

精神心理疾病 诊治基础与进展

陈伟主编



吉林科学技术出版社

精神心理疾病 诊治基础与进展

陈伟主编



吉林科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神心理疾病诊治基础与进展 / 陈伟主编. -- 长春:
吉林科学技术出版社, 2018.6
ISBN 978-7-5578-4646-6

I. ①精… II. ①陈… III. ①心理疾病—诊疗 IV.
①R395.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第140267号

精神心理疾病诊治基础与进展

出 版 人 李 梁
责任编辑 孟 波 孙 默
装帧设计 孙 梅
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 332千字
印 张 17.25
印 数 1-3000册
版 次 2019年5月第1版
印 次 2019年5月第1次印刷

出 版 吉林出版集团
吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85677817 85600611 85670016
储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85635186
网 址 www.jlstp.net
印 刷 三河市天润建兴印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-4646-6
定 价 98.00元
如有印装质量问题 可寄出版社调换
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85659498

前 言

随着工业化、都市化的进程,我国在经济建设上取得了举世瞩目的成就。但在这过程中,由于劳动力的重新组合,价值观念的改变,家庭结构和人口结构的变化及社会竞争不断加剧,导致人们生活中的心理应激因素增加,带来了新的心理和行为问题。为适应我国精神疾病的变化和对防治工作提出的新要求,编者结合自身多年的临床工作经验撰写了这本《精神心理疾病诊治基础与进展》。

在编写过程中,编者注重参阅多个相关专业文献,简明扼要地阐述了常见精神心理障碍的概念,病因相关因素、发病机制、诊断标准和治疗方法等,本书主要对心理疾病的诊断与治疗方法进行了全面分析和总结,详细论述心理疾病药物治疗和心理治疗的进展,着重介绍各种抗抑郁药和抗精神病药、镇静催眠药的临床应用和对病人特殊的指导以及心理障碍患者危急情况的紧急处理等。力求集先进性、实用性、学术性、规范性于一身,方便读者阅读使用。

在本书的编写过程中,编者将最丰富的临床知识和各位读者进行分享。但由于编者编写经验不足,加之编写时间仓促,疏漏之处恐在所难免,恳请广大读者和同行们批评指正,以期再版时予以改进、提高,使之逐步完善。

张由白 张 伟

目 录

第一章 精神心理疾病的病因与分类	(1)
第一节 精神障碍的概念与病因	(1)
第二节 精神障碍的分类与诊断原则	(4)
第三节 心理疾病是如何发生的	(6)
第四节 负性情绪是心理障碍的中心	(13)
第二章 精神疾病症状学	(21)
第一节 概述	(21)
第二节 常见精神症状	(22)
第三节 常见精神障碍综合征	(40)
第三章 常见心理障碍的诊断和处理要点	(43)
第一节 常见脑器质性疾病伴发心理障碍的诊断和处理要点	(43)
第二节 常见躯体疾病伴发心理障碍的诊断和处理要点	(55)
第三节 常见心因性心理障碍的诊断和处理要点	(68)
第四章 抑郁障碍	(75)
第一节 抑郁症是怎样产生的	(76)
第二节 治疗前临床评估	(81)
第三节 抑郁障碍的心理治疗	(84)
第四节 抑郁障碍的药物治疗	(96)
第五节 产后抑郁症的治疗	(104)
第五章 双相障碍	(107)
第一节 双相障碍简史	(107)
第二节 双相障碍的临床概述	(108)
第三节 双相障碍治疗前评估	(113)
第四节 双相障碍的治疗	(114)
第六章 自杀与自伤	(126)
第一节 概述	(126)

