尚需进一步完善和加强。

精神疾病临床诊断采用《中国精神障碍分类方案与诊断标准(第3版)》与国际通用的精神疾病诊断标准接轨。在治疗方面现今主要以药物治疗为主,通过国际合作交流,陆续引进了一些非药物治疗方法,如将心理治疗、电痉挛治疗、重复经颅磁刺激、迷走神经刺激等治疗方法应用到精神分裂症和抑郁症的治疗中,提高精神分裂症和抑郁症的治疗率。在疾病的急性期、巩固期和维持期等不同阶段给予相应的生物心理社会干预治疗方法,即采用全病程治疗的方法,提高患者的疗效和减少疾病复发。

三、现阶段精神疾病防治的主要需求

以精神分裂症和抑郁症为例,疾病的预防和诊治需求如下。

(一)预防需求

一级预防需求:由于精神分裂症和抑郁症的病因和发病机制不清,开展一级预防工作全世界皆在探索过程中。因此,需要开展两类疾病神经发育假说等病因学方面的基础研究。

二级预防需求:有研究提示67%调查对象缺乏精神卫生知识,90%左右的抑郁症患者未及时就医。约40%抑郁症患者第一次看病去的是综合医院,而综合医院医务人员精神卫生知识平均正确率只有58.33%,对抑郁症的识别率不足20%。精神分裂症患者就诊率仅为30%,住院治疗者不足1%;抑郁症治疗比例仅为10%。因此,在精神分裂症和抑郁症的二级预防上,提高其知晓率、就诊率、识别率和治疗率,

是今后的重点探讨方向。

三级预防(预防复发和康复服务)需求:目前精神分裂症和抑郁症的康复工作多集中在精神分裂症的初级康复上,尚未开展有效的抑郁症社区康复工作。如何预防两类疾病复发和再住院、防治和康复精神残疾以及防止两类疾病所致不良社会事件发生的研究是今后防治的重点。故需要开发和引进国外先进的精神分裂症和抑郁症的康复技术,建立适合于中国特色的精神分裂症和抑郁症社区康复模式。

(二)临床诊治需求

由于在精神科疾病诊断主要是依赖于临床表现和病程特点的现象学描述,缺乏客观的评估指标和综合评估体系,致使大量已经具备生物学和心理学改变的患者因尚未满足症状标准而不能得到及时诊断。而精神科临床治疗往往是凭医生的个人经验,医生之间、地区之间在治疗方案上往往差异很大,缺乏对不同精神疾病、不同治疗阶段标准化综合治疗的可操作性模式和适用于精神专科、综合医院及社区等各类医疗机构的标准化干预模式的研究。如何提高专科和非专科医院精神疾病的诊断率和规范性治疗率是将来精神疾病临床诊疗中的研究重点,也是降低精神疾病复发率的技术基础。因此需要开展精神疾病客观诊断方法、规范化诊断程序以及新治疗技术的研究;建立不同疾病、不同治疗阶段、不同医疗机构早期诊断和标准化综合干预模式的研究。

(三)国外精神疾病的控制可借鉴的经验、模式

国外欧美发达国家、中国香港和台湾地区等对精神分裂症的预防控制模式,目前主要是以社区为基础,急性期给予短期住院治疗的精神疾病防治康复工作,即急性期给予短期住院治疗,一般不超过14日;经过急性期治疗后,通过转介机制,将患者转介到日间医院、中途宿舍或社区等机构给予继续治疗和康复训练。在社区主要由社区精神康复队伍(由精神科医生、社康护士、心理咨询师、职业康复师和社会工作者组成)对患者提供治疗和康复服务,根据患者的病情变化随时转介回医院或康复机构,精神疾病的治疗和康复形成了以社区康复服务为主,精神专科医院提供诊断治疗工作的精神病防治网络,为精神疾病患者提供综合性、便利性、连续性和协调性的治疗康复服务模式,有效地预防了精神分裂症的复发和再住院,降低了精神残疾的发生,促进了精神分裂症患者早日回归社会。

国外针对高危人群开展干预性研究,可以使抑郁症的发病率下降,减少精神障碍的发生。如美国亚利桑那州开展的离婚者子女精神障碍预防项目,结果提示6年后随访干预组的精神障碍患病率(11.0%)明显低于对照组(23.5%)。

国外在精神分裂症和抑郁症的治疗中除了给予单纯的药物治疗之外,还开展了非药物治疗方法以及社会心理治疗相结合的方法,可以有效地提高疗效,减少复发的可能。如有学者的研究表明在接受同等心境稳定剂治疗的前提下,接受50次家庭治疗的患者与只接受2次常规家庭教育的患者相比,抑郁症状的缓解更明显,缓解期也更长。

四、精神疾病的发展趋势

英国 Nottingham 地区 1978 年—1980 年和 1992 年—1994 年两个队列研究中的精神分裂症发病率,从 0.249‰ 略微提高到 0.287‰,经过十余年的变迁,精神分裂症的发病情况基本趋于稳定。美国分别于 20 世纪 80 年代和 90 年代开展的两项调查显示抑郁症的患病率较 10 年前数倍上升。

根据国内的研究也证实精神分裂症的患病水平并未随着时间的推移发生巨大变化,然而抑郁症的患病情况具有增高的趋势。最近 10 年地方区域性精神疾病流行病学调查显示精神分裂症总患病率为 4.84‰~7.56‰,与 1982 年(5.69‰)和 1993 年(6.55‰)两次全国性的精神疾病流行病学调查结果相似;而心境障碍(抑郁症、双相障碍)的患病率为 1.38‰~8.6‰,其患病率高于 1993 年调查结果(0.68‰)。北京市三次精神疾病流行病学结果显示精神分裂症患病情况基本趋于稳定,1982 年、1991 年和 1993 年精神分裂症的终生患病率分别为 5.71‰、7.17‰ 和 5.91‰。而 2003 年北京市抑郁症流行病学调查显示抑郁症的时点患病率为 3.31%,终生患病率为 6.87%,明显高于全国 1982 年和 1993 年两次流行病学调查结果。随着社会变革和人们工作生活压力增大,抑郁症患病率和发病率可能进一步增加。

此外,国内外调查显示儿童行为问题、酒与药物滥用、海洛因等毒品成瘾等相关的精神障碍及自杀发