第二节	自杀的流行病学	(130)
第三节	自杀的原因与机制	(133)
第四节	自杀的预测与防治	(139)
第五节	自伤	(152)
第七章	强迫症	(157)
第一节	强迫症状分类概念的进展	(157)
第二节	强迫症治疗前的临床评估	(159)
第三节	强迫症的认知行为治疗	(161)
第四节	强迫症的药物治疗	(168)
第八章	儿童青少年期精神心理障碍与心理治疗	(171)
第一节	品行障碍	(171)
第二节	情绪障碍	(174)
第三节	行为障碍	(176)
第四节	几种常用的儿童青少年心理治疗方法	(178)
第九章	老年人的心理障碍	(187)
第一节	老年人的心理活动特点	(187)
第二节	老年人常见的心理障碍	(188)
第十章	心理疾病药物治疗的进展	(195)
第一节	抗抑郁药的药理和临床研究进展	(195)
第二节	心境稳定剂的临床应用	(220)
第三节	抗精神病药的进展	(224)
第四节	抗焦虑药与镇静催眠药	(233)
第十一章	心理治疗	(242)
第一节	心理治疗对象和形式	(242)
第二节	心理治疗提供者应具备的条件	(243)
第三节	常用的个体心理治疗方法	(244)
第十二章	心理障碍患者的危急情况的紧急处理	(259)
第一节	心跳、呼吸骤停	(259)
第二节	噎食窒息	(262)
第三节	吞食异物	(263)
第四节	有机磷农药中毒	(264)
参考文献		(267)

第一章 精神心理疾病的病因与分类

第一节 精神障碍的概念与病因

精神障碍是指在生物、心理和社会因素影响下,人体出现的各种精神活动紊乱,表现为具有临床诊断意义的认知、情感和行为等方面的异常,可伴有痛苦体验和(或)功能损害。

精神障碍的病因至今尚未完全阐明,但是,经过半个多世纪以来的大量探索性研究,目前能够达成的共识是,精神疾病不是由单一的致病因素导致的,而是生物、心理、社会因素相互作用的结果。

一、精神障碍的生物学因素

影响精神健康和精神疾病的生物学因素大致包括遗传、感染、躯体疾病、创伤、营养不良、毒物等。这些致病因素将在以后的各个章节里详述,这里仅列举遗传、环境、感染与精神障碍的关系。

(一)遗传与环境因素

人们早就认识到基因是影响人类和动物正常与异常行为的主要因素。通过对多种精神障碍的遗传方式、遗传度到基因扫描的家族聚集性研究,共同的结论是:精神分裂症、情感障碍、儿童孤独症、神经性厌食症、儿童多动症、惊恐障碍等具有遗传性,是基因将疾病的易感性一代传给一代。

目前,绝大多数的精神障碍都不能用单基因遗传来解释,而是多个基因的相互作用,加上环境因素的参与,产生了疾病。不过,发现与疾病发生关系最为密切的环境因素似乎较容易诱发疾病,因此,改变导致疾病的环境因素,是当前预防精神障碍的重点。

如上所述,在多基因遗传病中,遗传和环境因素的共同作用,决定了某一个体是否患病,其中,遗传因素所产生的影响程度称为遗传度。一旦证明某种疾病有家

族聚集现象,下一步的工作就是找出遗传度,然后是遗传方式,最后是找到基因所在位置。

了解遗传度最有效的办法是双生子研究,如果疾病与遗传有关,那么同卵双生子的同病率应高于异卵双生子,通过比较同卵双生子和异卵双生子的同病率,即可计算出遗传度。需要强调的是,即使有较高的遗传度,环境因素(社会心理、营养、健康保健等)在疾病的发生、发展、严重程度、表现特点、病程及预后等方面仍起着非常重要的作用。例如精神分裂症同卵双生子同病率不到 50%,就是说,具有相同基因的双生子一方患精神分裂症时,另一方患精神分裂症的可能性尚不足 50%。人类基因组计划给我们展示了一个光明的前景,通过各种高科技手段和多年的努力,我们将最终找到致病基因。其意义在于,找到了基因,就有可能知道问题的症结所在,例如,如果找到了增加精神分裂症发生危险性的基因,我们就可以了解在脑发育过程中,何时此基因被激活,哪些脑内细胞或通路出了问题,这就为我们的干预提供了有利的时机;另外,遗传学的研究将为我们研究环境因素的致病作用提供帮助。

(二)感染

早在 20 世纪的早期,我们就已知道,感染因素能影响中枢神经系统,产生精神障碍。

例如,通过性传播的苍白密螺旋体苍白亚种(梅毒螺旋体)首先引起生殖系统症状,在多年的潜伏后,进入脑内,成为神经梅毒,导致神经系统的退行性变,表现为痴呆、精神病性症状及麻痹。获得性人类免疫缺陷病毒(HIV)也能进入脑内,产生进行性的认知行为损害,早期表现为记忆损害、注意力不集中及情绪淡漠等,随着时间的推移,出现更为广泛的损害,如缄默症、大小便失禁、截瘫等。有 15%~44% 的 HIV 感染者出现痴呆样表现。HIV 不是直接感染神经元,而是感染了免疫细胞——单核吞噬细胞,这类细胞死亡后,释放毒素,损伤了周围神经元,引起精神障碍,类似感染还包括诸如单纯疱疹性脑炎、麻疹性脑脊髓炎、慢性脑膜炎、亚急性硬化性全脑炎等。近来还发现,有些儿童在链球菌性咽炎后突然出现强迫症的表现。

二、精神障碍的心理、社会因素

应激性生活事件、情绪状态、人格特征、性别、家庭养育方式、社会阶层、社会经济状况、种族、文化宗教背景、人际关系等均构成影响疾病的心理、社会因素。心

理、社会因素既可以作为发病因素,如反应性精神障碍、创伤后应激障碍、适应障碍等;也可以作为相关因素影响精神障碍的发生、发展,如神经症、心理生理障碍,甚至是精神分裂症等;还可以在躯体疾病的发生、发展中起重要作用,如心身疾病。

(一)应激与精神障碍

任何个体都不可避免地会遇到各种各样的生活事件,这些生活事件常常是导致个体产生应激反应的应激源。其中,恋爱婚姻与家庭内部问题、学校与工作场所中的人际关系常是主要的应激源。社会生活中的一些共同问题,如战争、洪水、地震、交通事故、种族歧视等,以及个人的某种特殊遭遇,如身体的先天或后天缺陷,某些遗传病、精神病、难治性疾病、被虐待、遗弃、强暴等也可能成为应激源。

在临床上,与急性应激有关的精神障碍主要有急性应激反应和创伤后应激障碍(PTSD)。前者在强烈精神刺激后数分钟至数小时起病,持续时间相对较短(少于1个月),表现为精神运动性兴奋或抑制;后者主要表现为焦虑、恐惧,事后反复回忆和梦中重新体验到精神创伤的情景等。慢性应激反应可能与人格特征关系更大,临床上可见适应障碍等。另外,社会、心理刺激常常作为许多精神障碍的诱因出现,应予充分注意。

除了外来的生活事件外,内部需要得不到满足、动机行为在实施过程中受挫等,也会产生应激反应;长时间的应激则会导致神经症、心身疾病等。

(二)人格特征与精神障碍

一个具有开朗、乐观性格的人,在人际关系中误会与矛盾较少,即使有也容易获得解决,对挫折的耐受性也较强。与此相反,一个比较拘谨、性格抑郁的人,与他人保持一定距离,心存戒备,不太关心别人,在人际关系中误会与隔阂较多;他们内向、懦弱、回避刺激,在困难面前容易悲观,对心理应激的耐受能力较差,易患神经症、心身疾病、酒精与药物滥用等。人格障碍与精神障碍的关系十分密切,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。

纵观上述对精神疾病病因学探讨,生物学因素(内在因素)和心理社会因素(外在因素)在精神障碍发生、发展过程中均起着重要作用。实际上,生物学因素与环境因素不能截然分开,它们相互作用、相互影响,共同影响人类的精神活动。

第二节 精神障碍的分类与诊断原则

精神障碍分类与诊断标准的制定,是精神病学领域近 20 年所取得的重大进展之一,它一方面促进了学派间的相互沟通,改善了诊断不一致的问题,有利于临床实践,另一方面在探讨各种精神障碍的病理生理及病理心理机制、心理因素对各种躯体疾病的影响以及新药研制、临床评估和合理用药等方面,也发挥着重要作用。

一、常用的精神障碍分类系统

如今在中国精神病学界所使用的精神障碍分类系统有 3 种:即世界卫生组织(WHO)《国际疾病分类》中的第 5 章、美国精神病学会的《精神障碍诊断和统计手册》和中国精神障碍分类及诊断标准。

(一)世界卫生组织精神障碍分类系统

1992 年出版的世界卫生组织公布的国际疾病分类第 10 版(ICD-10),它涉及各科疾病,主要类别如下:

F00~F09 器质性(包括症状性)精神障碍(含痴呆);

F10~F19 使用精神活性物质所致的精神及行为障碍(含酒、药依赖);

F20~F29 精神分裂症、分裂型及妄想性障碍;

F30~F39 心境(情感性)障碍;

F40~F49 神经症性、应激性及躯体形式障碍(含焦虑、强迫和分离性障碍等);

F50~F59 伴有生理障碍及躯体因素的行为综合征(含进食障碍、睡眠障碍、性功能障碍等);

F60~F69 成人的人格与行为障碍;

F70~F79 精神发育迟缓(智力障碍);

F80~F89 心理发育障碍[弥漫性发育障碍(含孤独症)、言语和语言发育障碍、学习技能障碍等];

F90~F98 通常发生于儿童及少年期的行为及精神障碍(多动性障碍、品行障碍、抽动障碍等);

F99 待分类的精神障碍。

（二）美国精神障碍分类系统

美国的精神障碍分类系统称为《精神障碍诊断与统计手册》(DSM),1994 年出版了第 4 版(DSM-IV)。DSM-IV 系统将精神障碍分为 17 大类:①通常在儿童和少年期首次诊断的障碍;②谵妄、痴呆、遗忘及其他认知障碍;③由躯体情况引起、未在他处提及的精神障碍;④与成瘾物质使用有关的障碍;⑤精神分裂症及其他精神病性障碍;⑥心境障碍;⑦焦虑障碍;⑧躯体形式障碍;⑨做作性障碍;⑩分离性障碍;⑪性及性身份障碍;⑫进食障碍;⑬睡眠障碍;⑭未在他处分类的冲动控制障碍;⑮适应障碍;⑯人格障碍;⑰可能成为临床注意焦点的其他情况。

（三）中国精神障碍分类系统

中国精神疾病分类及诊断标准 2001 年出版了第 3 版(CCMD-3)。CCMD-3 的主要类别如下:

0.器质性精神障碍;

I.精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍;

II.精神分裂症和其他精神病性障碍;

III.情感性精神障碍(心境障碍);

IV.癔症、严重应激障碍和适应障碍、神经症;

V.心理因素相关生理障碍;

VI.人格障碍、习惯与冲动控制障碍和性心理障碍;

VII.精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍;

VIII.童年和少年期的多动障碍、品行障碍和情绪障碍;

IX.其他精神障碍和心理卫生情况。

目前,较多的精神病专科医院已经采用 ICD-10 作为临床诊断标准,部分医院仍然使用 CCMD-3,而 DSM-IV 一般用于研究用。

二、精神障碍的诊断原则

精神障碍的诊断主要依靠病史和精神检查所获得的资料,首先确定患者的症状,将相关的症状聚类,得出症候群或综合征,也就是症状学诊断。

第二步,结合发病的有关因素及病程特点,遵循诊断分类系统规定的标准,进行疾病诊断,再与具有类似临床表现的疾病相鉴别。

以 ICD-10 为例,每一类精神障碍都有相应的临床描述、诊断要点、鉴别诊断和排除标准。

DSM-IV采用的是多轴诊断系统,是指采用不同层面或维度来进行疾病诊断的一种诊断方式。目前使用的共有5个轴,分别为:

轴Ⅰ:临床障碍;

轴Ⅱ:个性障碍;

轴Ⅲ:躯体情况;

轴Ⅳ:社会心理和环境问题;

轴Ⅴ:全面功能评估。

轴Ⅰ用于记录除人格障碍和精神发育迟滞以外的各种障碍,也包括可能成为临床注意焦点的其他情况。轴Ⅱ主要记录是否具有人格障碍和精神发育迟滞。轴Ⅲ记录目前的躯体情况,它与认识和处理患者的精神障碍可能有关。轴Ⅳ用于报告心理社会和环境问题,它可能影响精神障碍(轴Ⅰ和轴Ⅱ)的诊断、处理和预后。轴Ⅴ用于医生对患者的整个功能水平的判断。轴Ⅳ和轴Ⅴ为特殊的临床科研所设置,便于制定治疗计划和预测转归。

第三节 心理疾病是如何发生的

不言而喻,了解心理疾病的病因、发病机制和危险因素对心理疾病的预防、诊断和治疗是极为重要的。很可惜,我们对心理疾病真正的病因知道甚少,这并不奇怪,因为心理活动太复杂,大多数情况下判断是否是病因很难确定,不过我们对发病机制的理解要多一点,因为我们可以借助现代科学手段对心理疾病患者的脑内活动与化学物质变化进行观察和实验,了解人患了心理疾病后脑内活动变化的规律,据此也可以设计治疗方法。由于人类思维偏爱“一种现象具有一种原因”,人们也希望找到某一心理疾病的单一病因,但近百年来对多种心理疾病寻找单一病因所做的研究都确定无疑地遭到了失败。这是因为任何一个具体的行为都不是由一个单一的变量引起的,而是由许多不同的因素决定的。在前一节系统层次理论的论述中,我们说过任一层次的功能变化都会影响其他各个层次的功能。人的心理状态与行为变化既可以与生物系统的各个层次如分子、细胞和器官的功能变化相关(这就是还原的方法,注意:相关不能区分因果),也可以与社会系统如人际、家庭和社会的变化相关(这是宏观的视野),当然还可以与心理系统的认知、情感和行为的相互作用有关。因此,心理疾病的多因观点得到更多的赞同。如 R.M.Nesse 和 G.C.Williams 所说:“各方面不很系统的零星事实说明,大多数精神问题是遗传的前提条件,加上早期生活中的事件、药物与其他环境因素对大脑的综合作用和当前

的人际关系、生活处境、认知习惯以及心理动力学复杂的相互关系的结果。”

在理解心理疾病如何发生的问题上,学者提出了许多不同的解释模型,其中,应激与易患素质相互作用模型获得较多证据支持。所谓“易患素质”指个体易患某种疾病的倾向,包括遗传基因、个体的心理与生理特征等因素所构成。在应激(包括心理社会应激)的作用下,具有某种易患素质的人可能发生“心理生理疾病”,如高血压病、冠心病、功能性肠病、甲状腺功能亢进、糖尿病等;也可能发生“心理疾病”,如抑郁症、焦虑性疾病及其他精神障碍;还可能出现各种不健康行为,如过度吸烟、喝酒、吸毒、攻击伤人、自杀自伤、进食障碍、厌学、出走或孤独自处等。在此,我们对这个模型进行扼要的讨论。

一、基因组

家系、双生子和寄养子的研究显示,遗传因素在很多心理疾病的发病中起有相当重要的作用。也就是说,心理疾病如抑郁症、双相障碍、焦虑性疾病及精神分裂症等有其易感基因的基础。我们说的“易感基因”(很多尚未发现)指它们增加了患心理疾病的危险,但不是患心理疾病的唯一原因。即使一个人有某种易感基因,是不是会发病还要看基因和环境的相互作用如何。Matt Ridley 断言:“基因既支配人的行为,又接受行为的命令,接受生活方式的调控,它不仅仅携带遗传信息,也对经验作出反应,是基因容许了可塑性和学习。”要使一个基因显现效果,就必须与环境发生相互作用。还有,过去人们认为心理疾病是由单一基因引起的,现在来看这种观念完全错了。事实上同一种心理疾病也可能有不同的基因组合,而且基因之间还有相互作用,形成不同的临床类型。如抑郁症就有几种不同类型,可能涉及不同的基因组合,出现不同的神经化学变化,而且如前所说,还要考虑基因组与环境之间的相互作用,抑郁症的发生才能获得较完整的理解。

基因通过对经验作反应而运作,我们可以用洛伦兹对动物“印刻”的研究作为证据。刚出壳的小鹅好像本能地跟随它们的母亲,但更仔细观察发现并非如此,它们固定追随所遇到的第一个移动对象,而且总是跟随着它。通常那个移动的东西是小鹅的母亲,但也可以是具有某种形状和颜色并且能够运动的东西,如二位教授。不论什么物体,只要在它们生命早期某一特定阶段提供了这种感觉,就会被它们当成“母亲”来跟随,这就是“印刻”作用。印刻一旦发生,它就会一直坚持下去,不能再跟随另一个不同的对象。换句话说,洛伦兹的小鹅是在遗传上编好程序,要印刻环境提供给它作为一个模型母亲的任何东西。跟随是本能的,但所跟随的“母

亲”则是通过学习才认识到的,人类也是如此。

我们脑内只有部分回路是由基因具体定义的。我们有大约 10 万基因,但我们脑内有超过 10 万亿个突触,基因的数量还没有多到可以决定我们所有精确结构和所有组织的具体位置的地步。基因组严格规定了我们身体的细节构建,也包括脑的整个设计,但是,并非所有的自主发育和运作的回路都是由基因规定的。我们从幼年发育到成人的过程中,脑回路设计表征着我们不断发育的身体及其与这个世界的相互作用,各种好的和坏的情境不断地被传递到神经系统回路进行表征,个体的经验不断改变着神经联系以及这些联系形成的神经突触的强弱,某些回路随着个体经验的改变而不断修改和改变,另一些回路则大体能维持不变,如某些先天回路既参与免疫、内分泌系统的调节,控制内脏的生物化学运转和本能活动,也对经验修改的回路施加影响。因此,基因组对人的心理和行为影响很大,但不是决定一切。神经突触的可塑性,个体经验能对神经回路不断修改,这些都为心理疾病的治疗康复提供了充分的可能性。

经验对神经回路能不断重塑,对大脑发育有重大影响,我们也可以举出一些研究证据。如:Thorsten Wiesel 和 David Hubel 以猫和猴为实验对象,出生后最初几个月蒙住动物一只眼,那么,那只眼到视觉皮质之间的突触数量就下降,而另一只眼因在使用,相同部位的突触数量则上升。如果在这个关键时期之后再打开被蒙住的那只眼,动物的那只眼也仍然是睁眼瞎。人类在出生至 6 个月的时间内,蒙住儿童眼睛数周,也会对视力造成持久损害。

在“富”鼠与“穷”鼠的研究中,“富”鼠住得宽敞,有梯子、踏车,“穷”鼠住得狭小,笼内无物。数月后,“富”鼠新皮质发育产生出复杂的神经网络,而“穷”鼠神经通路稀疏。两组差异非常显著,“富”鼠大脑更重,做迷宫游戏更聪明。用猴实验,结果一样。

我们曾说,心理依赖于整体的人与环境的相互作用,依赖于身体各部分状态的每时每刻的变化在脑内神经回路中不间断地连续表征。个人生活在人的群体社会中,人的心理活动受到所在的社会文化很大的影响,其时基因的决定作用更小。

二、个体生理与心理特征

个体生理与心理特征,包括个体的年龄、性别、躯体健康状况、认知习惯、应对方式、行为模式及其他个性特征。心理疾病有不同的发病年龄,也能见到性别差异,如强迫症常起病于少年期,恐惧症与惊恐障碍以女性多见,抑郁症过去多在中

年发病,但现在发病年龄有明显下移,甚至在儿童少年期也可见到,且似有增多的趋势。个体以往的患病历史对心理疾病的易患倾向有很大影响,尤其是对脑部有重大伤害的疾病,如头部外伤、药物对神经的损害以及在儿童少年发育的关键期遭受重大心理创伤等。关于个性特征或行为模式与疾病的关系,A型行为模式(TABP)可作为一个很好的例子。上世纪50年代后期心脏病学家Friedman与Rosenman开创了A型行为模式和冠心病(一种心身疾病)关系的研究。A型行为模式的主要特征包括:①无缘无故的敌意;②攻击性;③争强好胜;④总是感到时间紧迫,行动匆忙;⑤没有耐心;⑥不停地去实施并不明确的目标;⑦讲话和运动快速而莽撞。在对“A型行为模式的人易患冠心病”假设的初步检验中,他们随机抽样选择TABP与非TABP的男性各83名,在年龄、饮食、吸烟等大体相等的情况下追踪观察,结果TABP男性中冠心病发病率为28%,而非TABP男性中仅有4%,和TABP的假设一致。1960年,Friedman与Rosenman用8年半时间对3154名39~59岁的健康男性进行了大规模前瞻性研究,发现在此期间内TABP者冠心病发病率是非TABP者的两倍,并且复发率为非TABP者的5倍。在研究期间有80人死亡,51例尸体解剖证实其中25例死于心脏病。这25例中属于TABP者22例,非A型者仅3例。不论死于冠心病或其他病,TABP者尸体解剖的冠状动脉硬化程度比非A型者严重得多。1978年根据美国西部协作组8年前瞻性随访研究,TABP被确认为冠心病的危险因素。该研究表明,TABP者冠状动脉病(CHD)病死率为非TABP的2倍。美国国立心、肺、血液研究所(NHLBI)组织专家审议,确认TABP与美国中年男性CHD危险增加有关。“这种危险性较年龄、收缩压升高、血清胆固醇升高或吸烟等因素的危险为大,相当于后三者相加的强度级别。”由于NHLBI的权威认定,TABP与冠心病的关系一时成了研究热点。但是,也有一些不一致的报告,总体来说,大部分以一般人群为基础的严谨的研究显示,TABP和发生CHD的危险增加有关,而在研究已发生CHD的患者中TABP似未增加死亡危险。由于这些研究发现的不一致,研究者们趋向于找出TABP中的特殊成分,试图确定这些特殊成分与心脏事件和病死率增加的相关性,敌意、愤怒而不是竞争成为关注的焦点。上世纪80年代后期,敌意、愤怒与心脏病的关联不断得到研究证实。关于认知习惯、应对方式的问题,我们将在讨论应激的部分再谈。

三、应激

应激是一个非常重要而又充满争议的领域。说它重要,是因为很长时期以来,

医学关注的是使人患病的细菌、病毒、外伤、中毒及营养不良等生物学因素与物理化学因素,自从提出应激概念以来,大量国内外研究表明,应激,尤其是心理社会应激对人的心身健康构成了重大挑战,和细菌、病毒、外伤等因素一样,是人类许多疾病重要的致病因素;说它充满争议,是因为对应激有许多不同理解与争论,甚至对应激还没有一个一致的定义。或许正是不同观点的争论推动了应激领域十分活跃的研究。现在,大家比较一致的看法是,应激是个体察觉刺激事件对人的内稳态(动态平衡)和负荷能力构成了威胁与挑战,或者超过了个体调整应变能力时出现的心身反应模式。这些刺激事件包括各种内外环境变化事件,称为应激源。

(一) 应激概念的历史演变

Cannon(1914)和 Selye(1936)对应激概念的提出作出了重要贡献。Cannon 第一次科学地描述了动物和人类对危险的战斗或逃跑反应。他发现一系列神经和腺体反应被引发,使躯体作好防御和挣扎或者逃跑的准备,这种反应的中心在下丘脑,包括了许多情绪反应。Selye 则是第一个证实应激能够引起身体损伤的人,他报告了实验动物对伤害性事件的一系列复杂反应,这些事件包括细菌感染、中毒、外伤、强制性束缚、冷、热等。根据 Selye 的应激理论,许多种应激源能引起相同的反应,他称为“普遍适应综合征”(GAS),分为 3 个阶段:警戒反应、抵抗阶段与耗竭阶段。Selye 的应激理论在细节上有不少错误,受到很多的质疑和批评。也许其最大的问题是只关注了生理反应,忽视了内在的心理过程,这在当时应是可以理解的。现在知道应激是整体的反应,既有生理反应也有心理反应。也有学者对他所说的应激反应的“非特异性”提出了质疑,还有学者认为他所说的耗竭阶段中肾上腺皮质激素被消耗殆尽的情况不会发生。虽然有这些缺点或不足,但 Selye 的研究价值不容忽视,他第一个发现了应激可以引起身体损伤,并且强调了皮质醇在应激过程中的重要性。现在我们知道皮质醇过量分泌对大脑确实可以造成损伤,当前脑科学对下丘脑-垂体-肾上腺轴及其功能的研究对认识抑郁、焦虑的发生机制有很大的价值。他的应激三阶段 GAS 也有助于解释慢性应激可能导致心身障碍。

(二) 心理社会应激的概念

Harold.G.Wolff 进一步提出了“心理社会应激”的概念。1952 年他的《应激和疾病》一书出版,在应激概念的基础上发展了心理应激与应激性生活变化的概念,认为应激可以成为人类疾病的致病因素。他断言:“人应对社会生活中出现的象征性威胁的能力不足,使其在对各种心理社会刺激作反应时容易出现适应不良性心理生理反应或疾病。”家庭和社会结构的破坏、基本需要不能满足、个人目标与潜能受阻是具有致病性的应激性刺激。各种威胁、象征性的危险以及诸如丧偶、结婚、

退休、战争等应激性事件或情境也可以是有害的。Wolff 与其同事研究了生活变化对健康的影响,描述细致,测量了心理和生理参数,令人印象深刻,成为心身医学研究的一个典范。

(三)应激源分类

应激源现在通常分为 4 类:①重大生活变化事件,如亲人丧亡、婚恋纠纷、子女离家等;②生活琐事,又被称为微小应激源;③职业或工作压力,如劳动条件、工作负荷与人际关系等;④自然灾害与重大社会变动等。1967 年为了评估生活变化的应激与疾病的关系,Holmes 与 Rahe 编制了一个由 43 个条目组成的“社会再适应评定量表”(SRRS)。该量表能根据人们的生活变化单位分值对疾病进行预测,研究表明应激性生活事件可导致情绪痛苦,增加个体患身体疾病的易感性,从而引起发病,或使原先的疾病加重。该量表被广泛采用,在预测与应激有关的疾病方面被认为是有效的。但是,许多研究者认为这个量表存在一些缺陷,例如它没有考虑不同的人对同一生活变化事件常有不同的认知评价;列入条目的内容既有积极的,也有消极的,二者混杂;虽然量表能说明应激与健康的关系,但对疾病的预测效度较低。而且,其中一些条目早已过时。所以,我国学者对这一量表做了改进,这里不再赘述。

(四)应激认知评价模型与两类应对策略

应激源经过哪些中介引起应激反应? 1966 年 R.Lazarus 提出的应激认知评价模型对我们理解这个问题很有帮助。应激中介指机体将应激源的传入信息转变为输出信息,即应激反应的内在加工过程,包括心理中介和心理生理中介。研究认为,应激的心理中介首先是察觉与认知评价。如果对应激源所造成的威胁或挑战没有察觉,当然也谈不上什么应激。Lazarus 认为,对应激源的认知评价可分为初级评价与二级评价两类,初级评价指刺激事件的性质对个体是有利还是有害的评估;二级评价则是指可供利用的应对手段及有效改善可能性的评估。换言之,应激反应是经过两次评价发生的:首先个体是要察觉并评估刺激事件有利还是有害,然后是有没有可以利用的应对手段或解决方法。

一般而言,个体对刺激事件所作的判断有三:①同自己无关;②是好事;③是应激性事件。Lazarus 对应激性评价进一步分为三类:第一类为“丧失-伤害”的评价。丧失包括具体的或抽象的丧失,真实的或预期的。亲人丧亡、子女远离、失业、未能升学或财产损失是具体、真实的丧失;名誉损失、自尊遭到贬低、社会地位下降则比较抽象;预期目标未能实现,如未能考进自己向往的学校,未能完成工作指标,未能如愿晋升职称或职务等等。不管这些丧失是否真实,只要个体评价为丧失,则不可